BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

**HỌC VIỆN Y – DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

****

**PHẠM MINH NGỌC**

**THỰC TRẠNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 VÀ NHU CẦU PHÒNG, ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI DÂN Ở HUYỆN NAM ĐÀN TỈNH NGHỆ AN NĂM 2023**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI – 2024**

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO BỘ Y TẾ

**HỌC VIỆN Y – DƯỢC HỌC CỔ TRUYỀN VIỆT NAM**

****

**PHẠM MINH NGỌC**

**THỰC TRẠNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 VÀ NHU CẦU PHÒNG, ĐIỀU TRỊ BẰNG Y HỌC CỔ TRUYỀN CỦA NGƯỜI DÂN Ở HUYỆN NAM ĐÀN TỈNH NGHỆ AN NĂM 2023**

**Chuyên ngành: Y học cổ truyền**

**Mã số: 8720115**

**LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC**

**NGƯỜI HƯỚNG DẪN KHOA HỌC:**

 **TS HOÀNG THỊ HOA LÝ**

**HÀ NỘI – 2024**

**LỜI CẢM ƠN**

***Để hoàn thành luận văn và khóa học thạc sĩ này, tôi xin bày tỏ lòng cảm ơn chân thành đến:***

Ban Giám hiệu Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam, Phòng Đào tạo Sau đại học và các Bộ môn, Phòng, Ban của Nhà trường, các Thầy, các Cô đã tạo môi trường và mọi điều kiện thuận lợi nhất để chúng tôi được học tập và rèn luyện trong quá trình học tập tại Trường.

***Cho tôi bày tỏ lòng biết ơn với thầy hướng dẫn***:

**TS**. **Hoàng Thị Hoa Lý**

Cô đã hết lòng tận tình giảng dạy, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập. Thầy không chỉ hướng dẫn cho tôi về kiến thức mà còn giúp tôi nắm được phương pháp tư duy, nghiên cứu và học tập. Cô cũng là một tấm gương cho tôi về sự tận tụy hết lòng với công việc, với bệnh nhân và đồng nghiệp.

***Tôi cũng xin bày tỏ lời cảm ơn đến:***

* Ban Giám đốc Trung tâm y tế huyện Nam Đàn, Phòng Kế hoạch Tổng hợp của Trung tâm y tế huyện Nam Đàn đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi tận tình trong quá trình học tập và làm luận văn tại Trung tâm.

***Tôi cũng xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc đến Cha Mẹ và người thân trong gia đình đã luôn động viên, chia sẻ và giúp đỡ tôi trong quá trình học tập.***

***Tôi xin trân trọng cảm ơn!***

***Phạm Minh Ngọc***

**LỜI CAM ĐOAN**

Tôi là **Phạm Minh Ngọc,** học viên cao học 14 hệ tập trung tại Học viện y dược học cổ truyền Việt nam, chuyên ngành Y học cổ truyền, xin cam đoan:

1. Đây là luận văn do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của **TS. Hoàng Thị Hoa Lý.**
2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố.
3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

*Hà Nội 04 tháng 06 năm 2024*

**Tác giả luận văn**

**Phạm Minh Ngọc**

MỤC LỤC

[ĐẶT VẤN ĐỀ 1](#_Toc169081475)

[CHƯƠNG 1.](#_Toc169081476) [TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3](#_Toc169081477)

[1.1. Tổng quan về bệnh đái tháo đường 3](#_Toc169081478)

[1.1.1. Định nghĩa ĐTĐ và các tiêu chuẩn chẩn đoán theo y học hiện đại 3](#_Toc169081479)

[1.1.2. Phân loại bệnh đái tháo đường 5](#_Toc169081480)

[1.1.3. Biến chứng của đái tháo đường. 6](#_Toc169081481)

[1.1.4. Một số yếu tố liên quan đến Đái tháo đường 8](#_Toc169081482)

[1.2. Bệnh lý đái tháo đường theo y học cổ truyền. 13](#_Toc169081483)

[1.2.1. Các thể bệnh 14](#_Toc169081484)

[1.2.2. Phòng chống bệnh theo phương pháp không dùng thuốc 16](#_Toc169081485)

[1.3. Tình hình đái tháo đường trên thế giới và Việt Nam 16](#_Toc169081486)

[1.3.1. Tình hình đái tháo đường trên thế giới 16](#_Toc169081487)

[1.3.2. Tình hình đái tháo đường tại Việt Nam 18](#_Toc169081488)

[1.4. Một số thông tin khái quát về địa điểm nghiên cứu 21](#_Toc169081489)

[CHƯƠNG 2.](#_Toc169081490) [ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 23](#_Toc169081491)

[2.1. Đối tượng nghiên cứu 23](#_Toc169081492)

[2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu 23](#_Toc169081493)

[2.3. Phương pháp nghiên cứu 23](#_Toc169081494)

[2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu 23](#_Toc169081495)

[2.4.1. Cỡ mẫu 23](#_Toc169081496)

[2.4.2. Phương pháp chọn mẫu 24](#_Toc169081497)

[2.5. Phương pháp và chỉ số cần thu thập. 25](#_Toc169081498)

[2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu. 25](#_Toc169081499)

[2.5.2. Các chỉ số cần thu thập và xác định. 28](#_Toc169081500)

[2.6. Thời gian tiến hành - Cách thức tổ chức điều tra tại thực địa. 29](#_Toc169081501)

[2.7. Xử lý và phân tích số liệu: 30](#_Toc169081502)

[2.8. Đạo đức nghiên cứu 30](#_Toc169081503)

[CHƯƠNG 3.](#_Toc169081504) [KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 31](#_Toc169081505)

[3.1 Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu 31](#_Toc169081506)

[3.2. Thực trạng ĐTĐ ở đối tượng nghiên cứu 35](#_Toc169081507)

[3.3 Tình trạng điều trị Đái tháo đường theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền. 41](#_Toc169081508)

[CHƯƠNG 4.](#_Toc169081509)[BÀN LUẬN 43](#_Toc169081510)

[4.1 Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu 44](#_Toc169081511)

[4.2 Thực trạng bệnh Đái tháo đường 45](#_Toc169081512)

[4.2.1. Tỷ lệ bệnh Đái tháo đường 45](#_Toc169081513)

[4.2.2. Phân bố tỷ lệ Đái tháo đường theo giới. 46](#_Toc169081514)

[4.2.3. Phân bố tỷ lệ Đái tháo đường theo lứa tuổi 47](#_Toc169081515)

[4.2.4 Phân bố Đái tháo đường theo trình độ học vấn và nghề nghiệp 48](#_Toc169081516)

[4.2.5 Phân bố tỷ lệ Đái tháo đường theo tiền sử bệnh liên quan 49](#_Toc169081517)

[4.2.6 Phân bố tỷ lệ thể bệnh Đái tháo đường theo Y học cổ truyền 51](#_Toc169081518)

[4.3. Tình trạng điều trị Đái tháo đường theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền. 52](#_Toc169081530)

[4.4. Một số yếu tố liên quan của bệnh Đái tháo đường 53](#_Toc169081531)

[4.5. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu 58](#_Toc169081532)

[KẾT LUẬN 59](#_Toc169081533)

[KHUYẾN NGHỊ 61](#_Toc169081534)

[TÀI LIỆU THAM KHẢO](#_Toc169081535)

PHỤ LỤC

**DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT**

|  |  |
| --- | --- |
| ADABMICCVCĐTĐHDL-CHĐTLIDFIFGIGTISHLDL-COGTTORRLGMLĐRLDNGRLMMTGTHATHCSTHPTTWWDFWHOWHR | Americanin Association of Deibetes(Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ)Chỉ số khối cơ thể: body mass indexCông chức viên chứcĐái tháo đườngHigh Density lipoprotein – cholesterol(lipoprotein trọng lượng phân tử cao)Hoạt động thể lựcInternational Diabetes Federation(hiệp hội đái tháo đường quốc tế)Rối loạn đường máu lúc đóiRối loạn dung nạp Glucose máuInternational Society of Hypertension (Hội Tăng huyết áp Quốc tế)Low Density lipoprotein – cholesterol(lipoprotein trọng lượng phân tử thấp)Nghiệm pháp dung nạp GlucoseTỷ suất chênhRối loạn glucose máu lúc đóiRối loạn dung nạp glucoseRối loạn mỡ máuTriglyceridTăng huyết ápTrung học cơ sởTrung học phổ thôngTrung ươngWord Diabetes Federation (hiệp hội Đái tháo đường thế giới)Word health Organization (Tổ chức y tế thế giới)Waist hip ration (tỷ số eo/ mông) |

**DANH MỤC BẢNG**

[Bảng 1.1. Tỷ lệ đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose theo khu vực 19](#_Toc163373784)

[Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới tính. 31](#_Toc163373785)

[Bảng 3.2. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. 32](#_Toc163373786)

[Bảng 3.3. Một số đặc điểm sinh trắc học của đối tượng tham gia nghiên cứu 33](#_Toc163373787)

[Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo yếu tố nguy cơ và giới tính 34](#_Toc163373788)

[Bảng 3.5. Kết quả tỷ lệ người mắc ĐTĐ 35](#_Toc163373789)

[Bảng 3.6. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo nhóm tuổi 36](#_Toc163373790)

[Bảng 3.7. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo trình độ học vấn, nghề nghiệp 36](#_Toc163373791)

[Bảng 3.8. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo thói quen uống rượu bia, hút thuốc 37](#_Toc163373792)

[Bảng 3.9. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo thói quen ăn uống 38](#_Toc163373793)

[Bảng 3.10. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo thói quen hoạt động thể lực 38](#_Toc163373794)

[Bảng 3.11. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo tiền sử bệnh liên quan 39](#_Toc163373795)

[Bảng 3.12. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo chỉ số sinh học 39](#_Toc163373796)

[Bảng 3.13. Phân bố tỷ lệ người mắc ĐTĐ theo chứng trạng YHCT 40](#_Toc163373797)

[Bảng 3.14. Phân bố tỷ lệ người mắc ĐTĐ – chứng Tiêu khát](#_Toc163373798) [theo thể bệnh YHCT 40](#_Toc163373799)

[Bảng 3.15. Tình trạng điều trị ĐTĐ theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền 41](#_Toc163373800)

[Bảng 3.16. Thực trạng điều trị ĐTĐ theo y học cổ truyền 41](#_Toc163373801)

[Bảng 3.17. Phương pháp điều trị ĐTĐ theo y học cổ truyền 42](#_Toc163373802)

**DANH MỤC HÌNH**

[Hình 1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ. 5](#_Toc163373888)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường theo y học cổ truyền thuộc phạm trù bệnh tiêu khát. Bệnh đã được những Y gia cổ đại đề cập từ khá sớm. Từ thế kỉ IV – V trước công nguyên sách "Hoàng đế nội kinh – Tố vấn" đã đề cập về bệnh "tiêu" hay "tiêu khát". Trong sách “Hoàng đế nội kinh – Linh khu, Ngũ biến thiên” có viết: “Ngũ tạng giai nhu nhược giả, thiện bệnh tiêu đan” có nghĩa là: Ngũ tạng nhu nhược dễ mắc bệnh tiêu. Trong “Ngoại trị bị yếu, Tiêu khát môn” viết: “Tiêu khát giả, nguyên kỳ phát động, thử tắc thận suy sở trí, mỗi phát tức tiểu tiện chí điềm” nghĩa là: Bệnh tiêu khát đầu tiên là thận suy mà sau lúc tiểu tiện nước tiểu có mùi vị ngọt. Theo “Hải thượng Y tông tâm lĩnh, Y trung quan kiện”: Bệnh tiêu khát phần nhiều là do hỏa tiêu hao chân âm, ngũ dịch bị khô kiệt mà sinh ra [1].

Đái tháo đường (ĐTĐ) hay Tiêu khát đang là mối quan tâm cấp thiết của sức khỏe cộng đồng. Theo y học hiện đại ĐTĐ là một bệnh rối loạn chuyển hoá carbonhydrat mạn tính gây thiếu Insulin hoàn toàn hoặc tương đối. Bệnh được đặc trưng bằng hiện tượng gia tăng đường máu kèm với những bất thường rối loạn chuyển hoá carbohydrate, protein, béo, chất xơ với nhiều tai biến cấp và mạn tính. [2] [3]. Đây là một trong ba bệnh có sự phát triển nhanh chóng nhất và là một trong những tác nhân tử vong số một tại những quốc gia đang phát triển. Theo Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (IDF) năm 2019 [4], toàn thế giới có 463 triệu người (trong độ tuổi 20-79) bị bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), dự kiến sẽ đạt 578 triệu người vào năm 2030.

Việt Nam hiện là một nước đang phát triển, với tốc độ đô thị hóa ngày càng nhanh, đời sống của người dân ngày càng được cải thiện. Mối quan hệ chặt chẽ giữa lối sống dinh dưỡng và bệnh ĐTĐ đã được công nhận trên toàn thế giới [6]. Chế độ dinh dưỡng, luyện tập không hợp lý dẫn đến thừa cân, béo phì, rối loạn chuyển hóa là một trong những nguyên nhân gây ra bệnh đái tháo đường [7] [8]. Trước thực trạng phát triển kinh tế và tốc độ đô thị hóa nhanh chóng, Chính phủ đã ban hành Quyết định số 376/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ ban hành Chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm giai đoạn 2015-2025, trong đó thúc đẩy nghiên cứu, theo dõi và kiểm soát bệnh đái tháo đường và yếu tố nguy hiểm của nó là một trong bốn mục tiêu quan trọng. Mặc dù nhiều cuộc điều tra cắt ngang đã được thực hiện ở Việt Nam, nhưng các nghiên cứu chủ yếu tập trung ở các thành phố lớn, chưa thể bao phủ hết các vùng nông thôn, vùng nghèo và các yếu tố như nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ. Việc tìm ra các yếu tố liên quan và yếu tố nguy cơ dẫn đến bệnh đái tháo đường là yếu tố quan trọng và cần thiết giúp phát hiện và can thiệp sớm, thay đổi hành vi, lối sống, hạn chế các yếu tố liên quan, giúp kéo dài tuổi thọ, giảm chi phí khám chữa bệnh, nâng cao đời sống của con người. Theo Quyết định số 17-QĐ/TTg phê duyệt ngày 4/1/2019, Nam Đàn là địa bàn được chính phủ công nhận đạt chuẩn nông thôn mới, hiện đang tập trung triển khai xây dựng các điểm trình diễn nông thôn mới. Từ năm 2018 đến năm 2025, xây dựng huyện Nam Đàn trở thành khu trình diễn nông thôn mới kết hợp giữa văn hóa và du lịch, tập trung phát triển nông nghiệp hữu cơ, ứng dụng công nghệ cao gắn kết với du lịch nông thôn theo hướng phát triển năng động, hiệu quả và bền vững.

 Để tìm hiểu sâu hơn về thực trạng đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ dẫn đến đái tháo đường góp phần đề xuất triển khai mục tiêu của Chính phủ Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: ***“*Thực trạng bệnh đái tháo đường type 2 và nhu cầu phòng, điều trị bằng y học cổ truyền của người dân ở huyện Nam Đàn tỉnh nghệ an năm 2023*”*** với hai mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng bệnh đái tháo đường type 2 và các thể bệnh theo y học cổ truyền của người dân huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An năm 2023.*
2. *Mô tả thực trạng phòng và điều trị bằng y học cổ truyền của người dân huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ* *An*

CHƯƠNG 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về bệnh đái tháo đường

1.1.1. Định nghĩa ĐTĐ và các tiêu chuẩn chẩn đoán theo y học hiện đại

1.1.1.1. Định nghĩa ĐTĐ

Theo hiệp hội Đái tháo đường quốc tế Mỹ (ADA) [9] [10] định nghĩa:

“Đái tháo đường là nhóm những rối loạn không đồng nhất gồm tăng đường huyết và rối loạn dung nạp Glucose do thiếu Insulin, do giảm tác dụng của Insulin và cả hai”

Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO) [11]:

“Đái tháo đường là một hội chứng có đặc tính biểu hiện bằng sự tăng đường máu do hậu quả của việc mất hoàng toàn Insulin hoặc là do có sự liên quan đến sự suy yếu trong bài tiết hoặc hoạt động của Insulin”

1.1.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ

Theo khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Hoa kỳ (ADA năm 2022) [9] và được sự đồng thuận của WHO, chẩn đoán ĐTĐ khi có ít nhất một trong bốn tiêu chuẩn sau [5]:

Tiêu chuẩn 1: HbA1c ≥ 6,5% (48 mmol/l)

Xét nghiệm này phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm được chuẩn hoá theo tiêu chuẩn quốc tế.

Tiêu chuẩn 2: Đường huyết lúc đói ≥ 126mg/dl (≈7,0 mmol/l)

Đường huyết đói được định nghĩa là đường huyết khi đo ở thời điểm nhịn ăn (không uống nước ngọt, có thể uống nước lọc, nước đun sôi để nguội) ít nhất 8 giờ.

Tiêu chuẩn 3: Đường huyết 2 giờ ≥ 200mg/dl (≈11,1 mmol/l) khi làm test dung nạp glucose.

Test dung nạp glucose nên thực hiện theo mô tả của WHO [12], sử dụng dung dịch 75g glucose.

Tiêu chuẩn 4: Người bệnh có triệu chứng cổ điển của tăng đường huyết hay tăng đường huyết trầm trọng kèm theo xét nghiệm đường huyết ngẫu nhiên ≥ 200mg/dl (≈11,1 mmol/l)

Triệu chứng cổ điển của ĐTĐ bao gồm 4 nhiều: uống nhiều, tiểu nhiều, đói nhiều, sụt cân nhiều không giải thích được.

Đường huyết ngẫu nhiên là đường huyết đo ở thời điểm bất kỳ không liên quan đến bữa ăn.

Chẩn đoán sớm bệnh ĐTĐ [2] [9]:

Chủ yếu là với ĐTĐ type 2 gồm các dấu hiệu sau:

* Người có tiền sử trong gia đình có người mắc ĐTĐ type 2 ở F1
* Người ở các quốc gia, dân tộc có tỷ lệ ĐTĐ cao.
* Có tiền sử ĐTĐ thai kỳ hoặc sinh con nặng trên 4000 gam- lúc mới sinh.

Người có huyết áp ≥ 140/90 mmHg

* Người có rối loạn chuyển hoá lipid, nhất là TG ≥ 250mg/dL HDL ≤ 35mg/dL

Có tiền sử IGT hoặc IFG.

Tiêu chuẩn WHO 1999-WHO. Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dấn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2”. [11] [5]



Hình 1.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ.

1.1.2. Phân loại bệnh đái tháo đường

Theo Tổ chức y tế thế giới WHO đã phân loại ĐTĐ như sau [11] [13] [5]:

1.1.2.1. Đái tháo đường phụ thuộc Insulin (ĐTĐ type 1)

Đái tháo đường type 1 chủ yếu xảy ra ở trẻ em và thanh niên, và thường liên quan đến các yếu tố tự miễn. Nó chiếm 5-10% tổng số bệnh nhân đái tháo đường trên thế giới. Nguyên nhân do tế bào β đảo tuỵ bị phá huỷ, dẫn đến cơ thể thiếu insulin tuyệt đối. Các kháng nguyên bạch cầu người (HLA) chắc chắn có liên quan chặt chẽ đến sự phát triển của bệnh ĐTĐ type 1.

Ở Bắc Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ type 1 dao động từ 1 trên 100.000 đến 24 trên 100.000. Ở châu Á, tỷ lệ này còn thấp hơn, ở mức 1-2 trên 100.000 dân ở Nhật Bản và Trung Quốc. Ở Việt Nam, tỷ lệ này là khoảng 7%.

1.1.2.2. Đái tháo đường không phụ thuộc Insulin (ĐTĐ type 2)

Bệnh ĐTĐ type 2 phổ biến ở những người trên 40 tuổi, nhưng gần đây người ta phát hiện bệnh này xuất hiện hơn ở những người ở độ tuổi 30 và thậm chí cả thanh thiếu niên. Đái tháo đường type 2 được đặc trưng bởi sự đề kháng insulin với sự thiếu hụt bài tiết insulin tương đối. Bệnh nhân ĐTĐ type 2 không cần điều trị bằng insulin trong giai đoạn đầu, nhưng sau nhiều năm điều trị bệnh, nói chung, insulin sẽ giảm dần và bệnh nhân dần dựa vào insulin để cân bằng lượng đường trong máu. Đặc điểm lớn nhất của sinh lý bệnh nhân là sự tương tác giữa các yếu tố môi trường trong quá trình sinh bệnh học. Bệnh ĐTĐ type 2 thường được chẩn đoán muộn vì giai đoạn đầu của bệnh đường huyết cao diễn biến âm thầm và không có triệu chứng.

1.1.2.3. Đái tháo đường thai kỳ

Là trường hợp rối loạn chuyển hoá Glucose được chẩn đoán đầu tiên khi mang thai. ĐTĐ thai kỳ thường xảy ra ở 1-2% số người mang thai do đường huyết tăng cao hoặc rối loạn dung nạp glucose. Tình trạng này có khả năng làm tăng nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ thực sự.

1.1.2.4. Đái tháo đường khác

Nhóm này gồm tất cả các nguyên nhân khác gây bệnh ĐTĐ do khiếm khuyết chức năng tế bào gây ra ở gen, giảm hoạt tính của insulin do khiếm khuyết gen, bệnh lý của ngoại tiết, do các bệnh nội tiết khác…

1.1.3. Biến chứng của đái tháo đường.

Đái tháo đường có thể gây ra nhiều biến chứng ở cả ĐTĐ type 1 và type 2, tăng đường huyết có thể diễn biến âm thầm hoặc đột ngột với các biến chứng, nhiều trường hợp chỉ được phát hiện khi các cơ quan khác có triệu chứng. [14] [15]

1.1.3.1. Các biến chứng cấp tính.

Biến chứng cấp tính là những biến chứng xảy ra đột ngột, diễn biến nhanh, nếu không được cấp cứu kịp thời có thể đe dọa đến tính mạng của người bệnh.[16] [17]

+ Hạ glucose máu: là biến chứng hay gặp do người bệnh thực hiện chế độ ăn kiêng quá mức hoặc do dùng thuốc quá liều

+ Hôn mê do nhiễm toan ceton: đây là tình trạng nhiễm độc do máu bị toan hóa vì tăng nồng độ acid acetic là sản phẩm của chuyển hóa dang dở do thiếu insulin gây ra: Thường xảy ra ở ĐTĐ type 1

+ Hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu: xảy ra khi lượng nước trong cơ thể thiếu trầm trọng đến mức thiểu niệu. Tình trạng mất nước làm tăng độ nhớt của máu nên bệnh nhân có thể bị tắc mạch, cũng có thể xuất huyết do đông máu nội mạch lan tỏa, viêm tụy cấp đi kèm… thường xảy ra ở ĐTĐ type 2.

1.1.3.2. Các biến chứng mạn tính

- **Biến chứng mạch máu lớn**

+ Bệnh lý mạch vành:

Có khoảng 75% người mắc đái tháo đường bị mắc bệnh mạch vành. Biểu hiện biến chứng nhồi máu cơ tim ở người đái tháo đường không điển hình như người bình thường, người mắc không có cơ đau thắt ngực mà chỉ có cảm giác mệt mỏi, tụt huyết áp.

Biến chứng mạch vành gây tử vong cao gấp 4 lần so với người mắc bệnh mạch vành không mắc đái tháo đường.

Nguyên nhân là do tăng nồng độ triglycerid, giảm nồng độ HDL trong máu

+ Tai biến mạch máu não:

Có thể là nhất thời, tiến triển hoặc đột ngột. Tai biến mạch máu não ở người mắc đái tháo đường tăng gấp 2-3 lần so với người không mắc và khả năng sống sau tai biến cũng thấp hơn.

- **Biến chứng mạch máu nhỏ:**

Lượng đường trong máu tăng cao và sự dao động của lượng đường trong máu là những nguyên nhân chính gây ra tổn thương mạch máu nhỏ. Nếu bệnh nhân bị cao huyết áp, tổn thương các mạch máu nhỏ sẽ trầm trọng hơn.

+ Bệnh lý thần kinh: hơn 50% số người bị đái tháo đường có biểu hiện tổn thương thần kinh. Nguyên nhân do lượng đường trong máu quá cao làm tổn thương các mạch máu nhỏ nuôi cấy thần kinh.

Biến chứng thần kinh ngoại vi thường gặp nhất là ảnh hưởng đến thần kinh cảm giác ở chân và cánh tay gây ra cảm giác kiến bò, tê, bỏng rát, bắt đầu ở đầu ngón và lan dần lên phía trên.

Biến chứng thần kinh thực vật tổn thương thần kinh thực vật điều khiến huyết áp, chi phối hoạt động của đường tiêu hóa, bàng quang, hệ thống sinh dục….

* Bệnh lý võng mạc:

Do tổn thương các mạch máu võng mạc. Biểu hiện xuất tiết, xuất huyết võng mạc, bệnh võng mạc tăng sinh và không tăng sinh… Biến chứng võng mạc do ĐTĐ có thể làm giảm thị lực hoặc gây mù.

* Bệnh lý cầu thận:

Thường xảy ra sau 5 năm mắc ĐTĐ đối với người ĐTĐ type 1, tổn thương ngay từ khi phát hiện bệnh đối với người ĐTĐ type 2.

Nguyên nhân do tổn thương các mạch máu nhỏ tại cầu thận

Nếu không được điều trị có thể xuất hiện protein niệu. Bệnh cầu thận kéo dài sẽ gây tăng huyết áp, suy thận, thiếu máu…

* Bệnh lý về bàn chân:

Đường huyết cao làm hủy hoại bộ phận tiếp nhận cảm giác của các dây thần kinh ngoại vi, gây rối loạn cảm giác chi dưới, người bệnh bị mất các cảm giác bảo vệ, không có cảm nhận về những tác động nguy hiểm đối với bàn chân. Do đó người bệnh không biết mình bị thương. Một vết thương dù nhỏ cũng có thể bị loét rộng và trở nên trầm trọng.

1.1.4. Một số yếu tố liên quan đến Đái tháo đường

Những mối liên quan nổi bật được quan tâm là:

* Tuổi:

Tuổi được coi là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Theo khuyến nghị của Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ (ADA), những người từ 45 tuổi trở lên nên được sàng lọc bệnh ĐTĐ ngay cả khi họ không có triệu chứng [9]. Điều này bắt nguồn từ nhận định rằng nguy cơ mắc ĐTĐ tăng lên theo tuổi, đặc biệt là từ sau tuổi 45 [18][19].

Các nghiên cứu và thống kê đã cho thấy rằng nguy cơ mắc ĐTĐ tăng lên đáng kể ở nhóm người ở độ tuổi trung niên và người cao tuổi. Điều này đặc biệt quan trọng trong việc xác định nhóm người cần được theo dõi và đánh giá sàng lọc ĐTĐ, giúp phát hiện bệnh kịp thời và thực hiện can thiệp phòng tránh hoặc điều trị hiệu quả.

* Thừa cân, béo phì:

Thừa cân và béo phì không chỉ là vấn đề về thẩm mỹ mà còn gây ra nhiều tác động tiêu cực đến sức khỏe, đặc biệt là trong việc gây ra rối loạn chuyển hóa. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng thừa cân và béo phì ảnh hưởng đến nhiều yếu tố sức khỏe quan trọng như huyết áp, lipid máu (bao gồm cholesterol và triglycerid), và có mối liên hệ mật thiết với tình trạng kháng insulin. Điều này dẫn đến tăng nguy cơ mắc các bệnh mạch vành, đột quỵ, và đái tháo đường type 2[20][8].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) và nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Nghiên cứu của Nguyễn Thế Anh vào năm 2008 [19] đã chỉ ra rằng người có chỉ số BMI > 23 có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường cao gấp 3,3 lần so với những người có chỉ số BMI < 23.

Một nghiên cứu khác của TS Phan Hương Dương vào năm 2020 [21] cũng đã làm sáng tỏ mối quan hệ giữa chỉ số BMI và tỷ lệ mắc đái tháo đường. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ đái tháo đường và tiền đái tháo đường tăng theo chỉ số BMI. Cụ thể, tỷ lệ này ở nhóm có BMI ≥ 25 kg/m2 là 9,6% và 20,5% so với nhóm có BMI trong khoảng 23-24,9%, là 6,6% và 19,1% tương ứng.

Những kết quả này không chỉ được tái xác nhận bởi nhiều nghiên cứu khác mà còn làm nổi bật tầm quan trọng của việc duy trì cân nặng trong khoảng lý tưởng và giảm nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường thông qua việc duy trì một lối sống lành mạnh và chế độ dinh dưỡng cân đối.

* Béo bụng

Béo bụng hoặc béo dạng nam, được xác định bởi chu vi vòng eo lớn hoặc tỷ lệ eo/hông lớn (WHR), là một trong những chỉ số quan trọng để đánh giá nguy cơ mắc bệnh và tình trạng sức khỏe tổng quát. Ngay cả ở những người không béo phì hoặc thừa cân, béo bụng vẫn là một yếu tố độc lập gây rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và rối loạn chuyển hóa glucose, bao gồm cả bệnh đái tháo đường và rối loạn đường huyết không do insulin (RLDNG) [20].

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Hội Đái tháo đường Quốc tế (IDE), vòng eo lớn hơn 90 ở nam giới và lớn hơn 80 ở nữ giới được coi là yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường [12]. Nghiên cứu của TS. BS Phan Hướng Dương vào năm 2020 [21] đã minh họa rõ ràng sự tương quan giữa vòng eo và nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ đái tháo đường và tiền đái tháo đường tăng ở nhóm có chu vi vòng eo cao. Cụ thể, tỷ lệ này ở nhóm có chu vi vòng eo lớn hơn so với nhóm có vòng eo bình thường là 8,9% và 19,2% so với 5,1% và 15,8% tương ứng.

Những kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá và theo dõi vòng eo trong việc dự đoán nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường và các vấn đề sức khỏe liên quan, đồng thời làm nổi bật tầm quan trọng của việc duy trì một cân nặng và vóc dáng lý tưởng để giảm nguy cơ mắc các bệnh lý chuyển hóa.

* Tăng huyết áp:

Tăng huyết áp (THA) là một yêu tố song hành cũng ĐTĐ. Theo nhiều nghiên cứu khác nhau, điển hình là Ferranini (1989) [22] và Defrozo (1991) [23], THA có liên quan chặt chẽ với tình trạng kháng insulin và do đó cũng có mối liên quan chặt chẽ với ĐTĐ type 2. Tăng huyết áp và đái tháo đường cũng có chung nhiều yếu tố nguy cơ như tuổi cao, béo phì, béo bụng... Theo ADA khuyến cáo nên tầm soát đái tháo đường ở người có huyết áp >140/90 mmHg [15]. Tại Việt Nam, từng thấy mối liên quan giữa tăng huyết áp và đái tháo đường là khá chặt chẽ. Ở những người bị tăng huyết áp, nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường tăng gấp 3-4 lần. Theo nghiên cứu của TS Phan Hướng Dương năm 2020 [21] tỷ lệ đái tháo đường và tiền đái tháo đường tăng theo nhóm người THA là: 12,2% và 20,6% so với nhóm huyết áp bình thường là: 5,0% và 16,5%.

* Hút thuốc

Rimm và cộng sự đã thực hiện 2 nghiên cứu lớn tại Mỹ vào năm 1993 và 1995, ở nam và nữ với cỡ mẫu là 114.247 nữ, theo dõi trong 8 năm và 41.810 nam, theo dõi trong 6 năm (kiểm soát các yếu tố nguy cơ), kết quả cho thấy rằng: Ở phụ nữ hút 25 điếu thuốc/ngày trở lên, nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ tăng lên 1,42 lần. Ở nam giới hút 25 điếu thuốc/ngày trở lên, nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ tăng gấp 1,94 lần [24] [25]. Kawalami với một nghiên cứu năm 1997 [26] đã chỉ ra rằng độ tuổi bắt đầu hút thuốc và số điếu thuốc hút có liên quan chặt chẽ đến sự phát triển của bệnh ĐTĐ..

* Uống rượu:

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh mối liên quan giữa việc tiêu thụ rượu và nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Một trong những phân tích tổng hợp đáng chú ý được thực hiện bởi Koppes vào năm 2005 [27], đã tổng hợp dữ liệu từ 15 nghiên cứu lớn nhỏ từ năm 1966 đến 2004 để đánh giá mối liên hệ giữa uống rượu và bệnh ĐTĐ. Kết quả của nghiên cứu này đã mô tả một mối liên hệ hình chữ U giữa việc uống rượu và nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ.

Nghiên cứu này đã kết luận rằng việc tiêu thụ rượu ở mức vừa phải có thể giúp giảm nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ. Tuy nhiên, điều này không áp dụng khi tiêu thụ rượu ở mức cao, với lượng rượu uống > 48 gram/ngày. Điều này cho thấy rằng việc tiêu thụ rượu với mức độ vừa phải có thể có lợi cho sức khỏe và giảm nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ, nhưng quá mức có thể có tác động ngược lại và tăng nguy cơ mắc bệnh. Đây là một trong những nghiên cứu quan trọng giúp hiểu rõ hơn về mối quan hệ giữa uống rượu và bệnh ĐTĐ, cung cấp thông tin quan trọng cho việc hướng dẫn về lối sống và dinh dưỡng để phòng tránh bệnh lý này.

* Chế độ sinh hoạt, vận độn

Lối sống ít vận động đóng vai trò quan trọng trong việc góp phần vào tình trạng béo phì, từ đó tăng nguy cơ mắc các bệnh mãn tính, trong đó có bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Nghiên cứu của Phan Hướng Dương vào năm 2020 [21] đã cho thấy rằng tỷ lệ mắc ĐTĐ và tiền ĐTĐ có xu hướng tăng theo tính chất công việc. Cụ thể, nhóm lao động nhẹ có tỷ lệ 8,5% và 18,5% so với nhóm lao động nặng với tỷ lệ lần lượt là 6,1% và 17,0%. Điều này cho thấy mối liên hệ giữa lối sống ít vận động và nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ.

Tuy nhiên, không chỉ là nguyên nhân chính dẫn đến béo phì, lối sống ít vận động cũng có tác động độc lập đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ [20], như đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra. Béo phì gây ra nhiều biến đổi trong cơ thể, bao gồm rối loạn chuyển hóa glucose và khả năng của cơ thể tiếp tục sử dụng insulin một cách hiệu quả. Điều này có thể dẫn đến việc phát triển ĐTĐ.

Hơn nữa, việc thay đổi chế độ hoạt động thể chất vẫn được xem là một trong những biện pháp quan trọng trong phòng ngừa và điều trị ĐTĐ [28]. Tăng cường hoạt động thể chất giúp kiểm soát cân nặng, cải thiện sức khỏe tim mạch và điều chỉnh mức độ đường huyết, giúp giảm nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ và các biến chứng liên quan. Điều này là một phần quan trọng của chiến lược toàn diện để quản lý bệnh ĐTĐ và cải thiện chất lượng cuộc sống của người dân.

1.2. Bệnh lý đái tháo đường theo y học cổ truyền.

Đái tháo đường được miêu tả trong phạm vi chứng tiêu khát của y học cổ truyền. Từ những ghi chép của y văn cổ qua các thời đại thấy có nhiều yếu tố liên quan đến bệnh tiêu khát. Thứ nhất là do tiên thiên bất túc, tức nguyên khí bị hư. Thứ 2 là do hậu thiên: Do ăn uống thất điều, quá no hay quá đói, ăn nhiều chất béo, ngọt, tinh thần không ổn định, tình chí thất điều làm ảnh hưởng đến công năng của các tạng phủ. Bệnh thường xảy ra ở người cao tuổi. Các nhân tố gây bệnh thường phối hợp với nhau gây ra những hội chứng bệnh trong bệnh tiêu khát.[29] [30] [1]

Tiên thiên bất túc: Do bẩm tố tiên thiên bất túc, ngũ tạng hư yếu, tinh khí của các tạng đưa đến thận để tàng chứa giảm sút dẫn đến tinh khí suy mà gây ra chứng tiêu khát.

Ăn uống không điều độ: Ăn quá nhiều đồ béo ngọt, uống quá nhiều rượu, ăn nhiều đồ cay nóng lâu ngày làm nung nấu, tích nhiệt ở tỳ vị, nhiệt tích lâu ngày thiêu đốt tân dịch mà gây ra chứng tiêu khát.

Tình chí thất điều: Do suy nghĩ, căng thẳng thái quá, do uất ức lâu ngày, lao tâm lao lực quá độ mà ngũ chí cực uất hóa hỏa. Hỏa thiêu đốt phế, vị, thận làm cho phế táo, vị nhiệt, thận âm hư. Thận âm hư dẫn đến tân dịch giảm, phế táo làm mất chức năng tuyên phát túc giáng, thông điều thủy đạo, không đưa được nước, tinh hoa của thủy cốc đi nuôi cơ thể mà dồn xuống bàng quang nên người bệnh khát nước, tiểu nhiều, nước tiểu có vị ngọt.

Phòng lao quá độ: Do đam mê tửu sắc, phòng lao quá độ làm thận tinh hao tổn, hư hỏa nội sinh làm tân dịch càng suy kiệt. Cuối cùng thận hư, phế táo, vị nhiệt dẫn đến tiêu khát.

Dùng thuốc ôn táo kéo dài làm hao tổn tân dịch: Ngày xưa nhiều người thích dùng phương thuốc “Tráng dương chí thạch” là loại thuốc táo nhiệt, làm tổn hại chân âm và sinh ra tiêu khát. Các thuốc tráng dương khác cũng thường có tính ôn táo, dùng lâu ngày cũng sinh táo nhiệt, hao tổn tân dịch mà gây bệnh.

Người xưa quan niệm tiêu khát có 3 thể: Thượng tiêu, trung tiêu, hạ tiêu. Cả 3 thể này đều biểu hiện tứ chứng cổ điển: Ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, gầy nhiều. Thượng tiêu khát (phế nhiệt) sẽ gây ra uống nhiều, trung tiêu khát (vị nhiệt) sẽ gây ra ăn nhiều, hạ tiêu khát (thận âm hư) sẽ gây ra đái nhiều.

1.2.1. Các thể bệnh

1.2.1.1. Thể thượng tiêu

**Triệu chứng:** Khát nhiều, miệng khô, thích uống nước mát, chất lưỡi đỏ, không rêu hoặc ít rêu, mạch sác.

**Chẩn đoán:** Bát cương: Lý hư nhiệt

 Tạng phủ: Phế âm hư

 Nguyên nhân: Nội nhân, Bất nội ngoại nhân

 Bệnh danh: Tiêu khát

**Biện chứng luận trị:** Do bẩm tố tiên thiên có thể tạng âm hư cộng với thói quen thích ăn đồ béo ngọt làm phần âm trong cơ thể ngày càng hao tổn. Trường hợp này phế âm bất túc, thói quen sinh hoạt làm phế âm ngày càng hư suy. Phế chủ khí, chủ về thông điều thuỷ đạo, trường hợp phế âm không đủ, phế cơ mất chứng năng tuyên giáng, thuỷ dịch trong cơ thể không được phân bố đều khắp cơ thể mà dồn xuống trực tiếp vào bàng quang dẫn đến tiểu tiện nhiều lần và số lượng nhiều, cơ thể mất nhiều thể dịch nên có biểu hiện miệng khô và khát nước nhiều, chất lưỡi đỏ, ít rêu, mạch sác đều là biểu hiện của hư nhiệt.[31]

**Pháp điều trị:** dưỡng âm nhuận phế, sinh tân chỉ khát.

**Phương điều trị:** Thiên hoa phấn thang

1.2.1.2. Thể trung tiêu

**Triệu chứng:** ăn nhiều, mau đói, gầy nhiều, khát, tiểu nhiều, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, đại tiện táo, mạch hoạt sác.

**Chẩn đoán:** Bát cương: Lý hư nhiệt

 Tạng phủ: Vị âm hư

 Nguyên nhân: nội nhân, bất nội ngoại nhân

 Bệnh danh: tiêu khát

**Biện chứng luận trị:** Do bẩm tố tiên thiên có thể tạng âm hư cộng với thói quen thích ăn đồ béo ngọt làm phần âm trong cơ thể ngày càng hao tổn. Trường hợp này là âm hư nung đốt trung tiêu nên ăn mau đói, âm hư thiêu đốt làm cho hao tổn tân dịch nên ăn nhiều mà cơ thể vẫn gầy. Tỳ và vị có quan hệ biểu lý, cùng ở trung tiêu, hỗ trợ nhau để vận hoá thuỷ cốc, vị âm không đầy đủ khiến công năng của tạng tỳ cũng bị ảnh hưởng làm khả năng vận hoá thuỷ dịch bị suy giảm. Khí của tỳ thường thăng lên trên cùng với tinh hoa của thuỷ cốc, tỳ hư khiến thuỷ dịch không giữ được trong cơ thể mà thoát xuống bàng quang ra ngoài. Mặt khác tỳ khí kém cũng dẫn đến phế khí suy mà không điều được thuỷ đạo, cơ thể ngày càng mất tân dịch.[31]

**Pháp điều trị:** dưỡng vị, sinh tân, chỉ khát.

**Phương điều trị:** Tăng dịch thang, Trị tiêu chỉ khát thang

1.2.1.3 Thể hạ tiêu

**Triệu chứng**: Tiểu nhiều, gầy nhiều, miệng khát, hồi hộp, ngũ tâm phiền nhiệt, chất lưỡi đỏ không rêu, mạch tế sác.

**Chẩn đoán:** Bát cương: Lý hư nhiệt

 Tạng phủ: Thận âm hư

 Nguyên nhân: Nội nhân, bất nội ngoại nhân

 Bệnh danh: Tiêu khát

**Biện chứng luận trị:** Do bẩm tố tiên thiên có thể tạng âm hư cộng với thói quen thích ăn đồ béo ngọt làm phần âm trong cơ thể ngày càng hao tổn. Trường hợp này là thận âm hư, thận là gốc của các tạng, thận âm hư khiến các tạng đều hư suy, âm hư sinh nội nhiệt mà khiến ngũ tâm phiền nhiệt, mạch tế mà sác. Thận chủ thuỷ, thận suy thì chức năng khí hoá bị rối loạn, bàng quang không chế ước nên tiểu nhiều.[31]

**Pháp điều trị:** Dưỡng âm sinh tân, nhuận táo thanh nhiệt.

Ở giai đoạn sau của bệnh, khi phần âm bị hao tổn nhiều làm dương khí dần suy giảm, các triệu chứng lâm sàng điển hình của chứng tiêu khát dần bị lu mờ, thay vào đó, bệnh nhân sẽ có các biểu hiện của thận dương hư hoặc thận âm dương lưỡng hư, Đây là thể bệnh khá phổ biến trên lâm sàng hiện nay. Khi đó pháp điều trị đưa ra là: ôn bổ thận dương, sáp niệu.

**Phương điều trị:** Lục vị địa hoàng gia giảm

1.2.2. Phòng chống bệnh theo phương pháp không dùng thuốc

Là sử dụng các liệu pháp tự nhiên như châm cứu, bấm huyệt, xoa bóp, dược thiện, trà dược, cháo thuốc, dán thuốc vào huyệt, tắm thuốc, tập luyện khí công dưỡng sinh...Ví như, chế độ ăn [6] nên trọng dụng các loại thực phẩm như râu ngô, các chế phẩm của đậu tương và đậu đen, xích tiểu đậu, bạch biển đậu, mướp đắng, bí đỏ, bí đao, dưa hấu, tỏi, hoài sơn, hành tây, rau cần, cà rốt, củ cải, măng, hẹ, ngân nhĩ, hải tảo, tuỵ lợn, cá quả, cá trạch, hải sâm...; thường xuyên dùng các loại trà dược như khổ qua trà, nam qua phấn giáng đường trà, ngọc mễ tu trà, la hán quả trà, mạch môn hoàng liên trà, hoàng tinh ngọc trúc trà, mạch đông sinh địa tiêu khát trà, cát phấn ngọc tuyền trà, dương sâm hoa phấn tiêu khát trà...; có thể dùng các loại cháo thuốc như cháo tuỵ lợn, cháo khổ qua, cháo nhị phấn trư đỗ, cháo địa cốt bì ngọc mễ tu, cháo đông qua dĩ nhân...

Luôn kết hợp giữa ba phương pháp: [32]

* Chế độ ăn chia nhỏ bữa không tạo ra sự dư thừa năng lượng.
* Chế độ luyện tập: vận động thể lực mức độ vừa 30p/ ngày giúp giảm đề kháng Insulin
* Chế độ thuốc nếu có.

1.3. Tình hình đái tháo đường trên thế giới và Việt Nam

1.3.1. Tình hình đái tháo đường trên thế giới

Số người mắc bệnh ĐTĐ trên toàn cầu đang có xu hướng gia tăng đáng lo ngại. Theo thông tin từ Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) năm 2019 [4], tổng số người mắc bệnh ĐTĐ trên toàn thế giới vào năm đó đã đạt mức 463 triệu người. Dự báo của IDF cho biết số người mắc bệnh này sẽ tăng lên khoảng 700 triệu người vào năm 2045. Điều này cho thấy sự gia tăng đáng kể trong số người bị bệnh ĐTĐ trong thời gian tới.

Ngoài ra, dữ liệu cũng chỉ ra rằng hơn 4 triệu người trong độ tuổi từ 20 đến 79 đã tử vong vì các biến chứng liên quan đến bệnh ĐTĐ trong năm 2019. Điều này là một con số đáng báo động, đặc biệt là khi mức độ nghiêm trọng của bệnh ĐTĐ và các biến chứng của nó có thể gây ra hậu quả nặng nề đối với sức khỏe của cá nhân và cộng đồng.

Bên cạnh đó, sự thay đổi trong thói quen ăn uống không lành mạnh, thiếu hoạt động thể chất, đặc biệt là trong tình hình tăng cường tiêu thụ thực phẩm không lành mạnh và ít vận động của trẻ em, đã góp phần làm tăng nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ loại 2 ở mọi độ tuổi. Điều này không chỉ đe dọa sức khỏe cá nhân mà còn ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe toàn cộng đồng một cách nghiêm trọng.

Nhìn chung, mặc dù bệnh ĐTĐ đang trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng toàn cầu, tỷ lệ mắc bệnh này vẫn có sự biến động đáng kể giữa các vùng, đặc biệt là giữa các quốc gia đang phát triển và phát triển. Điều này đòi hỏi sự chú ý đặc biệt và các biện pháp phòng ngừa hiệu quả từ phía các nhà chính phủ, các tổ chức y tế và toàn xã hội để giảm thiểu tác động của bệnh ĐTĐ đối với sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người dân. Tại Hoa Kỳ, một nghiên cứu năm 2017 cho thấy khoảng 10,5% dân số Hoa Kỳ mắc bệnh ĐTĐ. Tỷ lệ đái tháo đường tăng theo tuổi, đạt 26,8% ở những người từ 65 tuổi trở lên [33].

Tỷ lệ tiền ĐTĐ ở một số nước châu Phi đang thay đổi cùng với sự phát triển kinh tế. Ai Cập là nước ở Bắc Phi có tỷ lệ tiền đái tháo đường ở người trên 20 tuổi là 10%, trong khi ở Cameroon (Tây Phi) ở người từ 24 đến 74 tuổi chỉ là 1,8%, còn ở Nam Phi tỷ lệ RLDNG là 7% [34].

Tại Châu Á, điều tra tại 6 thành phố lớn ở: Ấn Độ năm 2001 [35] ho thấy tỷ lệ RLDNG là 14%. Khu vực Trung Đông, Các Tiểu Vương Quốc Ả Rập Thống Nhất có tỷ lệ RLDNG của nam là 14,4%, nữ là 13,9%, Iran tỷ lệ tương ứng của nam là 8,9% trong khi của nữ là 14,9%; Tỷ lệ hiện mắc ở nữ là 12,9% và ở nam là 8,1% [34]. Theo ước tính của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, hơn 60% dân số thế giới mắc bệnh đái tháo đường đến từ châu Á, vì đây là khu vực đông dân nhất thế giới. Năm 2007, châu Á có 240 triệu người mắc bệnh đái tháo đường và con số này sẽ tăng lên 380 triệu người vào năm 2025 [4]. Nổi trội trong khu vực này là 3 nước Ấn độ, Trung quốc và Pakistan, năm 2010 có 101 triệu người mắc bệnh ĐTĐ, chiếm 35% dân số thế giới, Tại Trung Quốc, điều tra quốc gia 2000 - 2001 [36], tỷ lệ RLDNG là 7,3% là nước đứng thứ hai với tổng số 63,5 triệu trường hợp, tỷ lệ tăng lên sau 20 năm là 45% [37]. Pakistan là quốc gia có tỷ lệ tăng lên đến 94% thuộc về hàng cao nhất thế giới. Các nước khu vực Đông Á, tỷ lệ RLDNG tại Nhật Bản là 12% đối với nam, 16,5% đối với nữ; trong khi Hàn Quốc trở nên báo động khi tỷ lệ là 23,9% [34]

Tỷ lệ RLDNG tại các nước khu vực Đông Nam Á cũng ở mức tương đối cao. Tại Philippines, năm 2008, tỷ lệ này là 6,5% [38]. Tỷ lệ mắc RLDNG ở Indonesia năm 2008 là 10,2% ở lửa tuổi trên 15 tuổi [39].

1.3.2. Tình hình đái tháo đường tại Việt Nam

Trong khuôn khổ của chương trình phòng chống đái tháo đường quốc gia từ năm 2009 đến năm 2012, Bệnh viện Nội tiết Trung ương đã ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở Việt Nam là 4,1%, 6,3%, 5,6% và 4,9% [13]. Điều này cho thấy sự biến động đáng kể trong tỷ lệ mắc bệnh trong giai đoạn đó.

Năm 2017, số người mắc bệnh ĐTĐ ở Việt Nam trong độ tuổi từ 20 đến 79 là 3,53 triệu người. Mặc dù Việt Nam không nằm trong nhóm 10 quốc gia có tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ cao nhất, nhưng đang được ghi nhận mức tăng trưởng của bệnh này với tốc độ đáng kể. Theo kết quả điều tra STEPwise về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm được Bộ Y tế thực hiện vào năm 2015, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở Việt Nam trong nhóm tuổi từ 18 đến 69 là 4,1%, trong đó có 3,6% là tiền đái tháo đường. Trong số những người mắc bệnh, chỉ có 31,1% đã được chẩn đoán, trong khi tỷ lệ còn lại chưa được chẩn đoán là 69,9%. Đáng chú ý, chỉ có 28,9% trong số những người đã được chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ được quản lý tại cơ sở y tế, trong khi tỷ lệ còn lại chưa được quản lý là 71,1% [5].

Dữ liệu mới nhất từ Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) cho biết rằng vào năm 2019, tỷ lệ người trưởng thành mắc bệnh ĐTĐ ở Việt Nam là 6% [4]. Dự báo đến năm 2045, tỷ lệ này dự kiến sẽ tăng lên đến 6,3 triệu người, tăng khoảng 78,5% so với giai đoạn từ 2017 đến 2045. Điều này đặt ra một thách thức lớn đối với hệ thống y tế và xã hội Việt Nam trong việc đối phó và quản lý bệnh ĐTĐ.

Năm 2020, nghiên cứu lập bản đồ dịch tễ bệnh đái tháo đường tại 6 vùng sinh thái trong cả nước của Bệnh viện Nội tiết Trung ương [21] (với số đối tượng nghiên cứu ở mỗi vùng gần tương đương) cho kết quả như sau:

Bảng 1.1: Tỷ lệ đái tháo đường, rối loạn dung nạp glucose theo khu vực

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Khu vực** | **Tỷ lệ ĐTĐ** | **Tỷ lệ RLDNG** |
| Trung du Miền núi phía Bắc | 7,1% | 13,9% |
| Đồng bằng sông Hồng | 7,1% | 17,3% |
| Bắc trung bộ và duyên hải miền trung | 7,2% | 14,3% |
| Tây Nguyên | 6,3% | 19,9% |
| Đông Nam Bộ | 7,4% | 19,5% |
| Đồng bằng sông Cửu long | 7,3% | 19,2% |
| Cả nước | 7,3% | 17,8% |

Nghiên cứu kết luận có sự khác biệt giữa các vùng miền trong cả nước về tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường. Tỷ lệ này càng cao ở những vùng có đời sống kinh tế - xã hội phát triển. Tính chung cả nước, tỷ lệ mắc đái tháo đường là 7,3%.

Tác giả Trần Minh Long thực hiện nghiên cứu tại Nghệ An năm 2010 [41] cho kết quả tỷ lệ mắc ĐTĐ type 2 trên đối tượng từ 30 đến 69 tuổi là 9,37% và tỷ lệ tiền ĐTĐ là 17.97%.

Tác giả Hoàng Kim Ước điều tra tại Thái Nguyên năm 2007 [42] cho tỷ lệ ĐTĐ là 7,8%. Tỷ lệ RLDNG là 10,4%

Nghiên cứu của Dương Thị Hương tại quận Dương Kinh, Hải Phòng năm 2012 [43] thực hiện trên 564 đối tượng chưa từng bị đái tháo đường cho thấy tỷ lệ phát hiện ĐTĐ lần đầu là 5,1% Tỷ lệ tiền ĐTĐ là 18,6%.

Năm 2014, Hoàng Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hà, Bùi Công Đức và cộng sự điều tra tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường tại thành phố Hà Nội trên 2402 đối tượng từ 30 đến 69 tuổi [44] cho thấy tỷ lệ ĐTĐ ở nội thành là 27,7% ở ngoại thành là 27%, tỷ lệ tiền ĐTĐ là 27,4%.

Năm 2019, Nguyễn Thị Thanh Loan và cộng sự điều tra tỷ lệ ĐTĐ tại xã Đồng Trúc huyện Thạch Thất Hà Nội [45] trên 338 đối tượng cho tỷ lệ RLDNG là 37%.

Các nghiên cứu gần đây đã cho thấy rõ rằng tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường tại Việt Nam đang tăng lên một cách đáng lo ngại. Sự tiến triển của quá trình công nghiệp hóa và đô thị hóa đang góp phần vào sự gia tăng này, với nhiều yếu tố như thay đổi trong lối sống, thói quen ăn uống không lành mạnh và giảm vận động thể chất. Dự báo cho thấy rằng tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường sẽ tiếp tục tăng lên trong thời gian tới, điều này sẽ kéo theo nhiều hệ lụy nghiêm trọng đối với sức khỏe cộng đồng và hệ thống y tế.

Sự quan tâm và nghiên cứu về bệnh đái tháo đường tại Việt Nam đang ngày càng tăng lên. Mục tiêu chung của các nghiên cứu là tìm kiếm các biện pháp hiệu quả để phòng chống bệnh đái tháo đường trong cộng đồng. Điều này bao gồm việc tìm hiểu về nguyên nhân gây bệnh, xác định các yếu tố nguy cơ, và phát triển các chương trình và chiến lược phòng ngừa. Cũng quan trọng là nghiên cứu các phương pháp điều trị và quản lý bệnh đái tháo đường để cải thiện chất lượng cuộc sống của những người mắc bệnh.

Việc đẩy mạnh nghiên cứu và triển khai các biện pháp phòng chống bệnh đái tháo đường là một yếu tố quan trọng trong việc giảm thiểu tác động của bệnh này đối với sức khỏe cộng đồng. Đồng thời, việc tăng cường nhận thức và giáo dục cộng đồng về nguy cơ và cách phòng tránh bệnh cũng đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát và giảm thiểu sự lan truyền của đại tháo đường tại Việt Nam.

1.4. Một số thông tin khái quát về địa điểm nghiên cứu

Huyện Nam Đàn nằm ở phía Đông Nam tỉnh Nghệ An, nằm ở hạ lưu sông Lam. Trải dài từ 18°34’B đến 18°47’B và trải rộng từ 105°24’Đ đến 105°37’Đ, trong đó 48% là đất nông nghiệp, còn lại là rừng và đồi núi. vị trí:

* Phía đông giáp huyện Hưng Nguyên
* Phía tây giáp huyện Thanh Chương
* Phía nam giáp huyện Hương Sơn và huyện Đức Thọ thuộc tỉnh Hà Tĩnh
* Phía bắc giáp huyện Đô Lương và huyện Nghi Lộc.

Huyện lỵ của huyện đặt tại thị trấn Nam Đàn, trên đường Quốc lộ 46 Vinh – Đô Lương, cách thành phố Vinh 21 km về phía tây. Huyện Nam Đàn có 1 thị trấn và 18 xã. Dân số của Huyện Nam Đàn tại thời điểm 30 tháng 12 năm 2019 là 164.530 người. Nam Đàn cũng là nơi tập trung nhiều làng nghề truyền thống. Trong số đó có những nghề thủ công nổi tiếng như: Tương Nam Đàn, bún Quy Chính, Mộc Tây Hồ, nuôi tằm, dệt vải, làm bánh… Huyện Nam Đàn là quê hương của các danh nhân Việt Nam nổi tiếng như: Mai Thúc Loan, Phan Bội Châu, Hồ Chí Minh. Nam Đàn cũng là quê hương của 38 vị đại khoa Việt Nam như: Đình nguyên, Thám hoa Nguyễn Đức Đạt; Thám hoa Nguyễn Văn Giao thời Nguyễn; Đình Nguyên Tiến sĩ Vương Hữu Phú (Khoa Canh Tuất - 1910) … Phó bảng Nguyễn Sinh Sắc. Hiện Nam Đàn có 1 trung tâm y tế huyện và 19 trạm y tế thị trấn. Trung tâm Y tế huyện Nam Đàn được sáp nhập từ Bệnh viện Đa khoa huyện Nam Đàn và Trung tâm Y tế Nam Đàn vào năm 2017. Với quy mô 155 giường bệnh, 4 phòng chức năng, 11 khoa lâm sàng và cận lâm sàng. Với đội ngũ bác sĩ, nhân viên và nhân viên hỗ trợ giàu kinh nghiệm, tận tình. Hệ thống khoa khám bệnh tiếp nhận khám chữa bệnh cho hơn 400 lượt bệnh nhân/ngày, đã góp phần rất lớn trong việc nâng cao công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng, giảm quá tải cho các trung tâm y tế. Đến nay Trung tâm Y tế huyện Nam Đàn đã trở thành Trung tâm Y tế Đa khoa hạng III. Với mục tiêu “Tất cả vì sự hài lòng của người bệnh”, Khoa YHCT-PHCN Nam Đàn đã đón tiếp và điều trị cho khoảng 70-90 lượt bệnh nhân/ ngày xứng đáng là một địa chỉ y tế tin cậy của mọi người dân trên địa bàn và các vùng lân cận. Huyện đã quy hoạch 03 cụm công nghiệp: Nam Thái 20ha, Nam Giang 36,5ha, Thị trấn 10ha. Tại cụm công nghiệp Nam Giang, Thị trấn đã thu hút được các nhà đầu tư. Các ngành tiếp tục được khuyến khích đầu tư là dệt may, chế biến nông sản, tiểu thủ công nghiệp, sản xuất hàng tiêu dùng và xuất khẩu. Nam Đàn là huyện đã được Chính phủ công nhận đạt chuẩn nông thôn mới, hiện đang tập trung xây dựng nông thôn mới kiểu mẫu, theo Quyết định số 17-QĐ/TTg, ngày 04/01/2019 thành huyện nông thôn mới kiểu mẫu theo định hướng phát triển văn hóa gắn với du lịch giai đoạn 2018 - 2025. Tập trung phát triển nông nghiệp hữu cơ, ứng dụng công nghệ cao gắn với du lịch nông thôn theo hướng phát triển năng động, hiệu quả và bền vững.

Vì vậy Nam Đàn là một khu vực mới đang phát triển và cần được hỗ trợ kiểm soát các vấn đề liên quan đến sức khỏe người dân.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là những người trong độ tuổi từ 20 – 70 có hộ khẩu và đang sinh sống trên địa bàn huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An

* Tiêu chí chọn

+ Người sống thường xuyên trên địa bàn huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An trong vòng 12 tháng gần đây

+ Người tỉnh táo, có khả năng trả lời phỏng vấn

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

* Tiêu chí loại trừ

+ Khách vãng lai (VD: khách du lịch)

+ Người mắc bệnh cấp tính

+ Người mất năng lực hành vi, tâm thần, bị giam giữ

+ Đối tượng được chọn nhưng từ chối hoặc không tham gia vào ngày điều tra

+ Phụ nữ có thai.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An.

Thời gian tiến hành nghiên cứu: tháng 5 tháng 10 năm 2023

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể

 n = $\frac{Z\_{1-\frac{α}{2}}^{2} pq}{d^{2}}$

Trong đó:

n= cỡ mẫu

p = 0,5 (tỷ lệ được đặt ra với đối tượng có thói quen ăn uống hoặc lối sống liên quan đến ĐTĐ và RLDNG để có n cao nhất)

q= 0,5 (tỷ lệ đối tượng có thói quen ăn uống và lối sống không liên quan đến ĐTĐ và RLDNG)

$Z\_{1-\frac{α}{2}}$ : là hệ số tin cậy bằng 1,96 với độ tin cậy 95%

D= 0,05 (sai số cho phép)

Thay vào công thức ta có: n = 384

Để hạn chế sai số và tránh mất mẫu chúng tôi tăng cỡ mẫu làm tròn thành 400 đối tượng.

2.4.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu: Theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên có chủ đích:

Bước 1. Chọn ngẫu nhiên 05 xã thuộc huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An bằng cách bốc thăm các xã qua phiếu ta được 5 xã được chọn bao gồm Thị trấn Nam Đàn, Xã Kim Liên, Xã Nam Thái, Xã nam Giang, Xã Hùng Tiến.

Thị trấn Nam Đàn: Là nơi có mức sống cao tại Huyện Nam Đàn.

Xã Kim Liên: Là nơi mới đô thị hóa tập trung 2 khu công nghiệp may mặc

Xã Nam Thái, xã Nam Giang: là 2 cụm công nghiệp mới

Xã Hùng Tiến là một xã kiểu hình nông thôn mới

Bước 2. Tại mỗi xã lập danh sách các đối tượng trong độ tuổi điều tra, chọn ngẫu nhiên các đối tượng đến điều tra tại điểm điều tra đến khi đủ 80 người mỗi xã.

Cách thức tiến hành:

Bước 1. Chuẩn bị điều tra

- Tiến hành chọn các xã, các cụm và đối tượng điều tra theo phương pháp ngẫu nhiên.

Liên hệ và tổ chức chuẩn bị địa điểm tại trạm y tế xã, đối tượng điều tra.

Chuẩn bị các dụng cụ, nguyên vật liệu cho điều tra: Cân, thước dây, mẫu biểu điều tra, tranh ảnh tài liệu và dụng cụ liên quan...

Bước 2. Hướng dẫn cán bộ điều tra:

Tổ chức hướng dẫn cho điều tra viên cách thức chọn mẫu, tổ chức tiến hành điều tra, phương pháp phỏng vấn, khám, xét nghiệm, thu thập thông tin, nội dung và yêu cầu của cuộc điều tra...

Bước 3. Tiến hành điều tra thu thập thông tin tại thực địa. Kiểm tra sổ bệnh án của đối tượng tham gia nghiên cứu, ghi chép bệnh án tại các trạm y tế, trung tâm y tế của huyện Nam Đàn.

2.5. Phương pháp và chỉ số cần thu thập.

2.5.1. Phương pháp thu thập số liệu.

Chúng tôi sử dụng một số kỹ thuật nghiên cứu định tính (Qualitative Research): Đối với thói quen ăn rau, mỡ, đồ ngọt, uống cafe…

Nghiên cứu định lượng (Quantitative Research): Thời gian hoạt động thể lực trong ngày và trong tuần, lượng bia rượu uống hàng ngày và hàng tuần... trong điều tra nghiên cứu.

Sử dụng và tham chiếu hồ sơ bệnh án, số theo dõi bệnh nhân tại trạm y tế.

2.5.1.1. Phỏng vấn.

Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp để điều tra về

- Tình trạng bệnh và điều trị bệnh ĐTĐ từ trước đến nay

- Thói quen ăn uống trong ngày, trong tuần và trong tháng gần thời gian nghiên cứu, nghề nghiệp, học vấn và hoạt động thể lực thường xuyên của các đối tượng trong 3 tháng qua.

- Chúng tôi tiến hành phỏng vấn các đối tượng các loại lương thực, thực phẩm thường được sử dụng trong gia đình.

- Các yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá, tiền sử bản thân có liên quan đến bệnh.

- Tình trạng đã và đang sử dụng các phương pháp y học cổ truyền trong phòng và điều trị bệnh của người dân.

- Nhu cầu tư vấn và điều trị bằng các phương pháp điều trị bằng y học cổ truyền của người dân.

Ngày điều tra là các ngày trong tuần kể cả những ngày mà bữa ăn có thể được cải thiện hơn ngày thường (ngày nghỉ...).

\* Một số quy tắc về tiêu chuẩn đánh giá thói quen trong đề tài này.

Người có thói quen ăn rau, mỡ, ngọt: Là người ăn thích ăn nhiều rau, mỡ động vật/dầu, chất ngọt (bánh, kẹo, đường và ăn liên tục từ 4-7 ngày/tuần). [6] [46]

Người có thói quen uống rượu: Là người thường xuyên uống rượu, mỗi ngày uống ít nhất là 2 chén (khoảng 50 ml) (rượu các loại ). [46]

Người có thói quen hút thuốc lá: Là người hút thường xuyên, liên tục, ngày nào cũng hút, mỗi ngày ít nhất là 10 điếu thuốc lá.

2.5.1.2. Khám lâm sàng và xác định các số đo nhân trắc.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán Đái tháo đường type 2:

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ type 2 của Bộ y tế ban hành năm 2020, dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây

a, Glucose huyết tương lúc đói ≥ 7 mmol/L)

b, Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống ≥ 11,1 mmol/L

c, HbA1c ≥ 6,5% (48mmol/mol).

d, Bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết hoặc của cơn tăng glucose huyết cấp, kèm theo mức glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ ≥ 11,1 mmol/L

Chẩn đoán xác định nếu có 2 kết quả trên ngưỡng chẩn đoán trong cùng 1 mẫu máu xét nghiệm hoặc ở 2 thời điểm khác nhau đối với tiêu chí a, b hoặc c; riêng tiêu chí d chỉ cần một lần xét nghiệm duy nhất.

Bệnh nhân được xác nhận là ĐTĐ khi có bệnh án tại trung tâm phù hợp tiêu chuẩn trên.

+ Phương pháp đo huyết áp :

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp (WHO -1999, JNC 7 năm 2003 và ISH năm 2020). [11] [47]

Tất cả các đối tượng được chẩn đoán là ĐTĐ qua điều tra nghiên cứu đều được đo huyết áp. Đối tượng được nằm nghỉ ngơi thoải mái 5 - 10 phút tại giường, cán bộ đo quấn băng huyết áp vào tay phải, cách nếp khuỷu tay 2,5cm, bơm hơi đúng kỹ thuật và xác định trị số huyết áp tối đa, tối thiểu.

Chỉ tiêu đánh giá: đối tượng được chẩn đoán là tăng huyết áp khi huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và /hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg

- Tăng huyết áp tâm thu: HA tâm thu ≥ 140 mmHg; HA tâm trương < 90mHg.

- Tăng huyết áp tâm trương: HA tâm thu < 140 mmHg; HA tâm trương ≥90 mmHg.

+ Xác định tỷ lệ thừa cân tại của các đối tượng nghiên cứu ở khu vực điều tra.

Các số đo nhân trắc (BMI, W/H…)

- Số đo vòng eo:

Binh thưởng < 90 cm (nam); < 80 cm (nữ).

Có nguy cơ ≥ 90 cm(nam); ≥ 80 cm(nữ).

- Chỉ số khối cơ thể (BMI) đơn vị: kg/(m)

Cân và đo chiều cao: Dùng cần bản để cân và thước mét để đo chiều cao. Chỉ số khối lượng cơ thể (BMI) được tính theo công thức:

$$BMI=\frac{Cân nặng \left(kg\right)}{(chiều cao \left(m\right))^{2}}$$

- Đo vùng bụng, vòng mông: Đối tượng đứng thẳng, thoải mái, thở đều.

Dùng một thước vải thợ may vòng ngang qua rốn và qua điểm giữa đường nối bờ dưới xương sườn và đỉnh mào chậu để đo vòng bụng. Sau khi có số đo vòng bụng, dùng thước dây vòng qua 2 vị trí mấu chuyển xương đùi để có số đo vòng mông.

- Đánh giá thể trạng:

Gầy: <18,5

Bình thường: 18,5- 22,9.

Có nguy cơ: 23-24,9.

Béo độ 1: 25 - 29,9.

Béo độ 2: ≥ 30

\*Quy ước mức độ hoạt động thể lực và tính chất lao động của nghề nghiệp

(nặng, vừa, nhẹ, lao động trí óc)

- Nặng: Đào đất, cây ruộng, tập tạ, chạy nhanh, khuân vác, gánh đất

- Trung Bình: làm ruộng (ngoại thành), đạp xe, đi bộ vừa phải, công nhân điện nước

- Nhẹ: tập thể dục nhẹ, đi bộ chậm, tập dưỡng sinh, bán hàng, làm thủ công, cán bộ văn phòng

2.5.2. Các chỉ số cần thu thập và xác định.

2.5.2.1. Tình trạng bệnh ĐTĐ của các đối tượng ở khu vực điều tra.

- Tỷ lệ đái tháo đường (TL%).

2.5.2.2. Các chứng trạng mà người mắc bệnh ĐTĐ đang có.

Bao gồm: tính chất khát, miệng khô hay không , thích uống nước mát hay ấm, màu sắc và tính chất lưỡi, đại tiểu tiện của bệnh nhân.

2.5.2.3. Thói quen ăn uống, lối sống, mức độ hoạt động thể lực của đối tượng ở khu vực nghiên cứu.

+ Tần suất sử dụng (thường xuyên, không thường xuyên): Chất bột, thịt, rau, mỡ, đồ ngọt, hoa quả, thuốc lá, uống rượu, bia.

+ Tần suất, thời gian, mức độ hoạt động thể lực (nặng, trung bình, nhẹ, không hoạt động)

+ Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ chính liên quan bệnh ĐTĐ.

- Tỉ lệ đối tượng có tiền sử tăng huyết áp và các bệnh liên quan

- Tỉ lệ thừa cân, béo phì

2.5.2.4. Liên quan giữa một số thói quen ăn uống, lối sống, mức độ hoạt động thể lực với bệnh ĐTĐ.

2.5.2.5. Tình trạng điều trị ĐTĐ theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền.

2.6. Thời gian tiến hành - Cách thức tổ chức điều tra tại thực địa.

+ Tiến hành: 5/2023 đến 10/2023.

+Thời gian: Bắt đầu triển khai khám và thu thập số liệu hàng ngày

+ Chuẩn bị: Liên hệ Trung tâm Y tế huyện Nam Đàn, Sở Y tế Nghệ An, các trạm y tế xã thuộc khu vực điều tra, nhóm nghiên cứu đã tiến hành các công tác chuẩn bị bao gồm: Tuyên truyền, vận động quần chúng hưởng ứng nhiệt tỉnh công tác điều tra với nội dung:

- Hiểu biết cơ bản về bệnh ĐTĐ.

- Lợi ích của công tác phát hiện bệnh, nhất là việc phát hiện bệnh sớm.

- Lịch thăm khám ở các địa điểm điều tra.

- Các điều kiện bắt buộc phải thực hiện ở các đối tượng điều tra.

- Chuẩn bị và phát phiếu hẹn điều tra

+Tập huấn các phương pháp phỏng vấn bộ phiếu điều tra, phương pháp sử dụng các thiết bị, dụng cụ phục vụ điều tra cho tất cả thành viên trong nhóm điều tra.

+ Chuẩn bị đầy đủ các phương tiện vật liệu cho điều tra.

+ Tiến hành: tổ chức nhóm điều tra, thành phần mỗi nhóm gồm 1 cán bộ của trung tâm y tế huyện, 01 cán bộ trạm y tế xã. Mỗi tổ được trang bị một số dụng cụ vật liệu cần thiết cho phỏng vấn điều tra dinh dưỡng, tài liệu truyền thông...

2.7. Xử lý và phân tích số liệu:

Sử dụng phần mềm EPI-INFO, SPSS 20.0 để nhập xử lý số liệu.

Sử dụng các thuật toán thống kê trong y sinh học để xử lý và phân tích số liệu. Chi-square test để so sánh các tỷ lệ, khảo sát tương quan giữa tỷ lệ mắc ĐTĐ, tiêu khát với các yếu tố nguy cơ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

 Tiến hành nghiên cứu phải được sự cho phép của chính quyền, ngành y tế đại phương và các ban ngành. Thông qua hội đồng đạo đức Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.

Đối tượng nghiên cứu được cung cấp các thông tin về nghiên cứu và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Đối thượng có quyền từ chối hoặc ngừng tham gia nghiên cứu bất cứ lúc nào. Nghiên cứu chỉ được thực hiện trên những đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu cam kết giữ bí mật mọi thông tin mà đối tượng cung cấp. Thông tin chỉ được sử dụng cho nghiên cứu này, không phục vụ cho bất kỳ nghiên cứu nào khác.

CHƯƠNG 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới tính.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nhóm tuổi** | **Nam** | **Nữ** | **Chung** |
| **n** | **%** | **n** | **%** | **n** | **%** |
| 20-30 | 30 | 16,6% | 32 | 14,6% | 62 | 15,5% |
| 31-40 | 53 | 29,3% | 36 | 16,4% | 89 | 22,25% |
| 41-50 | 43 | 23,7% | 48 | 21,9% | 91 | 22,75% |
| 51-60 | 30 | 16,5% | 66 | 30,1% | 96 | 24% |
| 61-70 | 25 | 13,9% | 37 | 17% | 62 | 15,5% |
| Tổng | 181 | 45,25% | 219 | 54,75% | 400 | 100% |

**Nhận xét:** Tổng số người tham gia nghiên cứu là 400 người, phân bố theo độ tuổi và giới tính như trên. Tuổi tối thiểu là 22. Tuổi tối đa là 70.

Độ tuổi trung bình là: 45,05

Bao gồm 181 nam (45,25%) và 219 nữ (54,75%)

Tỷ lệ nam thấp hơn so với nữ

Bảng 3.2. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đặc điểm** | **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Dân tộc |
| Kinh | 400 | 100% |
| Khác | 0 | 0% |
| Trình độ học vấn |
| Không biết chữ | 1 | 0,25% |
| Chưa tốt nghiệp tiểu học | 38 | 9,5% |
| Tốt nghiệp tiểu học | 56 | 14% |
| Tốt nghiệp THCS | 110 | 27,5% |
| Tốt nghiệp THPT | 160 | 40% |
| Trên THPT | 35 | 8,75% |
| Nghề nghiệp |
| Nông dân | 218 | 54,5% |
| Công nhân | 88 | 22% |
| Buôn bán | 17 | 4,25% |
| CCVC/ văn phòng | 26 | 6,5% |
| Nội trợ | 7 | 1,75% |
| Thất nghiệp | 3 | 0,75% |
| Tự do | 41 | 10,25% |

**Nhận xét:** Bảng 3.2 cho thấy trong tổng số đối tượng nghiên cứu đều là người Kinh. Về trình độ học vấn, 48,75% đối tượng có trình độ trung học trở lên và 27,5% có trình độ trung học cơ sở. Đối tượng tham gia nghiên cứu nhiều nhất là nông dân đại diện 54,5%

Bảng 3.3. Một số đặc điểm sinh trắc học của đối tượng tham gia nghiên cứu

|  |  |
| --- | --- |
| **Chỉ số** | **Giá trị trung bình theo giới tính** |
| **Nam** | **Nữ** | **Chung** |
| Tuổi | 43,62 | 46,24 | 45,05 |
| Chiều cao (cm) | 162,4 | 151,4 | 156,9 |
| Cân nặng (kg) | 56,4 | 48,2 | 52.3 |
| BMI (kg/$m^{2}$) | 21,4 | 21 | 21,2 |
| Vòng eo (cm) | 77,2 | 73,6 | 75,4 |
| Vòng mông (cm) | 89,9 | 87,9 | 88,9 |
| WHR | 0,86 | 0,84 | 0,85 |
| HATT (mmHg) | 128,7 | 116,3 | 112,5 |
| HATTr (mmHg) | 86,2 | 75,4 | 80,8 |

**Nhận xét:**

Ta nhận thấy trong nghiên cứu độ tuổi trung bình cảu nam thấp hơn của nữ.

Trung bình vòng eo, mông cũng như WHR của nam cũng cao hơn

Tuy nhiên trung bình BMI của nam không cao hơn quá nhiều so với nữ.

Bảng 3.4. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo yếu tố nguy cơ và giới tính

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Yếu tố nguy cơ** | **Nam****n= 181** | **Nữ****n= 219** | **Chung****n=400** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** | **Tần số** | **Tỷ lệ** | **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Tiền sử bệnh gia đình | THA | 12 | 6,6% | 13 | 5,9% | 25 | 6,25% |
| GĐCNMB | 15 | 8,3% | 20 | 9,1% | 35 | 8,75% |
| Thói quen uống rượu bia, hút thuốc lá | Uống rượu bia | 178 | 98,3% | 167 | 76,3% | 345 | 86,25% |
| Uống rượu bia quá tiêu chuẩn | 55 | 30,4% | 0 | 0% | 55 | 13,75% |
| Hút thuốc lá hằng ngày | 103 | 56,9% | 0 | 0% | 103 | 25,75% |
| Hút thuốc lá hằng ngày ≥10 điếu | 84 | 46,4% | 0 | 0% | 84 | 13,5% |
| Thói quen dinh dưỡng không hợp lý | Ăn ít rau quả | 110 | 60,8% | 128 | 58,4% | 238 | 59,5% |
| Ăn nhiều đồ dầu mỡ | 94 | 51,9% | 105 | 47,9% | 199 | 49,75% |
| Ăn nhiều đồ ngọt | 18 | 9,9% | 35 | 16% | 53 | 13,25% |
| Thói quen ít hoạt động thể lực | Nhẹ, tĩnh lại | 28 | 15,5% | 45 | 20,5% | 73 | 18,25% |
| < 30 phút/ngày | 35 | 19,3% | 60 | 27,4% | 95 | 23,75% |
| Chỉ số sinh học có nguy cơ | BMI ≥23 | 43 | 23,7% | 40 | 18,3% | 83 | 20,75% |
| Vòng eo lớn | 20 | 11% | 62 | 28,3% | 82 | 20,5% |
| WHR lớn | 21 | 11,6% | 146 | 66,7% | 167 | 41,75% |

**Nhận xét:** Về tiền sử bệnh, có 6,25% tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu là 4,75% và có người nhà mắc bệnh ĐTĐ là 8,75%

Về thói quen uống rượu bia, thuốc lá, chúng tôi nhận thấy 86,25% đối tượng đã từng uống rượu, trong đó 13,75% đối tượng có thói quen uống rượu vượt mức cho phép. Có 25,75%% đối tượng hút thuốc lá và có 13,5% đối tượng hút ≥ 10 điếu/ngày/ngày

Về thói quen ăn uống, 59,5% đối tượng ăn ít rau, trái cây, 13,25% đối tượng ăn nhiều đồ ngọt và 49,75% đối tượng ăn nhiều đồ béo

Về thói quen sinh hoạt, dễ dàng nhận thấy có tới 18,25% đối tượng thực hiện các hoạt động nhẹ nhàng, ít vận động và 23,75% đối tượng thực hiện hoạt động thể lực với cường độ < 30 phút/ngày. Về các chỉ số sinh học, có 20,75% đối tượng thừa cân, béo phì, có tới 20,5% đối tượng có vòng eo to và có tới 41,75% đối tượng có vòng eo/mông lớn.

3.2. Thực trạng ĐTĐ ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Kết quả tỷ lệ người mắc ĐTĐ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kết quả** | **ĐTĐ** | **Bình thường** | **Tổng số** |
| Tần số | 34 | 366 | 400 |
| Tỷ lệ | 8,5% | 91,5% | 100% |

**Nhận xét:**

Bảng 3.5 cho thấy kết quả tỷ lệ ĐTĐ là 8,5% với tần số có 34 người mắc khi phỏng vấn.

Bảng 3.6. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo nhóm tuổi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đặc điểm nhân khẩu** | **Số** **nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Nhóm tuổi | < 30 | 62 | 0 | 0% |
| 31- 40 | 89 | 6 | 6,7% |
| 41- 50 | 91 | 9 | 9,9% |
| 51-60 | 96 | 11 | 11,5% |
| 61-70 | 62 | 8 | 12,9% |
| Giới tính | Nam  | 181 | 13 | 7,2% |
| Nữ | 219 | 21 | 9,6% |

 **Nhận xét:**Từ bảng 3.6 ta thấy tỷ lệ ĐTĐ là:

Tỷ lệ ĐTĐ ở nữ so với nam là cao hơn với tỉ lệ tương ứng là 9,6% và 7,2%

Tỷ lệ mắc ĐTĐ cao nhất ở độ tuổi 61-70 chiếm 12,9%

Bảng 3.7. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo trình độ học vấn, nghề nghiệp

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Đặc điểm nhân khẩu** | **Số** **nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| **Nghề nghiệp** | Nông dân | 218 | 15 | 6,88% |
| Công nhân | 88 | 6 | 6,82% |
| CCVC/Văn phòng | 26 | 7 | 26,92% |
| Buôn bán/nội trợ/khác | 27 | 6 | 22,22% |
| **Trình độ học vấn** | Tiểu học trở xuống | 95 | 4 | 4,21% |
| THCS | 110 | 11 | 10% |
| THPT | 160 | 15 | 9,38% |
| Trên THPT | 35 | 4 | 11,43% |

**Nhận xét:** Bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ ĐTĐ cao nhất ở CCVC/văn phòng với tỷ lệ 26,92%

Các nhóm tiếp theo là buôn bán/nội trợ với tỷ số tương ứng là 22,22 %

Tỷ lệ ĐTĐ theo bậc học theo cấp bậc tương ứng như sau:

Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ cao nhất ở trên THPT với tỷ lệ 11,43%

Các nhóm tiếp theo là THCS và THPT Tỷ số tương ứng là 10% và 9,38%

Bảng 3.8. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo thói quen uống rượu bia, hút thuốc

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thói quen uống rượu bia, hút thuốc** | **Số** **nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| **Uống rượu bia** | Có | 345 | 31 | 8,98% |
| Không | 55 | 3 | 5,45% |
| **Uống rượu bia quá tiêu chuẩn cho phép** | Có | 55 | 10 | 18,18% |
| Không | 345 | 24 | 6,96% |
| **Hút thuốc hằng ngày** | Có | 103 | 13 | 12,62% |
| Không | 297 | 21 | 7,07% |
| **Hút thuốc hằng ngày ≥ 10 điếu** | Có | 84 | 10 | 11,9% |
| Không | 316 | 24 | 7,59% |

**Nhận xét:**  Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở nhóm đối tượng thường xuyên uống rượu vượt mức cho phép/ngày là cao hơn so với nhóm không uống rượu ( 18,18% và 6,96%)

Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở nhóm hút 10 điếu thuốc trở lên mỗi ngày so với nhóm không hút thuốc là cao hơn (11,9% và 7,59%)

 Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ ở nhóm uống rượu và hút thuốc hàng ngày so với nhóm còn lại lần lượt là 8,98% và 12,62% so với 5,45% và 7,07%

Bảng 3.9. Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo thói quen ăn uống

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thói quen ăn uống** | **Số** **nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| **Thói quen ăn ít rau quả** | Có | 238 | 22 | 9,24% |
| Không | 162 | 12 | 7,41% |
| **Thói quen ăn****đồ dầu mỡ** | Có | 199 | 18 | 9,04% |
| Không | 201 | 16 | 7,96% |
| **Thói quen ăn****uống đồ ngọt** | Có | 53 | 15 | 28,3% |
| Không | 347 | 19 | 5,48% |

**Nhận** **xét:** Tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm đối tượng nghiên cứu có thói quen ăn rau củ quả thường xuyên là thấp hơn so với nhóm không thường xuyên với tỉ lệ tương ứng là 7,41% và 9,24%

Tỷ lệ ở nhóm người có thói quen ăn đồ dầu mỡ mà đồ ngọt so với nhóm này là cao hơn so với nhóm người không có các thói quen tương ứng.

Bảng 3.10 Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo thói quen hoạt động thể lực

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thói quen** **hoạt động thể lực** | **Số** **nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| **Tính chất HĐTL** | Nặng, trung bình | 327 | 21 | 6,42% |
| Nhẹ, tĩnh lại | 73 | 13 | 17,8% |
| **Cường độ HĐTL** | ≥30 phút/ ngày | 305 | 16 | 5,25% |
| <30 phút/ngày | 95 | 18 | 18,94% |

**Nhận xét:**Bảng 3.10 cho thấy tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm ít hoạt động thể lực cũng như hoạt động thể lực nhẹ có xu hướng cao hơn so với nhóm hoạt động thể lực nhiều

Bảng 3.11 Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo tiền sử bệnh liên quan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tiền sử bệnh liên quan** | **Số****nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| **THA** | Có | 25 | 13 | 52% |
| Không | 375 | 21 | 5,6% |
| **Gia đình có người mắc ĐTĐ** | Có | 35 | 6 | 17,14% |
| Không | 365 | 28 | 7,67% |

**Nhận xét:** Nhóm đối tượng có tiền sử THA có tỷ lệ ĐTĐ là 52% so với nhóm không có tiền sử THA là 5,6% cao hơn rất nhiều.

Tỷ lệ nhóm đối tượng có gia đình có người mắc ĐTĐ so với nhóm không có lần lượt là 17,14% và 7,67%.

Bảng 3.12 Phân bố tỷ lệ ĐTĐ theo chỉ số sinh học

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Chỉ số sinh học** | **Số****nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| **BMI** | ≥23 | 83 | 16 | 19,28% |
| <23 | 317 | 18 | 5,68% |
| **Vòng eo** | Lớn | 82 | 19 | 23,17% |
| Bình thường | 318 | 15 | 4,72% |
| **WHR** | Lớn | 167 | 20 | 11,98% |
| Bình thường | 233 | 14 | 6% |

**Nhận xét:** Bảng 3.12 cho thấy đối tượng có chỉ số BMI ≥23, vòng eo lớn và chỉ số WHR lớn có tỷ lệ mắc ĐTĐ so với nhóm có chỉ số bình thường là cao hơn

Bảng 3.13. Phân bố tỷ lệ người mắc ĐTĐ theo chứng trạng YHCT

|  |  |
| --- | --- |
| **Chứng trạng YHCT** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Khát nhiều, miệng khô, thích uống nước mát, chất lưỡi đỏ, không rêu hoặc ít rêu | 7 | 20,59% |
| Ăn nhiều, mau đói, gầy nhiều, khát, tiểu nhiều, chất lưỡi đỏ, rêu vàng, đại tiện táo | 17 | 50% |
| Tiểu nhiều, gầy nhiều, miệng khát, hồi hộp, ngũ tâm phiền nhiệt, chất lưỡi đỏ không rêu | 10 | 29,41% |

**Nhận xét:** Qua bảng 3.13 ta có thế thấy tỷ lệ chứng trạng theo YHCT mà các bệnh nhân ĐTĐ mắc lần lượt ở các chứng trạng tương ứng là 20,59%, 50% và 29,41%

Bảng 3.14. Phân bố tỷ lệ người mắc ĐTĐ – chứng Tiêu khát

theo thể bệnh YHCT

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Thể bệnh** | **Số nghiên cứu** | **ĐTĐ** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Thượng tiêu | 34 | 7 | 20,59% |
| Trung tiêu | 17 | 50% |
| Hạ tiêu | 10 | 29,41% |

**Nhận xét:** Bảng 3.14 cho thấy tỷ lệ người bệnh mắc bệnh ở thể Trung tiêu là cao nhất với 50% tiếp sau đó là thể Hạ tiêu và Thượng tiêu lần lượt là 29,41% và 20,59%

3.3 Tình trạng điều trị Đái tháo đường theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền.

Bảng 3.15. Tình trạng điều trị ĐTĐ theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ĐTĐ** | **Bình thường** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** | **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Đã điều trị bằng y học cổ truyền | Có | 20 | 58,8% | 238 | 65% |
| Không | 14 | 41,2% | 128 | 35% |
| Chấp nhận tư vấn đều trị theo phương pháp y học cổ truyền | Có | 34 | 100% | 366 | 100% |
| Không | 0 | 0% | 0 | 0% |

**Nhận xét:** Theo bảng 3.15 cho thấy người dân có tỉ lệ đã và chấp nhận tư vấn điều trị bằng các phương pháp YHCT là rất cao.

Tỷ lệ người mắc ĐTĐ đã điều trị bằng YHCT là 58,8%.

Tỷ lệ người dân không mắc ĐTĐ đã điều trị bằng các phương pháp YHCT là 65%

Bảng 3.16. Thực trạng điều trị ĐTĐ theo y học cổ truyền

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ĐTĐ** | **Bình thường** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** | **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Điều trị bằng y học cổ truyền tại cơ sở y tế | Có | 20 | 73,53% | 182 | 49,7%% |
| Không | 14 | 26,47%  | 184 | 50,3% |
| Điều trị bằng y học cổ truyền tại nhà | Có | 16 | 47,06% | 238 | 65% |
| Không | 18 | 52,94% | 128 | 35% |

**Nhận xét:** Từ bảng 3.16 ta thấy tỷ lệ người mắc ĐTĐ đã điều trị tại cơ sở y tế là 58,8% và có tới 47,06% người mắc ĐTĐ điều trị bằng YHCT tại nhà.

Tỷ lệ người không mắc ĐTĐ sử dụng YHCT trong điều trị cũng rất cao lên tới 49,7% điều trị tại cơ sở y tế và 65% đã từng sử dụng YHCT để điều trị tại nhà.

Bảng 3.17. Phương pháp điều trị ĐTĐ theo y học cổ truyền

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ĐTĐ** | **Bình thường** |
| **Tần số** | **Tỷ lệ** | **Tần số** | **Tỷ lệ** |
| Điều trị bằng phương pháp dung thuốc | Có | 20 | 100% | 192 | 80,7% |
| Không | 0 | 0% | 46 | 19,3% |
| Điều trị bằng phương pháp không dùng thuốc  | Có | 12 | 60% | 164 | 68,9% |
| Không | 8 | 40% | 74 | 31,1% |

**Nhận xét:** Theo bảng 3.17 ta nhận thấy 100% người mắc ĐTĐ điều trị bằng YHTC dùng thuốc và có 60% có sử dụng các phương pháp không dùng thuốc.

Tỷ lệ này ở người không mắc đã điều trị bằng YHCT lần lượt là 80,7% và 68,9%

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

Nghiên cứu này được thực hiện trong bối cảnh lo ngại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) về sự gia tăng nhanh chóng của các bệnh không lây nhiễm, trong đó bao gồm cả bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ) type 2, trên toàn cầu. Việc gia tăng đột ngột của bệnh này, đặc biệt là ở các nước đang phát triển như Việt Nam, đã làm nổi bật nhu cầu cấp bách trong việc đối phó với bệnh lý này. Để đáp ứng thách thức này, Thủ tướng Chính phủ Việt Nam đã phát hành Quyết định số 376/QD-TTg vào ngày 20 tháng 3 năm 2015, chấp nhận Chiến lược quốc gia phòng chống các bệnh không lây nhiễm, với sự tập trung đặc biệt vào bệnh Đái tháo đường, và đề ra kế hoạch thực hiện trong giai đoạn từ 2015 đến 2025.

Mục tiêu chính của nghiên cứu này là đánh giá tỷ lệ mắc bệnh Đái tháo đường type 2 hoặc Tiểu khát và mô tả một số yếu tố liên quan đến căn bệnh này. Đối tượng của nghiên cứu là những người trong độ tuổi từ 20 đến 70, một phạm vi được lựa chọn vì đây là nhóm tuổi lao động, và thực tế cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ type 2 thấp hơn ở người dưới 20 tuổi, và nhóm người trên 70 tuổi không được chọn do khó khăn trong việc thực hiện can thiệp thay đổi lối sống.

Nghiên cứu nhấn mạnh sự chuyển đổi nhanh chóng từ bệnh truyền nhiễm sang bệnh không lây nhiễm trong bối cảnh kinh tế phát triển và thay đổi lối sống. Sự ít vận động và tình trạng thừa cân, béo phì đang đóng góp vào việc tăng rủi ro mắc Đái tháo đường. Ngoài ra, rối loạn chuyển hóa như rối loạn lipid máu và tăng huyết áp, đang ngày càng trở thành nguyên nhân hàng đầu của bệnh Đái tháo đường.

Nghiên cứu cũng tập trung vào giai đoạn tiền Đái tháo đường, nơi những can thiệp sớm có thể ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến triển thành Đái tháo đường thực sự. Người tiền đái tháo đường được xác định có nguy cơ mắc Đái tháo đường cao gấp 3-10 lần so với người bình thường. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng can thiệp phòng bệnh ở giai đoạn này, đặc biệt là đối với những người có rối loạn dung nạp glucose, có thể ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến triển của bệnh, giảm nguy cơ biến chứng mạch máu nhỏ và tim mạch.

Mặc dù nghiên cứu tập trung vào đối tượng 20-70 tuổi, nhưng do hạn chế về nguồn kinh phí và nhân lực, sự chọn lọc được thực hiện trên 400 đối tượng mang yếu tố nguy cơ. Nghiên cứu tập trung vào nhóm này để tối ưu hóa hiệu suất và tập trung khai thác thông tin từ những người đã được xác định mắc bệnh Đái tháo đường. Điều này sẽ giúp cung cấp những thông tin quý báu về bệnh lý và yếu tố nguy cơ, từ đó định hình các chiến lược hiệu quả trong việc phòng chống và quản lý bệnh Đái tháo đường tại Việt Nam.

4.1 Một số đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu này đã bao gồm tổng cộng 400 đối tượng, trong đó nam chiếm 45.25% và nữ chiếm 54.75%. Mặc dù tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu khác, nhưng sự khác biệt này không đạt đến mức ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ giới tính này cũng phản ánh khá chính xác tỷ lệ giới tính trong cộng đồng ở huyện Nam Đàn, tỉnh Nghệ An, nơi nghiên cứu được thực hiện. Sự tương tự giữa tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu này và các nghiên cứu trước đó đã được xác nhận thông qua các nghiên cứu tại các địa phương khác nhau trong Việt Nam, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan và đồng nghiệp vào năm 2019[45] tại huyện Thạch Thất, thành phố Hà Nội, với tỷ lệ lần lượt là 43.2% và 56.8%, cũng như nghiên cứu của Phan Hướng Dương tại Hải Phòng năm 2014[52] với tỷ lệ 41.7% nam và 58.5% nữ

Đối tượng nghiên cứu trong khoảng từ 20 đến 70 tuổi đã được phân chia thành 6 nhóm tuổi, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 41-50 (chiếm 41.25%) và thấp nhất ở nhóm tuổi 20-30 và 61-70 (mỗi nhóm chiếm 9.75%). Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45.05. So sánh với các nghiên cứu trước đó, con số này thấp hơn, như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Loan năm 2019[45] với độ tuổi trung bình 48.7 nhưng vẫn phản ánh được đặc điểm dân số của khu vực nghiên cứu.

Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều là dân tộc Kinh, và trình độ học vấn cao nhất là tốt nghiệp Trung học phổ thông chiếm 40%. Nông dân chiếm tỷ lệ lớn nhất với 54.5%. Các yếu tố nguy cơ đã được theo dõi, bao gồm tiền sử tăng huyết áp (6.25%) và có người thân trong gia đình mắc bệnh Đái tháo đường (8.75%).

Về lối sống, 86.25% trong số các đối tượng nghiên cứu uống rượu bia, trong đó có 13.75% có thói quen uống quá mức. Hút thuốc hàng ngày được thực hiện bởi 25.75%, trong đó có 13.5% hút ≥10 điếu/ngày.

Đối với chế độ dinh dưỡng và hoạt động thể lực, 59.5% ăn ít rau quả, 49.75% ăn nhiều đồ dầu mỡ, 13.25% ăn nhiều đồ ngọt. Đối tượng hoạt động thể lực ở mức độ nhẹ chiếm 18.25%, trong khi 23.75% hoạt động thể lực với cường độ dưới 30 phút/ngày. Phần đáng chú ý là 20.75% trong số các đối tượng thừa cân hoặc béo phì, 20.5% có chỉ số vòng eo lớn, và 41.75% có chỉ số eo/mông lớn.

Tổng thể, nghiên cứu này đã cung cấp một cái nhìn tổng quan về đặc điểm dân số và các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh Đái tháo đường type 2 trong cộng đồng nghiên cứu, đồng thời đặt nền móng cho việc phát triển các chiến lược phòng chống và quản lý bệnh tập trung vào nhóm người có nguy cơ cao.

4.2 Thực trạng bệnh Đái tháo đường

4.2.1. Tỷ lệ bệnh Đái tháo đường

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc Đái tháo đường (ĐTĐ) là 8.5%. Để đánh giá sự biến động này, chúng tôi thực hiện so sánh với các nghiên cứu trước đó được thực hiện trong nước. Nghiên cứu của Tác giả Trần Minh Long tại Nghệ An vào năm 2010 [41] cho kết quả tỷ lệ mắc ĐTĐ type 2 trên đối tượng từ 30 - 69 tuổi là 9.37%, và tỷ lệ tiền ĐTĐ là 17.97%. So sánh với năm 2010, sau 12 năm, tỷ lệ ĐTĐ tại huyện Nam Đàn, tỉnh Nghệ An đã giảm đi, cho thấy sự hiệu quả của các biện pháp phòng chống và quản lý bệnh trong khu vực. Tuy nhiên so sánh với tỷ lệ đái tháo Năm 2020, nghiên cứu lập bản đồ dịch tễ bệnh đái tháo đường tại 6 vùng sinh thái trong cả nước của Bệnh viện Nội tiết Trung ương [21] cho thấy tỷ lệ ĐTĐ tại khu vực Bắc trung bộ là 7,2% là vẫn cao hơn vì vậy rất cần các công tác nâng cao và bổ sung các biện pháp phòng chống và quản lý bệnh tại địa phương.

Tiếp theo, so sánh với kết quả của Nguyễn Thị Ngọc Huyền vào năm 2005 [51] tại Hà Nội với tỷ lệ 6.7%, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tại Nam Đàn, Nghệ An cao hơn. Điều này có thể phản ánh sự tăng cao về mức sống, lối sống và các yếu tố nguy cơ tại vùng nghiên cứu của chúng tôi.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng việc so sánh các tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ giữa các nghiên cứu khác nhau có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố khác nhau như phương pháp nghiên cứu, đặc điểm dân số của từng vùng, và thời gian thực hiện nghiên cứu. Sự tăng cao của tỷ lệ mắc ĐTĐ trong cộng đồng vẫn là một vấn đề đáng quan ngại và đòi hỏi sự chú trọng đặc biệt vào các biện pháp phòng chống và quản lý bệnh hiệu quả.

4.2.2. Phân bố tỷ lệ Đái tháo đường theo giới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích chi tiết cho thấy có tổng cộng 21 phụ nữ mắc bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ), chiếm tỷ lệ là 9,6%, trong khi nam giới có 13 người mắc bệnh, chiếm tỷ lệ là 7,2%. Kết quả này không chỉ phản ánh hiện thực đối với độ phân biệt giới tính trong mức độ mắc bệnh, mà còn là sự ghi nhận của một xu hướng rõ ràng được quan sát không chỉ trong nghiên cứu của chúng tôi mà còn trong nhiều nghiên cứu trước đó trong và ngoài nước.

So sánh với một số nghiên cứu của các tác giả trong nước, chúng tôi nhận thấy hầu hết các nghiên cứu đều báo cáo về một sự chênh lệch rõ ràng giữa tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nữ giới so với nam giới. Ví dụ, nghiên cứu của Nguyễn Huy Cường và cộng sự vào năm 2002 [50] cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nữ là 3,4%, cao hơn ở nam giới là 1,4%. Tương tự, nghiên cứu của Vũ Huy Chiến và cộng sự vào năm 2004 tại tỉnh Thái Bình [49] cũng ghi nhận sự chênh lệch tương tự, với tỷ lệ ĐTĐ ở nữ là 4,8%, cao hơn ở nam giới là 3,7% (p<0,05).

Ngoài ra, không chỉ ở Việt Nam mà còn ở nhiều quốc gia châu Á khác như Singapore, Malaysia, và Nhật Bản, cũng có xu hướng tỷ lệ mắc ĐTĐ ở nữ giới cao hơn so với nam giới. Do đó, kết quả của nghiên cứu của chúng tôi không chỉ phản ánh xu hướng chung mà còn là một phần của cả một tuyển tập các nghiên cứu liên quan. Nhìn chung tỷ lệ ĐTĐ ở nữ giới là cao hơn ở nam giới, điều này có thể do tuổi thọ của nữ cao hơn nam cho nên nguy cơ mắc ĐTĐ cũng cao hơn nam. Điều này không chỉ củng cố mà còn mở rộng hiểu biết của chúng ta về biến thể giới tính trong mức độ mắc bệnh ĐTĐ và hướng dẫn cho các chiến lược phòng ngừa và quản lý bệnh trong tương lai.

4.2.3. Phân bố tỷ lệ Đái tháo đường theo lứa tuổi

Trong nghiên cứu này, điều tra trên 400 người được chia làm 5 nhóm tuổi, chúng tôi có kết quả trình bảy ở bảng 3.1. Qua bảng 3.6 chúng tôi thu được tỷ lệ ĐTĐ ở các nhóm tuổi như sau: dưới 30 tuổi chiếm 0%; 31-40 là 6,7% 41-50 là 9,9%; 51-60 là 11,5%, 61-70 là 12,9%

Theo Thái Hồng Quang tỷ lệ mắc ĐTĐ bắt đầu tăng nhanh ở lứa tuổi trên 45; trên 65 tuổi tỷ lệ mắc có thể lên tới 16%.

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ ĐTĐ tăng dần theo tuổi. Đặc biệt tỷ lệ ĐTĐ tăng cao ở tuổi 50-70.

\* So sánh với một số nghiên cứu trong nước của Tạ Văn Bình, Nguyễn Thị Ngọc Huyền và cộng sự tại Hà Nội (2005)[51] trên đối tượng từ 30 – 74 tuổi, tỷ lệ RLDNG cũng tăng dần theo tuổi, trong đó thấp nhất là nhóm 30 – 39 tuổi (3,8%) và cao nhất là nhóm 70 – 74 tuổi (18,7. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự của tác giả Phan Hướng Dương thực hiện ở Hải Phòng (2014)[52] trên đối tượng 30 – 59 tuổi, tỷ lệ RLDNG ở các nhóm tuổi tương ứng lần lượt là: 30 – 39 chiếm 4,5%, 40 – 49 chiếm 7,2% và 50 – 59 chiếm 7,7%.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với các nghiên cứu khác về đặc điểm tỷ lệ ĐTĐ tăng dần theo tuổi tuy nhiên tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ ĐTĐ của các tác giả khác có thể do phạm vi nghiên cứu của chúng tôi nhỏ.

4.2.4 Phân bố Đái tháo đường theo trình độ học vấn và nghề nghiệp

Nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra kết quả rằng tỷ lệ mắc bệnh Đái Tháo Đường (ĐTĐ) cao nhất xuất hiện trong nhóm nghề CCVC/Văn phòng, với tỷ lệ là 26.92%. Tiếp theo là nhóm buôn bán/nội trợ/khác với tỷ lệ là 22.22%, và hai nhóm còn lại, nông dân và công nhân, chiếm tỷ lệ là 6.88% và 6.82% tương ứng. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lê Quang Minh và đồng nghiệp tại Bắc Kạn (2009)[48], nơi tỷ lệ ĐTĐ cao nhất là ở nhóm kinh doanh buôn bán, với 41.7%, và sau đó là nhóm công chức viên chức/công an, bộ đội (28%), nông dân (17.5%), và thấp nhất là nhóm công dân (11.8%). Sự khác biệt này có thể phản ánh ảnh hưởng của đặc thù địa phương và đối tượng nghiên cứu.

Tại huyện Nam Đàn, tỉnh Nghệ An, nơi nghiên cứu được thực hiện, với sự đô thị hóa và công nghiệp hóa nhanh chóng, đối tượng nghiên cứu chủ yếu làm nông nghiệp và công nhân, có thể giải thích sự tăng cao của tỷ lệ ĐTĐ, do bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi trong lối sống. Kết quả cũng chỉ ra rằng tỷ lệ ĐTĐ tăng dần theo trình độ học vấn, với tỷ lệ cao nhất ở nhóm trên THPT (11.43%) và thấp nhất là nhóm tiểu học trở xuống (4.21%). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Hoàng Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hà, Bùi Công Đức và đồng nghiệp tại Hà Nội (2014)[44], nơi tỷ lệ mắc ĐTĐ giữa các nhóm không đồng đều nhóm có trình độ học vấn từ tiểu học xuống chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,4%, nhóm THCS tới THPT chiếm 27,9% và nhóm học vấn trên THPT trở lên chiếm 23,2%.

Dựa trên kết quả tại Bảng 3.10, tỷ lệ mắc Đái Tháo Đường (ĐTĐ) ở nhóm lao động nặng và vừa là 6.42%, trong khi nhóm lao động nhẹ đạt tỷ lệ 17.8%. Thú vị là chúng tôi quan sát được tỷ lệ mắc ĐTĐ ở người lao động trí óc cao hơn so với nhóm lao động nặng và vừa. Có thể giải thích điều này bằng việc những người lao động trí óc thường thực hiện công việc nghề nghiệp ít vận động hơn, thường làm việc trên máy tính và ít tham gia hoạt động thể lực so với nhóm lao động nặng và vừa.

So sánh với nghiên cứu của Tạ Văn Bình và đồng nghiệp tại 4 thành phố lớn của Việt Nam năm 2002[53], trong đó nhóm lao động có tính chất nặng và trung bình có tỷ lệ ĐTĐ là 3.2%, chúng tôi nhận thấy rằng cả hai nhóm lao động nặng và nhẹ trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tỷ lệ mắc ĐTĐ cao hơn so với kết quả nghiên cứu trước đó của Tạ Văn Bình và đồng nghiệp.

Kết quả này đưa ra tín hiệu cảnh báo về tình trạng sức khỏe của người lao động, đặc biệt là nhóm lao động nhẹ và trí óc, và đề xuất cần có những chiến lược chăm sóc sức khỏe và giáo dục đặc biệt đối với họ để ngăn chặn sự gia tăng của bệnh Đái Tháo Đường.

Phân tích về tỷ lệ ĐTĐ liên quan đến tính chất nghề nghiệp và trình độ học vấn, chúng tôi nhận thấy cần có chiến lược giáo dục cụ thể trong tương lai, tập trung vào chế độ ăn, lối sống và hoạt động thể lực phù hợp cho từng nhóm nghề. Đặc biệt là trong những ngành nghề có đặc điểm làm việc ít vận động, việc tuyên truyền và giáo dục cộng đồng là quan trọng để tạo ra ý thức tự phòng tránh bệnh cho cả cá nhân và cộng đồng.

4.2.5 Phân bố tỷ lệ Đái tháo đường theo tiền sử bệnh liên quan

Nghiên cứu của chúng tôi tập trung khai thác các chỉ số sức khỏe và tiền sử bệnh lý để phân tích mối liên quan giữa tình trạng sức khỏe và bệnh Đái Tháo Đường.

Tiền sử tăng huyết áp

Tại thời điểm phỏng vấn đối tượng nghiên cứu, chúng tôi thực hiện đo huyết áp và khai thác tiền sử Tăng Huyết Áp (THA) từ số liệu này để phân tích mối liên quan giữa huyết áp hiện tại và tình trạng mắc Đái Tháo Đường (ĐTĐ) của đối tượng. Kết quả cho thấy những người có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ cao gấp 9,4 lần so với những người không có tiền sử tăng huyết áp tại địa phương. Đây là mối liên hệ rõ ràng và được hỗ trợ bằng nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Phan Hướng Dương và cộng sự trên 63 tỉnh thành cả nước năm 2020[21] cho thấy những người mắc THA có tỷ lệ mắc ĐTĐ type 2 cao hơn 2,44 lần so với người có huyết áp bình thường.

Đái tháo đường được xem là yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch, với quá trình tăng huyết áp và xơ vữa động mạch tác động lẫn nhau, thúc đẩy sự tiến triển của cả hai.

Khuyến cáo của Liên ủy ban quốc gia lần thứ 7 (JNC VII) về việc đặt mục tiêu huyết áp dưới 130/80mmHg trong điều trị bệnh nhân đái tháo đường càng làm nổi bật tầm quan trọng của quản lý huyết áp trong phòng, chống và điều trị ĐTĐ. Việc tập trung vào điều trị huyết áp đúng mục tiêu có thể giúp hạn chế tình trạng bệnh nặng và thúc đẩy sức khỏe toàn diện của người bệnh.

Béo phì

Những người mang trong mình tình trạng béo phì đối diện với mức độ nguy cơ mắc bệnh Đái Tháo Đường (ĐTĐ) cao hơn gấp 3,4 lần so với những người duy trì trọng lượng ổn định. Mối liên kết giữa béo phì và ĐTĐ trở nên rõ ràng khi quan sát chỉ số BMI (Chỉ Số Khối Cơ Thể), với khả năng mắc bệnh tăng theo sự gia tăng của chỉ số này. Theo nghiên cứu của Bế Thu Hà (2009), hầu hết bệnh nhân đái tháo đường thường xuất hiện với tình trạng thừa cân và béo phì, chiếm tỷ lệ đáng kể là 49,1%.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng đã chỉ ra rằng những người béo bụng đối mặt với nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ cao gấp 4,9 lần so với những người duy trì vòng eo bình thường, kết quả này không chỉ tương đồng mà còn thể hiện sự nhất quán với nhiều nghiên cứu khác.

Trong bối cảnh của sự phát triển không ngừng trong nền kinh tế xã hội và tốc độ phát triển nhanh chóng, vấn đề béo phì ngày càng trở thành một thách thức lớn, gây ra gánh nặng đặc biệt cho chiến dịch phòng chống bệnh ĐTĐ. Đối mặt với thực tế này, việc đưa ra các biện pháp hiệu quả để kiểm soát và giảm nguy cơ béo phì trở thành một yếu tố quan trọng trong việc cải thiện tình hình sức khỏe cộng đồng.

4.2.6 Phân bố tỷ lệ thể bệnh Đái tháo đường theo Y học cổ truyền

Trong y học cổ truyền (YHCT), đái tháo đường (ĐTĐ) được coi là một chứng bệnh phức tạp và đa dạng, và được phân loại dựa trên các triệu chứng lâm sàng và nguyên nhân gây bệnh. Tỷ lệ mắc ĐTĐ ở các thể Trung tiêu, Hạ tiêu và Thượng tiêu lần lượt là 50%, 29,41% và 20,59% thể hiện sự phân bố của bệnh theo quan niệm của YHCT, từ đó mở ra hướng tiếp cận và điều trị khác biệt so với y học hiện đại.

Quan niệm về ĐTĐ trong YHCT:

Trong YHCT, ĐTĐ được biết đến với tên gọi “tiêu khát” và được phân thành ba thể chính: Thượng tiêu, Trung tiêu và Hạ tiêu, tương ứng với các tạng phủ khác nhau bị ảnh hưởng.

Thượng tiêu: Liên quan đến Phế và Tâm, các triệu chứng chính bao gồm khát nước nhiều, miệng khô, khô họng và có thể kèm theo hồi hộp, đánh trống ngực.

Trung tiêu: Liên quan đến Tỳ và Vị, với các triệu chứng như đói nhanh, ăn nhiều, khô môi, mất ngủ và khó tiêu.

Hạ tiêu: Liên quan đến Thận và Bàng quang, triệu chứng chính là tiểu nhiều, tiểu đêm, mệt mỏi, lưng đau và đầu gối yếu.

Phương pháp điều trị: YHCT tập trung vào việc điều hòa cân bằng âm dương, thanh nhiệt, dưỡng âm và bổ khí huyết. Mỗi thể bệnh sẽ có phương pháp điều trị khác nhau tùy theo tình trạng bệnh của từng bệnh nhân.

Thượng tiêu: Chủ yếu dùng phương pháp thanh nhiệt, dưỡng âm. Các bài thuốc thường dùng như Sinh Mạch Tán, Ngọc nữ tiễn để giúp làm mát cơ thể và dưỡng âm.

Trung tiêu: Dùng các bài thuốc kiện tỳ, hòa vị như Sâm Linh Bạch Truật Tán, Bổ Trung Ích Khí Thang để cải thiện chức năng tiêu hóa và hỗ trợ quá trình chuyển hóa.

Hạ tiêu: Sử dụng phương pháp bổ thận, ích tinh như Lục Vị Địa Hoàng Hoàn, Bát Vị Hoàn để tăng cường chức năng thận và cải thiện tình trạng tiểu nhiều, tiểu đêm.

Tỷ lệ mắc ĐTĐ ở các thể Trung tiêu, Hạ tiêu và Thượng tiêu trong YHCT cho thấy sự đa dạng và phức tạp của bệnh. Việc áp dụng các phương pháp điều trị theo YHCT không chỉ giúp điều hòa cơ thể, cải thiện triệu chứng mà còn tạo nền tảng vững chắc cho việc xây dựng chiến lược điều trị hiệu quả. Sự kết hợp giữa y học hiện đại và YHCT có thể mang lại hiệu quả tối ưu trong việc quản lý và điều trị ĐTĐ, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

4.3. Tình trạng điều trị Đái tháo đường theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền.

Nghiên cứu của chúng tôi đã đưa ra những kết quả đáng chú ý về việc ứng dụng Y học Cổ truyền (YHCT) trong điều trị và chăm sóc sức khỏe cho người mắc Đái Tháo Đường (ĐTĐ). Dưới đây là các điểm quan trọng cần được đặc biệt lưu ý:

Ứng dụng YHCT trong điều trị ĐTĐ: Tỷ lệ người mắc Tiêu khát đã và đang điều trị bằng phương pháp YHCT là 58,8%. Điều này chỉ ra sự chấp nhận và tin tưởng của cộng đồng đối với YHCT như một phương pháp hiệu quả trong quá trình điều trị và quản lý ĐTĐ.

Chấp nhận và sử dụng YHCT: Tỷ lệ đồng ý và chấp nhận tư vấn điều trị bằng YHCT lên đến 100%, còn tỷ lệ người dân đã từng điều trị bằng YHTC là 65%. Đây là một dấu hiệu tích cực về sự tin tưởng và sự ưa thích của người dân đối với phương pháp truyền thống này.

Sự đa dạng trong ứng dụng của YHCT: Trong số những người mắc ĐTĐ điều trị bằng YHCT, 100% sử dụng thuốc và 60% kết hợp với các phương pháp không dùng thuốc. Điều này thể hiện sự đa dạng và linh hoạt trong việc áp dụng YHCT tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể.

Điều trị tại cơ sở y tế và tại nhà: Tỷ lệ người mắc ĐTĐ đã điều trị tại cơ sở y tế là 58,8%, trong khi tỷ lệ người mắc ĐTĐ điều trị bằng YHCT tại nhà là 47,06%. Điều này làm nổi bật sự linh hoạt và khả năng tiếp cận của YHCT, không chỉ ở mức cơ sở y tế mà còn ở mức cộng đồng và gia đình.

Sử dụng YHCT trong quản lý sức khỏe: Tỷ lệ người không mắc ĐTĐ sử dụng YHCT trong điều trị là 49,7%, trong đó 65% đã từng sử dụng YHCT để điều trị tại nhà. Điều này chứng tỏ sự chấp nhận và sử dụng YHCT không chỉ trong điều trị bệnh mà còn trong việc duy trì và cải thiện sức khỏe tổng thể.

Tổng quan, YHCT không chỉ là một phương pháp điều trị mà còn là một khía cạnh quan trọng trong chiến lược quản lý ĐTĐ và chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Sự chấp nhận và sử dụng rộng rãi của YHCT trong cộng đồng đặt ra cơ hội lớn để tích hợp kiến thức truyền thống và hiện đại, tạo ra môi trường điều trị toàn diện và bền vững. Sự kết hợp giữa YHCT và y học hiện đại có thể mang lại hiệu quả tốt hơn trong việc điều trị ĐTĐ. Y học hiện đại giúp chẩn đoán chính xác và theo dõi tình trạng bệnh, trong khi YHCT cung cấp các phương pháp điều trị bổ trợ, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm triệu chứng.

4.4. Một số yếu tố liên quan của bệnh Đái tháo đường

+ Chế độ hoạt động thể lực

Dựa vào kết quả nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng trong nhóm đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) giữa những người thực hiện hoạt động thể lực dưới 30 phút/ngày là 18,94%, trong khi tỷ lệ này giảm xuống còn 5,25% đối với nhóm người thực hiện hoạt động thể lực trên 30 phút/ngày. Điều này cho thấy rằng hoạt động thể lực trên 30 phút/ngày giúp giảm nguy cơ mắc ĐTĐ gần 3,6 lần so với những người thực hiện hoạt động thể lực dưới 30 phút/ngày.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Ví dụ, trong một nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh của Nguyễn Kim Hưng, Trần Thị Hồng Loan, Lê Nguyễn Trung Đức & cộng sự (2001)[54] , tỷ lệ mắc ĐTĐ được phân loại theo cường độ hoạt động thể lực như sau:

Hoạt động thể lực nhẹ: 12,6%

Hoạt động thể lực trung bình: 9,6%

Hoạt động thể lực nặng: 1,6%

Kết quả này cũng chứng minh rằng tỷ lệ mắc ĐTĐ giảm dần theo cường độ hoạt động thể lực. Điều này đặt ra nhấn mạnh tầm quan trọng của việc duy trì hoạt động thể lực đề phòng và kiểm soát bệnh ĐTĐ.

+ Chế độ ăn

Chế độ ăn uống có vai trò quan trọng trong việc duy trì sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật, đặc biệt là bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ). Hiện nay, tình trạng dinh dưỡng không cân đối, thiếu chất xơ, vitamin, các yếu tố vị lượng, cùng với chế độ ăn dư thừa năng lượng đang trở thành nguyên nhân phổ biến gây ra bệnh ĐTĐ và tiền ĐTĐ. Nghiên cứu của chúng tôi đã khẳng định rằng chế độ ăn uống có thói quen thường xuyên ăn rau, quả đem lại lợi ích đáng kể trong việc giảm nguy cơ mắc ĐTĐ.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm thường xuyên ăn rau, quả là 7,41%, trong khi nhóm không ăn thường xuyên có tỷ lệ là 9,24%. Điều này rõ ràng chỉ ra rằng nhóm có thói quen ăn rau, quả thường xuyên có tỷ lệ mắc ĐTĐ thấp hơn so với nhóm không có thói quen này. Ngoài ra, nhóm thường xuyên tiêu thụ đồ dầu mỡ cũng có tỷ lệ ĐTĐ cao hơn so với nhóm không thường xuyên tiêu thụ (9,04% so với 7,96%). Điều này làm nổi bật tầm quan trọng của việc cân nhắc chế độ ăn uống, đặc biệt là việc giảm lượng đồ dầu mỡ trong khẩu phần hàng ngày.

Nếu xem xét thói quen ăn uống đồ ngọt, nhóm thường xuyên tiêu thụ có tỷ lệ ĐTĐ cao hơn đáng kể so với nhóm không thường xuyên tiêu thụ (28,3% so với 5,48%). So sánh với nghiên cứu trước đó của Tạ Văn Bình và đồng nghiệp vào năm 2002 [53], kết quả cho thấy nhóm có thói quen ăn mỡ có nguy cơ mắc ĐTĐ gấp hơn 4 lần so với nhóm không có thói quen ăn mỡ. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thay đổi chế độ ăn uống và giảm lượng đồ ngọt, đặc biệt là đối với việc ngăn chặn và kiểm soát bệnh ĐTĐ..

+Thói quen uống bia, rượu

Nghiên cứu của chúng tôi đã khẳng định một mối liên hệ đáng kể giữa việc tiêu thụ rượu và nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Kết quả cho thấy rằng những người uống rượu vượt quá tiêu chuẩn cho phép có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 2,6 lần so với những người không uống rượu vượt quá tiêu chuẩn. Điều này chứng tỏ một tương quan mạnh mẽ giữa việc tiêu thụ rượu và tăng nguy cơ mắc ĐTĐ.

Nghiên cứu cũng đã phản ánh sự tương tự trong các nghiên cứu khác. Theo dõi dọc của Zhang YZ và đồng nghiệp tại Trung Quốc[27], cho thấy rằng nguy cơ mắc ĐTĐ type 2 tăng lên với việc uống rượu trung bình trên 20g/ngày hoặc uống rượu trên 7 lần/tuần. Những người uống rượu nhiều lần 7 lần/tuần, đặc biệt là với lượng rượu từ 0,01 đến 40g và trên 40g mỗi lần, có nguy cơ mắc ĐTĐ type 2 cao hơn so với nhóm không uống rượu.

Ngoài ra, kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Tạ Văn Bình, Nguyễn Thị Ngọc Huyền và đồng nghiệp vào năm 2005 [51]. Tại đó, tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm người có thói quen uống rượu cao hơn rõ rệt so với nhóm không có thói quen này, khi tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm người có thói quen uống rượu là 11,7%, trong khi nhóm không có thói quen này chỉ có tỷ lệ là 5,3%.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nguy cơ mắc ĐTĐ do uống rượu còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thừa cân, tăng huyết áp, và tiền sử gia đình. Những yếu tố này cũng đã được chúng tôi xem xét kỹ lưỡng trong nghiên cứu của mình, từ đó cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về mối quan hệ giữa việc tiêu thụ rượu và nguy cơ mắc ĐTĐ.

+ Thói quen hút thuốc

Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đã được thăm dò về tiền sử hút thuốc, và những người hút >10 điếu/ngày được xem là có thói quen hút thuốc. Kết quả cho thấy rõ ràng rằng nhóm này có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 1,57 lần so với nhóm không hút thuốc.

Qua hơn 30 năm nghiên cứu, đã có nhiều bằng chứng cho thấy việc hút thuốc lá đóng góp đáng kể vào tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) nói chung và rối loạn đường huyết không do insulin nói riêng. Nghiên cứu của tác giả Rimm và đồng nghiệp ở Mỹ vào những năm 1993 và 1995 [24][25] đã đưa ra những con số ấn tượng: Ở phụ nữ, việc hút thuốc từ 25 điếu/ngày trở lên tăng nguy cơ ĐTĐ 1,42 lần; Ở nam giới, việc hút từ 25 điếu/ngày trở lên, nguy cơ ĐTĐ tăng lên 1,94 lần. Các kết quả này là hậu quả của theo dõi hàng nghìn người trong nhiều năm, sau khi kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác.

Nghiên cứu khác của Kawakami vào năm 1997 [26] đã phác họa mối liên quan chặt chẽ giữa thói quen hút thuốc, tuổi bắt đầu hút và số lượng thuốc hút với sự phát triển của ĐTĐ. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Tạ Văn Bình, Nguyễn Thị Ngọc Huyền và đồng nghiệp vào năm 2005 [51] đã mạnh mẽ khẳng định mối liên quan giữa hút thuốc và ĐTĐ, với nguy cơ mắc bệnh cao gấp 3,1 lần ở nhóm hút thuốc >10 điếu/ngày so với nhóm không có thói quen.

Với các kết quả như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng làm nổi bật mối liên quan tiêu cực giữa hút thuốc và tăng nguy cơ mắc ĐTĐ, hỗ trợ và chứng minh những nghiên cứu trước đó của Tạ Văn Bình và các nhà nghiên cứu quốc tế. Điều này đặc biệt quan trọng trong việc nhấn mạnh hơn nữa về tác động tiêu cực của thói quen hút thuốc đối với sức khỏe cộng đồng và cần thiết trong việc thúc đẩy các biện pháp ngăn chặn hút thuốc và hỗ trợ người dân trong việc từ bỏ thói quen này.

+ Liên quan giữa tình trạng bệnh và BMI

 Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng các chỉ số chỉ điểm về cơ địa như chỉ số BMI (Chỉ số khối cơ thể) và chỉ số WHR (Tỷ lệ Vòng eo/Vòng hông) là những dấu hiệu quan trọng phản ánh tình trạng rối loạn chuyển hóa, đặc biệt là trong việc dự đoán nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) và các bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi đã áp dụng các chỉ số BMI và WHR để đánh giá mối liên quan với tỷ lệ ĐTĐ.

Kết quả cho thấy rõ ràng sự tăng cao của tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm thừa cân (BMI ≥ 23), đạt 19,28%, so với nhóm có cân nặng bình thường và nhẹ cân (BMI < 23) chỉ có 5,68%. Điều này nhấn mạnh sự ảnh hưởng tiêu cực của thừa cân đối với sức khỏe và nguy cơ mắc ĐTĐ. Nghiên cứu cũng chú ý đến mối liên quan giữa WHR và ĐTĐ, với tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ có WHR lớn cao hơn so với nhóm có WHR bình thường (11,98% so với 6%).

So với nghiên cứu của Tạ Văn Bình, Hoàng Kim Ước, Nguyễn Minh Hùng và đồng nghiệp trên 4415 đối tượng tại 4 tỉnh Việt Nam đã chỉ ra rằng tỷ lệ tiền ĐTĐ ở nhóm có vòng eo cao là 19,6%, cao hơn nhóm bình thường là 10,7%. Điều này làm nổi bật mối liên quan giữa các chỉ số cơ địa và ĐTĐ, đồng thời làm nền tảng cho việc đánh giá rủi ro và phòng ngừa trong quản lý sức khỏe cộng đồng. Việc theo dõi và đánh giá các chỉ số này có thể giúp phát hiện sớm và can thiệp kịp thời để giảm nguy cơ mắc ĐTĐ và các bệnh liên quan.

4.5. Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu quan trọng với mục tiêu xác định tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) hay tiêu khát và mô tả các yếu tố nguy cơ tại Nam Đàn, Nghệ An, Việt Nam. Nghiên cứu này không chỉ cung cấp cái nhìn tổng quan về tình hình ĐTĐ trong cộng đồng mà còn mô tả chi tiết về các yếu tố nguy cơ liên quan, mang lại những thông tin quan trọng hỗ trợ quyết định chính sách và nghiên cứu trong tương lai.

Tuy nhiên, nghiên cứu cũng đối mặt với một số hạn chế cần được nhìn nhận:

* Phạm vi nghiên cứu chỉ giới hạn trong huyện Nam Đàn, do đó không thể đánh giá tỷ lệ ĐTĐ và yếu tố liên quan trên phạm vi toàn tỉnh Nghệ An.
* Không sử dụng phương pháp kiểm định như test, mà chủ yếu dựa vào thực trạng các đối tượng đã được chẩn đoán bệnh, có thể tạo ra một hình ảnh chưa đầy đủ về tỷ lệ mắc bệnh.
* Nghiên cứu chỉ mô tả thực trạng ĐTĐ và xác định một số yếu tố liên quan mà chưa phân tích chi tiết mức độ của các yếu tố này. Điều này có thể giới hạn hiểu biết sâu rộng về tương quan giữa các yếu tố và bệnh.

Tất cả những điểm trên nên được xem xét cẩn thận để cải thiện chất lượng nghiên cứu và đảm bảo rằng thông tin thu thập được là đủ đáng tin cậy để đưa ra những kết luận có ý nghĩa cho cộng đồng.

KẾT LUẬN

1. Thực trạng bệnh Đái tháo đường type 2 của các đối tượng nghiên cứu
	1. **Thực trạng bệnh Đái tháo đường type 2 theo y học hiện đại**

Tỷ lệ ĐTĐ ở người từ 20 đến 70 tuổi tại huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An là 8,5%. Trong đó tỷ lệ ĐTĐ ở nam giới là 7,2%, ở nữ giới là 9,6%

* 1. **Thực trạng và phân loại theo y học cổ truyền**

**-** Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh ở thể Trung tiêu là 50% tiếp sau đó là thể Hạ tiêu và Thượng tiêu lần lượt là 29,41% và 20,59%.

1. **Một số yếu tố liên quan đến bệnh** **Đái tháo đường**
	1. **Một số thói quen ăn uống, lối sống, hoạt động thể lực, nghề nghiệp với bệnh Đái tháo đường.**

Các thói quen ăn uống và lối sống có thể ảnh hưởng đến nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đã được nghiên cứu và phân tích. Theo số liệu, những người có thói quen ăn mỡ, uống rượu bia, hút thuốc, và ăn ít rau xanh có nguy cơ mắc ĐTĐ cao hơn so với những người không có những thói quen này. Ngược lại, những người có thói quen hoạt động thể lực ít nhất 30 phút mỗi ngày có nguy cơ mắc ĐTĐ thấp hơn so với nhóm hoạt động thể lực ít hơn, với mức giảm nguy cơ lên đến 3,6 lần.

Ngoài ra, tỷ lệ mắc ĐTĐ cao ở những người lao động cũng được quan sát và so sánh. Nhóm người lao động nhẹ và không lao động có tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ cao đến 17,8%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm lao động nặng và vừa chỉ là 6,42%. Điều này cho thấy mối liên kết giữa hoạt động lao động và nguy cơ mắc ĐTĐ.

Các kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc duy trì lối sống lành mạnh, bao gồm chế độ ăn uống cân đối, hoạt động thể chất đều đặn, và tránh xa các thói quen có hại, để giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường và duy trì sức khỏe tốt.

* 1. **Một số yếu tố nguy cơ khác liên quan đến bệnh Đái tháo đường**

 Các yếu tố nguy cơ có thể ảnh hưởng đến việc mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đã được xác định và điều tra. Theo số liệu, những người có chỉ số khối cơ thể (BMI) ≥ 23 có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 3,4 lần so với những người có BMI dưới 23. Tương tự, nhóm người có vòng eo tăng, với giới hạn là 90 cm cho nam và 80 cm cho nữ, có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 4,9 lần so với nhóm không có vòng eo tăng. Đối với nhóm người có tiền sử tăng huyết áp, nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 9,3 lần so với nhóm không có tiền sử này. Cuối cùng, nhóm người có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ cũng có nguy cơ mắc bệnh cao hơn, gấp 2,2 lần so với nhóm người không có tiền sử gia đình về ĐTĐ. Các con số này là minh chứng cho tầm quan trọng của việc xác định và quản lý các yếu tố nguy cơ để giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ và cải thiện sức khỏe cộng đồng.

1. **Tình trạng điều trị Đái tháo đường theo y học cổ truyền và mong muốn tư vấn điều trị theo y học cổ truyền.**

Theo thống kê, tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đã và đang điều trị bằng phương pháp Y học cổ truyền (YHCT) là 58,8%. Đáng chú ý, 100% người dân đồng ý và chấp nhận tư vấn điều trị bằng các phương pháp YHCT, cho thấy sự tin tưởng cao vào hiệu quả của các phương pháp này. Trong khi đó, 65% người dân đã từng điều trị bằng YHCT. Trong số những người mắc ĐTĐ điều trị bằng YHCT, toàn bộ (100%) sử dụng thuốc YHCT và có 60% sử dụng các phương pháp không dùng thuốc. Đối với những người không mắc ĐTĐ nhưng đã điều trị bằng YHCT, tỷ lệ này lần lượt là 80,7% sử dụng thuốc và 68,9% sử dụng các phương pháp không dùng thuốc. Tỷ lệ người mắc ĐTĐ đã điều trị tại cơ sở y tế là 58,8%, và 47,06% điều trị bằng YHCT tại nhà. Ngược lại, 49,7% người không mắc ĐTĐ sử dụng YHCT điều trị tại cơ sở y tế, và 65% đã từng sử dụng YHCT để điều trị tại nhà. Những con số này cho thấy sự phổ biến và mức độ chấp nhận cao của YHCT trong việc điều trị cả bệnh ĐTĐ và các tình trạng khác.

KHUYẾN NGHỊ

Qua nghiên cứu thực trạng đái tháo đường rối loạn dung nạp glucose tại huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An đã chỉ ra sự gia tăng đáng kể của bệnh trong cộng đồng, đặc biệt là so với những năm trước đó. Đái tháo đường đang trở thành một vấn đề phổ biến, có tính mạn tính và đòi hỏi chi phí lớn cho quá trình điều trị. Do đó, việc can thiệp và quản lý bệnh từ sớm là quan trọng, đặc biệt là đối với những người có nguy cơ cao.

Dựa trên các kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất một số giải pháp như sau:

1.Nghiên cứu và Dinh dưỡng:

Tiếp tục nghiên cứu về các khía cạnh dịch tễ học của đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ để theo dõi và can thiệp từ sớm, đặc biệt là đối với nhóm người có nguy cơ cao. Thay đổi lối sống, chế độ ăn và hoạt động thể chất có thể giúp kiểm soát và ngăn chặn sự tiến triển của bệnh.

2.Khám sàng lọc và điều trị sớm:

Tăng cường công tác khám sàng lọc trong cộng đồng để phát hiện các trường hợp đái tháo đường và tiền đái tháo đường ở những đối tượng có yếu tố nguy cơ. Điều này giúp giảm biến chứng, gánh nặng bệnh tật, và chi phí điều trị. Đồng thời, quyết liệt triển khai các biện pháp điều trị sớm.

3.Truyền thông cộng đồng và Y học cổ truyền:

Tăng cường công tác truyền thông cộng đồng với nội dung phòng chống đái tháo đường và tiền đái tháo đường, tùy chỉnh sao cho phù hợp với đa dạng văn hóa và nhóm đối tượng. Chú trọng đặc biệt vào việc giáo dục thế hệ trẻ để ngăn chặn sự xuất hiện của bệnh và bảo vệ sức khỏe cho tương lai đất nước. Kết hợp với đó, khuyến khích sử dụng các phương pháp y học cổ truyền để bổ sung và hỗ trợ điều trị.

4.Đào tạo và Chăm sóc Y tế:

Tăng cường đào tạo cho cán bộ y tế chăm sóc người mắc đái tháo đường, đồng thời phát triển cơ sở hạ tầng để cung cấp chăm sóc hiệu quả và đồng đội. Sự hỗ trợ từ các chuyên gia y học cổ truyền cũng có thể được tích hợp vào quá trình điều trị.

5. Can thiệp sớm và Thay đổi Lối sống:

Tập trung vào can thiệp sớm vào các yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát được như chỉ số khối cơ thể, vòng eo, tiền sử thực hành hóa, thói quen ăn uống, hoạt động vận động và lối sống. Chú trọng vào việc thay đổi những yếu tố này có thể giúp ngăn chặn sự xuất hiện của đái tháo đường và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Những đề xuất này không chỉ hướng tới việc kiểm soát và điều trị bệnh, mà còn nhấn mạnh vào sự tích hợp giữa y học hiện đại và y học cổ truyền để mang lại lợi ích toàn diện cho cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. (2020). Bệnh đái tháo đường theo y học cổ truyền. Cổng thông tin điện tử bộ y tế,<https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset\_publisher/7ng11fEWgASC/content/benh-ai-thao-uong-theo-y-hoc-co-truyen>.
2. (2003), *Nội tiết học đại cương*, Nhà xuất bản Y học.
3. World Health Organization & International Diabetes Federation (2002). Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycaemia. .
4. International Diabetes Federation (2019). Diabetes Atlas. .
5. Bộ Y tế (2020). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type2.
6. Lê thị Bạch Mai (2000), *Phương pháp xây dựng khẩu phần ăn, dinh dưỡng lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. Tạ Văn Bình (2004), *Người bệnh đái tháo đường cần biết* .
8. Nguyễn Thị Lâm (2004), *Thừa cân béo phì, vệ sinh an toàn thực phẩm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
9. American Diabetes Association (2022). Diagnosis and Classification of diabetes mellitus. Diabetes Care.
10. American Diabetes Association (2013). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 67–74.
11. World Health Organization (1999). Definition, diagnasis and classification of diabets mellitus and its complications. .
12. World Health Organization (2002). Word health report 2002: reducing riks, promoting healthy life. Geneva, Switzerland.
13. Nguyễn Thi Khuê (2013). Cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường. Bệnh viện Nội tiết TW - Đại học Y Huế, 22–44.
14. Tống Thị Tam Giang *Lão khoa YHCT*, Nhà xuất bản Y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
15. American Diabetes Association (2017). Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care.
16. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2012), *Bệnh học nội khoa tập 2*, Nxb Y học, Hà Nội, Trường đại học y Hà Nội.
17. Trần Đức Thọ (2001), *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học.
18. Bệnh viện nội tiết trung ương (2013). Báo cáo kết quả sơ bộ hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012. .
19. Nguyễn Thế Anh, Nguyễn Phương Hoa, Nguyễn Hữu Thanh Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của bệnh đái tháo đường ở huyện Ba Vì - Hà Nội năm 2008. Tạp chí nghiên cứu Y học, 71 (6), 103–107.
20. Tạ Văn Bình (2004), *Bệnh béo phì*, .
21. Ts Phan Hướng Dương (2020). Báo cáo kết quả sơ bộ hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2020. Bệnh viện nội tiết trung ương.
22. E.Ferrannini Insulin resistance in essential hypertension. New England joural of medicine, 317 (6), 7–350.
23. Defronzo, E.Ferrannini (1991). Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease. Diabetes care, 94–173.
24. .B.Rim (1995). Prospective study of cigarete smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. BMJ, 310(6979), 9–555.
25. E.B.Rim (1993). Cigarette smoking and the risk of diabetes in woman. American joumal of public health, 83(2), 211–4.
26. N.Kawakami (1997). Effects of smoking on the incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. Replication and extension in a Japanese cohort of male employees. American Joumal of Epidemiology, 145(2), 9–103.
27. L.L.Koppes Moderate alcohol consumption lowers the risk of type 2 diabetes a meta-analysis of prospective observational studies. Diabetes Care, 28(3), 719–25.
28. American diabetes association (2014). Standards of medical care in diabetes- 2014. Diabetes care, 14–80.
29. *Bài giải Điều trị học nội khoa Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học.
30. Trường Đại Học Y Hà Nội-Khoa Y Học Cổ Truyền (2006), *Nội khoa y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
31. Bộ môn Y học cổ truyền- Học viện Quân y (2012), *Bệnh học Y học cổ truyền*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
32. Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam (2020), *Chuyên ngành Y học cổ truyền*, Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam.
33. Rachel Derr (2012). Prediabetes. Diabetes Guide, Johns Hopkins, United States, 117–120.
34. Ronald C.W., Peter C.Y. Tong (2010), *Epidemiology of type 2 diabetes*, Textbook of diabetes.
35. Ramachandran A., Mary S., Yamuna A (2008). "High prevalence of diabetes and cardiovascular risk factor associatate with urbanization in India’’. Diabetes Care, 31, 893–898.
36. Reynolds K., Gu D., Duan X, Xin X Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the Chinese adult population: International Collaborative Study of cardiovascular Disease in Asia (InterASIA). Diabetologia, 1190–1198.
37. C.Ronald Kahn (2000). Atlas of diabetes. .
38. Cecilia J Pravalence of diabetes and pre-diabetes, and status of diabetes care in the Philippines. Jafes., 26, 21.
39. Ketut S Diabetes care in indonesia: increasing prevalence and the need of a national plan. jafes., 26.
40. Viện chiến lược và chính sách y tế, Bệnh viện nội tiết Trung ương (2013). Báo cáo đánh giá một số kết quả hoạt động chương trình phòng chống đái tháo đường giai đoạn 2009-2012. .
41. Trần Minh Long, Nguyễn Văn Hoàn (2012). Một số yếu tố liên quan đái tháo đường typ2 ở đối tượng có nguy cơ cao nhóm tuổi từ 30-69 tại tỉnh nghệ an năm 2010. Tạp chí nội tiết đái tháo đường, 6, 224–232.
42. Hoàng Kim Ước (2007). Thực trạng bệnh đái tháo đường và rối loạn dung nạp đường huyết ở các đối tượng có nguy cơ cao tại tỉnh Thái Nguyên năm 2006. Nhà xuất bản Y học.
43. Dương Thị Hương, Đặng Thị Hà (2012). Đái tháo đường và đo lường chỉ số nhân trắc dự báo nguy cơ tại cộng đồng dân Dương kinh, Hải Phòng. Tạp chí y học việt nam, 393, 105–108.
44. Hoàng Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hà, Bài Công Đức (2014). Tỷ lệ hiện mắc bệnh đái tháo đường typ 2 và tiền đái tháo đường của người dân từ 30 – 69 tuổi tại thành phố Hà Nội, năm 2014. Tạp chí Y học dự phòng, 2( 175-2016), 94–100.
45. Nguyễn Thị Thanh Loan (2019), *Thực trạng rối loạn dung nạp glucose máu trên người dân độ tuổi 30-69 và một số yếu tố liên quan tại xã đồng trúc huyện Thạch Thất, Hà Nội, năm 2019*, Đại học Y Hà Nội.
46. Viện dinh dưỡng- Bộ Y tế (2000), *Bảng thành phần dinh dưỡng thực phẩm việt Nam. Tổng điều tra dinh dưỡng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
47. International Society of Hypertension (2020). 2020 ISH Global Hypertension Practice Guidelines.
48. Lê Quang Minh, Nghiên cứu rối loạn glucose máu và một số yếu tố liên quan ở một số dân tộc tỉnh Bắc Cạn. Luận văn thạc sỹ y học, 2009.
49. Vũ Huy Chiến và cộng sự. Tìm hiểu mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với tỷ lệ mắc đái tháo đường týp 2 tại một số vùng dân cư tỉnh Thái Bình. Nhà xuất bản Y học; 2007.
50. Nguyễn Huy Cường và cộng sự. Tỷ lệ bệnh đái tháo đường và giảm dung nạp glucose ở khu vực Hà Nội (lứa tuổi trên 15). Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, Hội nghị Khoa học ngành Nội tiết và Chuyển hóa Việt Nam lần II. Nhà xuất bản Y học; 2005.
51. Tạ Văn Bình, Nguyễn Thị Ngọc Huyền (2007), Đánh giá tỷ lệ đái tháo đường và các yếu tố nguy cơ tại một quận nội thành và ngoại thành hà Nội, Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học, pp.617F
52. Phan Hướng Dương (2014), “Thực trạng tiền đái tháo đường và hiệu quả can thiệp có bổ sung Metformin ở người BMI ≥ 23 kg/m2 tại thành phố Hải Phòng năm 2012 - 2014”. Luận văn tiến sỹ y học – Viện VSDTTW.
53. Tạ Văn Bình và cộng sự (2002), Dịch tễ học bệnh Đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ và yếu tố liên quan đến quản lý bệnh đái tháo đường tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn ở Việt Nam, NXB Y học, Hà Nội, 34-56.
54. Nguyễn Kim Hưng và cộng sự. Điều tra dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở người trưởng thành (≥ 15 tuổi) tại thành phố Hồ Chí Minh, năm 2001. Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học – Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 2. Nhà xuất bản Y học; 2004:12

**PHỤ LỤC 1**

**PHIẾU ĐIỀU TRA THỰC TRẠNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 (TIÊU KHÁT) VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN**

1. **Mã điều tra**

Thời gian điều tra: .../.../2023.

Tỉnh: Nghệ An Huyện: Nam Đàn

Ông / bà có đồng ý tham gia trả lời cho nghiên cứu? Đồng ý □ từ chối □

Ngày …. Tháng…. năm 2023

Chữ ký của người được điều tra

1. **Bộ câu hỏi**
2. **Thông tin chung về đối tượng được điều tra**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÂU HỎI** | **TRẢ LỜI** | **MÃ** | **CHUYỂN** |
| C1 | Họ và tên |  |  |  |
| C2 | Giới tính | NamNữ | 12 |  |
| C3 | Ngày tháng năm sinh | ……/…../…..……… tuổi |  |  |
| C4 | Dân tộc | KinhKhác (ghi rõ….) | 12 |  |
| C5 | Nghề nghiệp | Nông dânCông nhânBuôn bánCông chức/ văn phòngNội trợThất nghiệpKhác (ghi rõ:) | 12345699 |  |
| C6 | Trình độ học vấn | Không biết chữChưa tốt nghiệp tiểu họcTốt nghiệp tiểu họcTốt nghiệp THCSTốt nghiệp THPTTốt nghiệp trên THPT | 123456 |  |

1. **Đánh giá tỷ lệ và nguy cơ ĐTĐ của đối tượng nghiên cứu**
	1. **Tiền sử bệnh của bản thân và gia đình**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÂU HỎI** | **TRẢ LỜI** | **MÃ** | **CHUYỂN** |
| C7 | Đã bao giờ ông/bà được nhân viên y tế thông báo rằng mình bị mắc ĐTĐ chưa? | CóKhôngKhông biết | 1288 | Nếu chọn 2,88→C9 |
| C8 | Nếu có ông/bà có điều trị ĐTĐ theo đơn của nhân viên y tế không? |  | 12 |  |
| C9 | Ông/bà, bố/mẹ, anh/chị/em ruột hoặc những người ăn uống cùng mâm cơm với ông/bà hằng ngày có ai được nhân viên y tế chẩn đoán ĐTĐ không? | CóKhôngKhông biết | 1288 |  |
| C10 | Đã bao giờ ông/bà được nhân viên y tế thông báo rằng mình bị tăng huyết áp? | CóKhôngKhông biết | 1288 | Nếu chọn 2,88→C13 |
| C11 | Nếu có, ông/bà có điều trị huyết áp theo đơn của nhân viên y tế không? | Có Không  | 12 |  |
| C12 | Đã bao giờ ông/bà được nhân viên y tế thông báo rằng mình bị rối loạn chuyển hóa lipid/ mỡ máu trong 6 tháng qua chưa? | CóKhông | 12 |  |
| C13 | Nếu có ông/bà có điều trị rối loạn chuyển hóa lipid/ mỡ máu theo đơn của nhân viên y tế không? | CóKhông | 12 |  |

* 1. **Hành vi uống rượu bia, hút thuốc**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÂU HỎI** | **TRẢ LỜI** | **MÃ** | **CHUYỂN** |
| C14 | Ông/bà đã từng uống rượu/bia bao giờ chưa? | CóKhông | 12 | Nếu chọn 2→C17 |
| C15 | Trong 12 tháng qua, ông/bà có uống rượu bia lần nào không? | Có Không | 12 |  |
| C16 | Trong 12 tháng qua, trung bình ông/bà uống rượu/bia nhiều hơn mức cho phép/ ngày bao nhiêu ngày/ tuần(dùng tranh minh hoạ để giải thích 1 đơn vị cồn tương đương với bao nhiêu bia, rượu vang hoặc rượu mạnh”) | Hằng ngày4-5 ngày/tuần1-3 ngày/tuần1-3 ngày/thángÍt hơn 1 lần/thángKhông | 123456 | Nếu chọn 2→C17 |
| C17 | Ông/bà đã từng hút thuốc bao giờ chưa? | CóKhông | 12 | Nếu chọn 2→C24 |
| C18 | Hiện ông/bà có hút thuốc không? | CóKhông | 12 | Nếu chọn 2→C21 |
| C19 | Hiện tại ông/bà có hút thuốc hàng ngày không? | CóKhông | 12 |  |
| C20 | Trung bình 1 ngày ông bà hút bao nhiêu điếu thuốc? | …. Điếu/ ngày |  |  |
| C21 | Trước đây ông/bà có hút thuốc hằng ngày không? | CóKhông | 12 |  |
| C22 | Trước đây, trung bình 1 ngày ông/bà hút bao nhiêu điếu thuốc? | …. điếu/ ngày |  |  |
| C23 | Ông/bà hút thuốc tất cả bao nhiêu năm? | …. năm |  |  |

* 1. **Chế độ dinh dưỡng (Đọc thông tin cho đối tượng được điều tra)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÂU HỎI** | **TRẢ LỜI** | **MÃ** | **CHUYỂN** |
| C24 | Trong 12 tháng qua, trung bình ông/bà ăn rau bao nhiêu ngày/ tuần | Hằng ngày4-5 ngày/tuần1-3 ngày/tuần1-3 ngày/thángÍt hơn 1 lần/ thángKhông ăn | 123456 |  |
| C25 | Trong 12 tháng qua, trung bình ông bà ăn hoa quả bao nhiêu ngày/ tuần | Hằng ngày4-5 ngày/tuần1-3 ngày/tuần1-3 ngày/thángÍt hơn 1 lần/ thángKhông ăn | 123456 |  |
| C26 | Trung bình ông/bà ăn bao nhiêu đơn vị rau/hoa quả trong một ngày? (ĐTV tính đơn vị chuẩn- sử dụng tranh minh hoạ)Trong ngày có ăn rau, ăn bao nhiêu bát rau kể cả buổi sáng, trưa, tối.Căn cứ theo số lượng rau đã ăn tính ra số đơn vị chuẩn  | Số đơn vị chuẩn rau/quả: …Không nhớ | 12 |  |
| C27 | Cách chế biến thức ăn nào mà gia đình ông/bà thường làm cho bữa ăn chính? | LuộcXào/ránCả hai loạiKhác (ghi rõ….) | 12399 |  |
| C28 | Trong 12 tháng qua, trung bình ông/bà ăn món xào/rán bao nhiêu ngày/tuần? | Hằng ngày4-5 ngày/tuần1-3 ngày/tuần1-3 ngày/thángÍt hơn 1 lần/ thángKhông ăn | 123456 |  |
| C29 | Trong 12 tháng qua, ông/bà uống các loại nước ngọt lon/chai bao nhiêu ngày/ tuần? | Hằng ngày4-5 ngày/tuần1-3 ngày/tuần1-3 ngày/thángÍt hơn 1 lần/ thángKhông uống | 123456 |  |

* 1. **Chế độ hoạt động thể lực và luyện tập**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÂU HỎI** | **TRẢ LỜI** | **MÃ** | **CHUYỂN** |
| **Công việc** |
| C30 | Công việc của ông/bà có đòi hỏi hoạt động nặng làm tăng nhiều nhịp thở nhịp tim mỗi lần liên tục 10 phút trở lên không? | CóKhông | 12 | Nếu chọn 2→C32 |
| C31 | Thông thường ông/bà làm công việc thể lực nặng bao nhiêu ngày trong tuần và bao nhiêu phút một ngày | …. ngày/tuần…. phút/ngày |  |  |
| C32 | Công việc của ông/bà có đòi hỏi hoạt động cường độ trung bình làm tăng nhẹ nhịp thở nhịp tim mỗi lần liên tục 10 phút trở lên không? | CóKhông | 12 | Nếu chọn 2→C34 |
| C33 | Thông thường, ông bà làm việc thể lực trung bình bao nhiêu ngày trong tuần và bao nhiêu phút một ngày? | …. ngày/tuần…. phút/ngày |  |  |
| **Hoạt động đi lại** |
| C34 | Ông/bà có đi bộ, đạp xe mỗi lần liên tục từ 10 phút trở lên không? | CóKhông | 12 | Nếu chọn 2→C36 |
| C35 | Thông thường, ông/bà thường đi bộ, đạp xe bao nhiêu ngày trong tuần và bao nhiêu phút một ngày? | …. ngày/phút…. phút/ngày |  |  |
| **Các hoạt động giải trí** |
| C36 | Ông/bà có tham gia hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí nào với cường độ nặng làm tăng nhiều nhịp thở, nhịp tim ít nhất mỗi lần liên tục 10 phút trở lên không? | Có Không | 12 | Nếu chọn 2→C38 |
| C37 | Thông thường ông/bà tham gia hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí với cường độ nặng làm tăng nhịp thở nhịp tim bao nhiêu ngày/tuần bao nhiêu phút/ngày | …. ngày/phút…. phút/ngày |  |  |
| C38 | Ông/bà có tham gia hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí nào với cường độ trung bình làm tăng nhiều nhịp thở, nhịp tim ít nhất mỗi lần liên tục 10 phút trở lên không? | CóKhông | 12 | Nếu chọn 2→C40 |
| C39 | Thông thường ông/bà tham gia hoạt động thể thao, luyện tập hoặc giải trí với cường độ trung bình làm tăng nhịp thở nhịp tim bao nhiêu ngày/tuần bao nhiêu phút/ngày | …. ngày/tuần…. phút/ngày |  |  |

* 1. **Các triệu chứng theo y học cổ truyền ( nếu đối tượng mắc ĐTĐ)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| STT | Câu hỏi | Trả lời | Mã  | Chuyển  |
| C40 | Ông/bà có Khát nhiều, miệng khô, thích uống nước mát không? | CóKhông | 12 |  |
| C41 | Ông/ bà có Ăn nhiều, mau đói, gầy nhiều, khát, tiểu nhiều, đại tiện táo | CóKhông | 12 |  |
| C42 | Ông/ bà có Tiểu nhiều, gầy nhiều, miệng khát, hồi hộp, ngũ tâm phiền nhiệt | CóKhông | 12 |  |

1. **Điều trị theo y học cổ truyền.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **CÂU HỎI** | **TRẢ LỜI** | **MÃ** | **CHUYỂN** |
| C43 | Ông/bà đã điều trị bằng y học cổ truyền hay chưa | CóKhông | 12 | Nếu chọn 1→C42 |
| C44 | Ông/bà có muốn tư vấn và điều trị bằng y học cổ truyền không? | CóKhông | 12 |  |
| C45 | Ông/bà đã điều trị bằng y học cổ truyền tại cơ sở y tế chưa? | CóKhông | 12 |   |
| C46 | Ông/bà đã điều trị bằng y học cổ truyền tại nhà chưa? | CóKhông | 12 |  |
| C47 | Ông/bà đã điều trị bằng y học cổ truyền bằng thuốc không? | CóKhông | 12 |  |
| C48 | Ông/bà đã điều trị bằng y học cổ truyền không dùng thuốc chưa? | CóKhông | 12 |  |

1. **Nhân trắc, xét nghiệm và tóm tắt kết quả khám bệnh**
2. **Nhân trắc học.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STT** | **SỐ ĐO** | **LẦN 1** | **LẦN 2** | **TRUNG BÌNH** |
| C49 | Chiều cao (cm) |  |  |  |
| C50 | Cân nặng (kg) |  |  |  |
| C51 | BMI |  |  |  |
| C52 | Vòng eo (cm) |  |  |  |
| C53 | Vòng mông (cm) |  |  |  |
| C54 | WHR (eo/mông) |  |  |  |
| C55 | Huyết áp tâm thu (mmHg) |  |  |  |
| C56 | Huyết áp tâm trương (mmHg) |  |  |  |

1. **Kiểm tra chất lưỡi người mắc ĐTĐ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| STT | Lưỡi | Kết quả |
| C57 | Sắc lưỡi |  |
| C58 | Chất lưỡi |  |
| C59 | Rêu lưỡi |  |

1. **Tóm tắt kết quả (tích x vào ô đã thực hiện )**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Phỏng vấn | Kiểm tra hồ sơ | Đo nhân trắc |

**Trưởng đoàn điều tra Điều tra viên**

*Phụ lục 2*

**PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

*(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần*

*bí mật danh tính)*

Họ và tên đối tượng: ..............................................................................................

Tuổi: ....................................................................................................................

Địa chỉ: ................................................................................................................

Sau khi được bác sĩ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: “**Thực trạng bệnh đái tháo đường type 2 và nhu cầu phòng, điều trị bằng y học cổ truyền của người dân ở huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An năm 2023”.**

Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này. Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Nghệ An, ngày ......... tháng .......năm 2023

|  |  |
| --- | --- |
| **Họ tên của người làm chứng***(Ký và ghi rõ họ tên)* | **Họ tên của Đối tượng***(Ký và ghi rõ họ tên)* |

*Phụ lục 3*

**ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU**

*(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu cần phải bí mật danh tính)*

Tôi,

***Xác nhận rằng***

Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu : **“Thực trạng bệnh đái tháo đường type 2 và nhu cầu phòng, điều trị bằng y học cổ truyền của người dân ở huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An năm 2023”** tại huyện Nam Đàn tỉnh Nghệ An. Phiên bản ………, ngày ……/……/………, ……. Trang), và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

* Tôi đã có thời gian và cơ hội được cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.
* Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.
* Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào vì bất cứ lý do gì.

Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Đánh dấu vào ô thích hợp (quyết định này sẽ không ảnh hưởng khả năng bạn tham gia vào nghiên cứu) :

**Có**

**Không**

 **Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này**

|  |  |
| --- | --- |
| Ký tên của người tham gia………………………………………………………. | Ngày / tháng / năm…………………… |
| Nếu cần, |  |
| \* Ghi rõ họ tên và chữ ký của người làm chứng……………………………………………… | Ngày / tháng / năm…………………… |
| Ghi rõ họ tên và chữ ký của người hướng dẫn……………………………………………… | Ngày / tháng / năm…………………….. |

**DANH SÁCH ĐIỀU TRA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Stt** | **Họ Và Tên** | **Giới** | **Tuổi** | **Địa chỉ** |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 22 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Ch | Nữ | 35 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Đặng Thị H | Nữ | 42 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 55 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Sĩ S | Nam | 40 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Ng | Nữ | 58 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Hồ Thị Th | Nữ | 51 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Q | Nữ | 33 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Hồ Thị L | Nữ | 52 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trương Văn Ch | Nam | 39 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Công T | Nam | 62 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Hữu H | Nam | 46 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Thị L | Nữ | 68 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Tống Thị H | Nữ | 37 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Vũ Thị G | Nữ | 51 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 67 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị B | Nữ | 32 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phạm Văn Ả | Nam | 44 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 53 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Bùi Quang H | Nam | 63 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 33 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị M | Nữ | 26 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phạm Thị D | Nữ | 42 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Thị Chắt | Nữ | 52 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Hồ Thị L | Nữ | 68 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Trọng B | Nam | 36 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Văn B | Nam | 44 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Võ Hồng S | Nam | 36 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 27 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Thị M | Nữ | 43 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị T | Nữ | 35 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Văn B | Nam | 31 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 41 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phan Thị L | Nữ | 53 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Võ Thị Ng | Nữ | 37 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Văn Kh | Nam | 58 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 42 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Cảnh B | Nam | 54 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phan Văn T | Nam | 39 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Cảnh H | Nam | 60 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Dậu Đình B | Nam | 48 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Võ Khánh T | Nam | 35 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 51 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Minh Th | Nam | 49 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Hồng Th | Nữ | 22 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Thị H | Nữ | 64 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phan Thị Th | Nữ | 33 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Kiều Thị Q | Nữ | 52 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phạm Thị L | Nữ | 43 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Ngh | Nữ | 22 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Văn Th | Nam | 23 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Thái Thị Đ | Nữ | 55 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Văn S | Nam | 34 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 44 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Thị Ph | Nữ | 23 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Minh Th | Nam | 37 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Hoàng Anh H | Nam | 29 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Anh Th | Nam | 57 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Văn M | Nam | 41 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Thái Thị M | Nữ | 61 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Đinh Thị T | Nữ | 55 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Giản Viết B | Nam | 64 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Ngô Thị Ph | Nữ | 42 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Thị H | Nữ | 56 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phan Văn B | Nam | 22 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Thị Th | Nữ | 63 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phan Thị Minh Đ | Nữ | 56 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Thị B | Nữ | 44 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị Bích Đ | Nữ | 26 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Đức L | Nam | 64 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Hoàng V | Nam | 57 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Lê Thị Nh | Nữ | 46 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phan Văn M | Nam | 26 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Phan Thị Tâm | Nữ | 65 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Văn L | Nam | 42 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Chu Văn L | Nam | 55 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Ngô Xuân H | Nam | 36 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Thị N | Nữ | 70 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Nguyễn Duy H | Nam | 44 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Bùi Hồng Ch | Nam | 27 | Thị Trấn Nam Đàn |
|  | Trần Thị L | Nữ | 52 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Xuân Th | Nam | 33 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Thị Đ | Nữ | 53 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Văn H | Nam | 32 | Xã Kim Liên |
|  | Văn Hoàng H | Nam | 69 | Xã Kim Liên |
|  | Đậu Đình Q | Nam | 54 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị Thu H | Nữ | 23 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Duy M | Nam | 61 | Xã Kim Liên |
|  | Phan Văn B | Nam | 35 | Xã Kim Liên |
|  | Lê Thị Ch | Nữ | 42 | Xã Kim Liên |
|  | Phạm Thị T | Nữ | 55 | Xã Kim Liên |
|  | Đàm Thị Nh | Nữ | 63 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Hữu G | Nam | 44 | Xã Kim Liên |
|  | Đào Thị M | Nữ | 56 | Xã Kim Liên |
|  | Cao Thị L | Nữ | 36 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 41 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 26 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Hữu M | Nam | 64 | Xã Kim Liên |
|  | Phan Thị V | Nữ | 47 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị K | Nữ | 60 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Văn C | Nam | 32 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị Ng | Nữ | 43 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Văn H | Nam | 65 | Xã Kim Liên |
|  | Võ Văn Kh | Nam | 39 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Văn L | Nam | 69 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Văn Kh | Nam | 24 | Xã Kim Liên |
|  | Đào Thị H | Nữ | 41 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Sỹ C | Nam | 21 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Bá H | Nam | 35 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị S | Nữ | 67 | Xã Kim Liên |
|  | Lê Văn H | Nam | 36 | Xã Kim Liên |
|  | Phan Thị T | Nữ | 42 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị T | Nữ | 25 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Văn Th | Nam | 43 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 54 | Xã Kim Liên |
|  | Bùi Thị D | Nữ | 67 | Xã Kim Liên |
|  | Ngô Thị C | Nữ | 36 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Tư H | Nam | 42 | Xã Kim Liên |
|  | Lê Thị Nh | Nữ | 52 | Xã Kim Liên |
|  | Hoàng Thanh S | Nam | 39 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 28 | Xã Kim Liên |
|  | Lê Xuân Đ | Nam | 62 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Thị H | Nữ | 43 | Xã Kim Liên |
|  | Lê Hoàng C | Nam | 57 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Đức L | Nam | 34 | Xã Kim Liên |
|  | Cao Thị Nh | Nữ | 41 | Xã Kim Liên |
|  | Phan Thị M | Nam | 61 | Xã Kim Liên |
|  | Cao Văn Ph | Nam | 30 | Xã Kim Liên |
|  | Phạm Thị Nh | Nữ | 56 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 38 | Xã Kim Liên |
|  | Hoàng Văn L | Nam | 48 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Thị X | Nữ | 59 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị Thu H | Nữ | 36 | Xã Kim Liên |
|  | Đậu Thị K | Nữ | 66 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Văn B | Nam | 28 | Xã Kim Liên |
|  | Bùi Danh L | Nam | 43 | Xã Kim Liên |
|  | Bùi Hữu C | Nam | 55 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị Q | Nữ | 34 | Xã Kim Liên |
|  | Võ Quyền A | Nam | 25 | Xã Kim Liên |
|  | Hồ Sỹ L | Nam | 46 | Xã Kim Liên |
|  | Đặng Thị T | Nữ | 70 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị Ph | Nữ | 56 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị B | Nữ | 54 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị Minh T | Nữ | 21 | Xã Kim Liên |
|  | Lê Nam T | Nam | 46 | Xã Kim Liên |
|  | Đậu Đức H | Nam | 54 | Xã Kim Liên |
|  | Lê Thị Kim D | Nữ | 21 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị T | Nữ | 44 | Xã Kim Liên |
|  | Mai Thị L | Nữ | 34 | Xã Kim Liên |
|  | Hà Văn T | Nam | 47 | Xã Kim Liên |
|  | Phan Thị L | Nữ | 35 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Ngọc M | Nữ | 23 | Xã Kim Liên |
|  | Cao Xuân T | Nam | 42 | Xã Kim Liên |
|  | Trương Thị M | Nữ | 56 | Xã Kim Liên |
|  | Trương Thị H | Nữ | 56 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Đức D | Nam | 36 | Xã Kim Liên |
|  | Đặng Thị L | Nữ | 57 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Đình D | Nam | 28 | Xã Kim Liên |
|  | Phan Văn L | Nam | 60 | Xã Kim Liên |
|  | Nguyễn Thị K | Nữ | 43 | Xã Kim Liên |
|  | Trần Thị L | Nam | 57 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Văn B | Nam | 48 | Xã Nam Giang |
|  | Trần Thị H | Nữ | 64 | Xã Nam Giang |
|  | Đặng Ngọc Q | Nam | 23 | Xã Nam Giang |
|  | Trần Thị Th | Nữ | 56 | Xã Nam Giang |
|  | Đào Công H | Nam | 34 | Xã Nam Giang |
|  | Hoàng Minh B | Nam | 68 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Hồng S | Nam | 57 | Xã Nam Giang |
|  | Cao Thị Th | Nữ | 36 | Xã Nam Giang |
|  | Đặng Thị Q | Nữ | 23 | Xã Nam Giang |
|  | Cao Thị D | Nữ | 56 | Xã Nam Giang |
|  | Cao Thị H | Nữ | 43 | Xã Nam Giang |
|  | Hoàng Văn Th | Nam | 26 | Xã Nam Giang |
|  | Phan Quốc H | Nam | 37 | Xã Nam Giang |
|  | Lê Ngọc Q | Nam | 50 | Xã Nam Giang |
|  | Hồ Thị L | Nữ | 61 | Xã Nam Giang |
|  | Phạm Quốc A | Nam | 26 | Xã Nam Giang |
|  | Hồ Thị T | Nữ | 41 | Xã Nam Giang |
|  | Trần Công V | Nam | 60 | Xã Nam Giang |
|  | Mai Thị Th | Nữ | 36 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Hữu T | Nam | 44 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị M | Nữ | 63 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Ngọc L | Nữ | 54 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Văn N | Nam | 35 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 66 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị Ng | Nữ | 42 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Hải D | Nam | 29 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Công Q | Nam | 52 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Quang Th | Nam | 46 | Xã Nam Giang |
|  | Ngô Đức T | Nam | 65 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Hữu T | Nam | 39 | Xã Nam Giang |
|  | Vũ Duy Th | Nam | 55 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thi L | Nữ | 42 | Xã Nam Giang |
|  | Phan Thị Th | Nữ | 38 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Dương Bảo A | Nữ | 22 | Xã Nam Giang |
|  | Ngô Thị K | Nữ | 64 | Xã Nam Giang |
|  | Trần An Q | Nam | 56 | Xã Nam Giang |
|  | Trương Thanh Tr | Nữ | 43 | Xã Nam Giang |
|  | Hồ Anh C | Nam | 64 | Xã Nam Giang |
|  | Vũ Tạ Như Q | Nữ | 22 | Xã Nam Giang |
|  | Vi Thị M | Nữ | 36 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thanh T | Nam | 25 | Xã Nam Giang |
|  | Đào Minh Q | Nam | 54 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị Ph | Nữ | 42 | Xã Nam Giang |
|  | Lê Văn B | Nam | 70 | Xã Nam Giang |
|  | Lê Xuân H | Nam | 34 | Xã Nam Giang |
|  | Hồ Ngọc O | Nam | 46 | Xã Nam Giang |
|  | Lương Thi T | Nữ | 57 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Văn Ấ | Nam | 37 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị V | Nữ | 63 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Đình S | Nam | 59 | Xã Nam Giang |
|  | Hồ Thị L | Nữ | 44 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 36 | Xã Nam Giang |
|  | Lê Thị T | Nữ | 67 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 25 | Xã Nam Giang |
|  | Phạm Văn Nh | Nam | 50 | Xã Nam Giang |
|  | Hà Văn B | Nam | 31 | Xã Nam Giang |
|  | Chu Thị G | Nữ | 48 | Xã Nam Giang |
|  | Lê Văn C | Nam | 33 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Viết B | Nam | 24 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thanh K | Nam | 56 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Văn Ng | Nam | 46 | Xã Nam Giang |
|  | Đặng Thị L | Nữ | 32 | Xã Nam Giang |
|  | Đặng Kim Q | Nam | 57 | Xã Nam Giang |
|  | Võ Thị H | Nữ | 55 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 33 | Xã Nam Giang |
|  | Mạc Thị L | Nữ | 52 | Xã Nam Giang |
|  | Hoàng Văn V | Nam | 34 | Xã Nam Giang |
|  | Lương Minh Ph | Nam | 26 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 43 | Xã Nam Giang |
|  | Trần Thị H | Nữ | 56 | Xã Nam Giang |
|  | Phạm Văn S | Nam | 36 | Xã Nam Giang |
|  | Trần Thị H | Nữ | 51 | Xã Nam Giang |
|  | Trần Thị L | Nữ | 61 | Xã Nam Giang |
|  | Đậu Thị Đ | Nữ | 44 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị D | Nữ | 54 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Xuân Ch | Nam | 23 | Xã Nam Giang |
|  | Hồ Thị O | Nữ | 46 | Xã Nam Giang |
|  | Hồ Thị Y | Nữ | 38 | Xã Nam Giang |
|  | Vũ Văn Th | Nam | 28 | Xã Nam Giang |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 54 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Hữu V | Nam | 25 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị T | Nữ | 44 | Xã Nam Thái |
|  | Phan Xuân L | Nam | 52 | Xã Nam Thái |
|  | Đặng Văn H | Nam | 36 | Xã Nam Thái |
|  | Võ Thị H | Nữ | 55 | Xã Nam Thái |
|  | Võ Trọng Q | Nam | 48 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Tất N | Nam | 66 | Xã Nam Thái |
|  | Trần Châu H | Nam | 25 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thi T | Nữ | 56 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Xuân L | Nam | 34 | Xã Nam Thái |
|  | Trầm Thị D | Nữ | 43 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Thị H | Nữ | 65 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Tiến Đ | Nam | 36 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 26 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 43 | Xã Nam Thái |
|  | Trần Thị H | Nữ | 34 | Xã Nam Thái |
|  | Phan Thị T | Nữ | 54 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Văn S | Nam | 64 | Xã Nam Thái |
|  | Hoàng Thị H | Nữ  | 27 | Xã Nam Thái |
|  | Trần Văn C | Nam | 49 | Xã Nam Thái |
|  | Hà Thị H | Nữ | 56 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Xuân T | Nam | 37 | Xã Nam Thái |
|  | Trần Văn Đ | Nam | 65 | Xã Nam Thái |
|  | Phạm Thị H | Nữ | 36 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị Lệ H | Nữ | 24 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 45 | Xã Nam Thái |
|  | Đinh Thị Hải Y | Nữ | 24 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Đình D | Nam | 32 | Xã Nam Thái |
|  | Trần Thị D | Nữ | 54 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị T | Nữ | 33 | Xã Nam Thái |
|  | l ê Thị Hồng Nh | Nữ | 25 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Văn Th | Nam | 68 | Xã Nam Thái |
|  | Cao Văn M | Nam | 31 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Thị Ch | Nữ | 56 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Thị T | Nữ | 40 | Xã Nam Thái |
|  | Trần Thị L | Nữ | 70 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Văn H | Nam | 32 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị Thanh H | Nữ | 29 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 43 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 54 | Xã Nam Thái |
|  | Phạm Hồng S | Nam | 37 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Cảnh N | Nam | 44 | Xã Nam Thái |
|  | Hồ Thị Th | Nữ | 51 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Hồng Th | Nam | 36 | Xã Nam Thái |
|  | Hồ Văn X | Nam | 60 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Sỹ V | Nam | 48 | Xã Nam Thái |
|  | Phạm Văn D | Nam | 34 | Xã Nam Thái |
|  | Võ Thanh H | Nam | 27 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Văn L | Nam | 43 | Xã Nam Thái |
|  | Cao Thị D | Nữ | 53 | Xã Nam Thái |
|  | Hàn Thị Th | Nữ | 38 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Minh Kh | Nam | 26 | Xã Nam Thái |
|  | Đặng Trọng L | Nam | 50 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị T | Nữ | 64 | Xã Nam Thái |
|  | Bùi Thị Y | Nữ | 57 | Xã Nam Thái |
|  | Đinh Thị L | Nữ | 35 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Văn Th | Nam | 66 | Xã Nam Thái |
|  | Ngô Thị Nh | Nữ | 41 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị M | Nữ | 37 | Xã Nam Thái |
|  | Phạm Đức M | Nam | 57 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị Ngh | Nữ | 55 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 42 | Xã Nam Thái |
|  | Vũ Thị Kim L | Nữ | 33 | Xã Nam Thái |
|  | Dương Hoàng M | Nam | 29 | Xã Nam Thái |
|  | Hồ Thị Q | Nữ | 61 | Xã Nam Thái |
|  | Hồ Văn Ph | Nam | 49 | Xã Nam Thái |
|  | Phạm Thị H | Nữ | 62 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 56 | Xã Nam Thái |
|  | Hoàng Văn H | Nam | 48 | Xã Nam Thái |
|  | Phạm Thị Kh | Nữ | 55 | Xã Nam Thái |
|  | Trần Văn Đ | Nam | 51 | Xã Nam Thái |
|  | Cao Văn B | Nam | 42 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Văn H | Nam | 62 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Thăng L | Nam | 30 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Thị M | Nữ | 68 | Xã Nam Thái |
|  | Đậu Văn D | Nam | 44 | Xã Nam Thái |
|  | Lê Thị Hoài Th | Nữ | 51 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thanh L | Nam | 52 | Xã Nam Thái |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 45 | Xã Nam Thái |
|  | Đào Thị H | Nữ | 67 | Xã Hùng Tiến |
|  | Ngô Văn T | Nam | 32 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị T | Nữ | 52 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị S | Nữ | 51 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Đình M | Nam | 46 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Tiến L | Nam | 31 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Quang Th | Nam | 23 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng Thị H | Nữ | 64 | Xã Hùng Tiến |
|  | Đỗ Thị Ch | Nữ | 59 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng Thị Q | Nữ | 24 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị Thuý H | Nữ | 66 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng Văn T | Nam | 21 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị Kim O | Nữ | 27 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị M | Nữ | 42 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng Thị Y | Nữ | 55 | Xã Hùng Tiến |
|  | Trịnh Văn M | Nam | 33 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Đức Hải | Nam | 56 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị Hằng Ng | Nữ | 43 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị D | Nữ | 51 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Văn H | Nam | 37 | Xã Hùng Tiến |
|  | Vi Văn H | Nam | 65 | Xã Hùng Tiến |
|  | Mai Khắc Ch | Nam | 34 | Xã Hùng Tiến |
|  | Ngô Văn M | Nam | 54 | Xã Hùng Tiến |
|  | Trần Xuân S | Nam | 33 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Xuân T | Nam | 61 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thu H | Nữ | 34 | Xã Hùng Tiến |
|  | Đỗ Khắc Ch | Nam | 44 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị Th | Nữ | 52 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Thanh V | Nam | 32 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Thị Ngọc Y | Nữ | 25 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị Th | Nữ | 54 | Xã Hùng Tiến |
|  | Đào Duy T | Nam | 45 | Xã Hùng Tiến |
|  | Trương Y Tr | Nữ | 24 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lưu Thị L | Nữ | 34 | Xã Hùng Tiến |
|  | Bùi Xuân Ph | Nam | 58 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị H | Nữ | 47 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng C | Nam | 68 | Xã Hùng Tiến |
|  | Trịnh Đình D | Nam | 26 | Xã Hùng Tiến |
|  | Bùi Quang H | Nam | 23 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị Th | Nữ | 52 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Thị H | Nữ | 46 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị Thanh L | Nữ | 51 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng Thị Lan A | Nữ | 24 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị C | Nữ | 69 | Xã Hùng Tiến |
|  | Trương Huy H | Nam | 38 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 54 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Văn Th | Nam | 44 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng Văn D | Nam | 55 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Thị Th | Nữ | 63 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị L | Nữ | 31 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Trọng H | Nam | 68 | Xã Hùng Tiến |
|  | Đặng Thị Ng | Nữ | 52 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hà Thọ Đ | Nam | 40 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị L | Nữ | 49 | Xã Hùng Tiến |
|  | Vũ Thị N | Nữ | 67 | Xã Hùng Tiến |
|  | Thiệu Khắc C | Nam | 47 | Xã Hùng Tiến |
|  | Trần Văn Kh | Nam | 36 | Xã Hùng Tiến |
|  | Bùi Văn D | Nam | 45 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị H | Nữ | 54 | Xã Hùng Tiến |
|  | Cầm Thị T | Nữ | 22 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Gia H | Nam | 46 | Xã Hùng Tiến |
|  | Hoàng Thị Y | Nữ | 66 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Trần H | Nữ | 43 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị Th | Nữ | 58 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Thị Ngọc L | Nữ | 26 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Thị Th | Nữ | 39 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị D | Nữ | 44 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Anh V | Nam | 36 | Xã Hùng Tiến |
|  | Trần Trung Đ | Nam | 38 | Xã Hùng Tiến |
|  | Phạm Thị C | Nữ | 62 | Xã Hùng Tiến |
|  | Bùi Văn Cự | Nam | 49 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị Đ | Nữ | 66 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Thị S | Nữ | 45 | Xã Hùng Tiến |
|  | Vũ Xuân H | Nam | 34 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị V | Nữ | 65 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lương Thị V | Nữ | 42 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị H | Nữ | 55 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lưu Thị H | Nữ | 33 | Xã Hùng Tiến |
|  | Lê Bá Th | Nam | 41 | Xã Hùng Tiến |
|  | Nguyễn Thị Th | Nữ | 28 | Xã Hùng Tiến |

|  |  |
| --- | --- |
| **C:\Users\Admin\Desktop\Untitled-1.jpg****Người lập biểu****Phạm Minh Ngọc** | *Nghệ an, ngày 10 tháng 11 năm 2023***Xác nhận của trung tâm y tế** |