

chèn của ống nội khí quản khi không được bơm căng. Tuy nhiên màu sắc đờm có thể gợi ý nguyên nhân gây VPTM và là một trong những triệu chứng quan trọng trong việc đưa ra mục tiêu chăm sóc và chiến lược sử dụng kháng sinh tiếp theo. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Quý Hương năm 2012 tại Bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ đờm vàng là hay gặp nhất chiếm 46%, tiếp theo là đờm trắng đục chiếm 37% và đờm xanh chiếm 17% [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN đờm lẫn rỉ sắt và 2 BN có đờm lẫn nhày máu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Anh. Theo Nguyễn Hoài Anh đờm màu trắng chiếm tỷ lệ 47,7% và đờm màu vàng chiếm 36,4% [6].

Nghe phổi trong thăm khám lâm sàng là triệu chứng thực thể quan trọng tuy nó là hoàn toàn mang tính chủ quan và không được xếp vào tiêu chuẩn chẩn đoán VPTM theo CIPS của Pugin năm 2002. Trong nghiên cứu của chúng tôi 91,11% trường hợp nghe phổi đều có rale, vị trí tập trung 2 phổi và có hội chứng ba giảm 44,44%. Dựa trên những dấu hiệu này có thể giúp chẩn đoán sớm VPTM, có hướng điều trị kịp thời và tích cực cho BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thái Dũng năm 2013. Theo Phạm Thái Dũng nghiên cứu triệu chứng nghe phổi có rale chiếm 71,43%, rale ẩm chiếm 55,56%. Tuy nhiên triệu chứng rale ở phổi còn phụ thuộc vào chủ quan bác sỹ thăm khám [4].

## V. KẾT LUẬN

- Thời gian xuất hiện viêm phổi sau thở máy

trung bình là 6,7 ngày: Thời gian xuất hiện VPTM sau 5-7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 51,11%. Sau 2- 4 ngày chiếm 26,67%. Chỉ có 1 BN xuất hiện VPTM sau trên 10 ngày.

- Các triệu chứng lâm sàng chủ yếu ở bệnh nhân VPTM là: Khó thở (100%), sốt (88,89%), ho có đờm (55,56%), nghe phổi 91,11% phổi có rale ẩm, nổ.

- Đặc điểm chất tiết dịch phế quản: Đờm vàng, xanh (35,56%), đờm trắng (33,33%), đờm trắng lẫn rỉ sắt (8,89%), đờm lẫn nhày máu (4,44%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Hữu Ngoan** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm viêm phổi liên quan đến thở máy tại Khoa sản sọc đặc biệt bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí nghiên cứu Y học TP.HCM, (17)1/2013, 213.
2. **Trần Hữu Thông** (2012), "Cần nguyên gây viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí nghiên cứu Y học, 80 (3) - 2012, 66-68.
3. **Nguyễn Ngọc Quang** (2011), "Nghiên cứu tình hình và hiệu quả của viêm phổi liên quan đến thở máy", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện chuyên ngành hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Phạm Thái Dũng** (2011), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn và biến đổi nồng độ procalcitonin, protein C phản ứng ở bệnh nhân viêm phổi thở máy", Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
5. **Lê Quý Hương** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại trung tâm Hồ hấp Bệnh viện Bạch Mai", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Bùi Hồng Giang** (2013), "Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực - bệnh viện Bạch Mai năm 2012", Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

## THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ MICROALBUMIN NIỆU

Bùi Thị Minh Phượng<sup>1</sup>, Trần Như Quỳnh<sup>1</sup>, Đặng Thái Tôn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 (ĐTĐT2) có microalbumin niệu. **Phương pháp nghiên cứu:** Một nghiên cứu cắt ngang trên 269 bệnh nhân ĐTĐT2 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Thời gian của nghiên cứu từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2022. **Kết quả:**

Tổng cộng 269 bệnh nhân ĐTĐT2 có 139 (51,7%) là nữ và 130 (48,3%) là nam với tuổi trung bình là 66,68 ± 9,25 tuổi. Thời gian trung bình của ĐTĐT2 được tìm thấy là 8,34 ± 5,32. Mức HbA1c trung bình được tìm thấy là 7,63 ± 1,48. Có 80 bệnh nhân (29,7%) được phát hiện có microalbumin niệu. Có sự khác biệt glucose máu trước và sau điều trị 03 tháng ở bệnh nhân ĐTĐT2 có microalbumin niệu. **Kết luận:** Có sự khác biệt glucose máu trước và sau điều trị 03 tháng ở bệnh nhân ĐTĐT2 có microalbumin niệu. Có mối liên quan giữa có microalbumin niệu ở bệnh ĐTĐT2 được kiểm soát đường huyết tốt. Xét nghiệm microalbumin niệu và xét nghiệm HbA1c nên được thực hiện ở cả bệnh nhân ĐTĐT2 mới và đã được chẩn đoán như một dấu hiệu sớm của rối loạn chức năng thận và

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 8.7.2024

kiểm soát đường huyết.

**Từ khóa:** Kiểm soát; Microalbumin niệu; Đái tháo đường type 2; Glucose máu.

## SUMMARY

### THE STATUS OF BLOOD SUGAR CONTROL IN PATIENTS TYPE 2 DIABETES WITH MICROALBUMINURIA

**Objective:** Blood sugar control in patients with type 2 diabetes (T2DM) with microalbuminuria. **Methods:** A cross-sectional study on 269 patients with diabetes 2 at Thai Binh Medical University Hospital. The study period is from January 2021 to October 2022. **Results:** A total of 269 patients with diabetes 2, 139 (51.7%) were female and 130 (48.3%) were male with an average age of  $66.68 \pm 9.25$  years. The average duration of diabetes 2 was found to be  $8.34 \pm 5.32$ . The mean HbA1c level was found to be  $7.63 \pm 1.48$ . There were 80 patients (29.7%) found to have microalbuminuria. There is a difference in blood glucose before and after 3 months of treatment in diabetic patients with microalbuminuria. **Conclusion:** There is a difference in blood glucose before and after 3 months of treatment in diabetic patients with microalbuminuria. There is an association between microalbuminuria in type 2 diabetes with good glycemic control. Urinary microalbumin testing and HbA1c testing should be performed in both new and established diabetes 2 patients as an early sign of renal dysfunction and glycemic control. **Keywords:** Control; Microalbuminuria; Type 2 diabetes; Blood glucose.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mạn tính đặc trưng bởi tăng đường huyết, kháng insulin hoặc thiếu hụt insulin tương đối [1]. ĐTĐ là một vấn đề sức khỏe cộng đồng trên toàn thế giới và gây ra gánh nặng đáng kể cho xã hội. Tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ cho tất cả các nhóm tuổi trên toàn thế giới được ước tính là 2,8% vào năm 2000 và 4,4% vào năm 2030. Tổng số người mắc bệnh đái tháo đường dự kiến sẽ tăng từ 171 triệu người năm 2000 lên 366 triệu người vào năm 2030.

ĐTĐ type 2 (ĐTĐ không phụ thuộc insulin) là dạng đái tháo đường (ĐTĐT2) phổ biến nhất và tỷ lệ hiện mắc của nó liên tục tăng [2]. Những người mắc bệnh ĐTĐT2 dễ bị tổn thương hơn với nhiều dạng biến chứng cả ngắn hạn và dài hạn, thường dẫn đến tử vong sớm của họ. Tăng đường huyết mạn tính của ĐTĐT2 có liên quan đến tổn thương, rối loạn chức năng và suy chức năng nội tạng, bao gồm võng mạc, thận, hệ thần kinh, tim và mạch máu [1]. Xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong này được cho là do sự khởi phát ngầm và nhận biết muộn của bệnh [2]. Bệnh thận do đái tháo đường là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong sớm ở bệnh nhân đái tháo đường do suy thận [3]. Tuổi cao, giới

tính nam, thời gian mắc bệnh ĐTĐT2 lâu, hút thuốc lá, béo phì và huyết áp cao là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý về thận. Tỷ lệ tử vong do suy thận ở bệnh nhân đái tháo đường cao gấp 20-40 lần so với những người không mắc bệnh ĐTĐT2. Một dấu hiệu sớm của bệnh thận sắp xảy ra là có microalbumin niệu. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lưu hành có microalbumin niệu chung là 29,5% [4]. Bệnh nhân ĐTĐT2 kiểm soát đường huyết kém và kiểm soát đường huyết tốt có tần suất có microalbumin niệu lần lượt là 82,5% và 17,5%. Để ngăn ngừa các biến chứng cấp tính và giảm nguy cơ biến chứng lâu dài, cần tiếp tục chăm sóc y tế và giáo dục bệnh nhân tự quản lý [2]. Bệnh nhân ĐTĐT2 kiểm soát đường huyết kém và kiểm soát đường huyết tốt có tần suất có microalbumin niệu lần lượt là 30,8% và 24,4%.

Vì chưa có nghiên cứu nào như vậy được thực hiện ở Bệnh viện Đại học Y Thái Bình để đánh giá tần suất của có microalbumin niệu ở bệnh nhân ĐTĐT2 liên quan đến việc kiểm soát đường huyết tốt, do đó, đây sẽ là một nghiên cứu mới trong lĩnh vực được đề cập ở trên. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả thực trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có microalbumin niệu.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐT2 đang điều trị tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Chẩn đoán xác định ĐTĐT2 theo tiêu chuẩn của hiệp hội ĐTĐ Mỹ (ADA) 2020 [5].
- Đường huyết tương bất kỳ  $> 11,1$  mmol/L kèm theo các triệu chứng của tăng đường huyết (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy sút).
- Đường huyết tương lúc đói (nhịn ăn  $> 8-14$  giờ)  $> 7$  mmol/L trong 2 buổi sáng khác nhau.
- HbA1c  $> 6,5\%$
- Nghiệm pháp tăng đường huyết: đường huyết tương 2 giờ sau khi uống 75 g glucose  $> 11,1$  mmol/L
- Tiêu chuẩn chẩn đoán microalbumin niệu:
  - + MAU (+) khi lượng albumin nước tiểu 20 - 200  $\mu$ g/phút hoặc 30-300 mg/L.
  - + MAU (-) khi lượng albumin nước tiểu  $< 20$   $\mu$ g/phút hoặc  $< 30$  mg/L.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu nếu bệnh nhân có một trong các triệu chứng:
- Bệnh nhân tiểu đường typ I
  - Bệnh nhân có tiền sử tim mạch, gan, thận
  - Viêm đường tiết niệu

- Đang có bệnh kèm theo: THA, Goutt, Viêm khớp dạng thấp, Parkinson.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2022.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.3.2. Kỹ thuật chọn mẫu.** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2(1-\alpha/2) p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n<sub>1</sub>: Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu ; p: % BN ĐTĐ typ 2 có MAU(+) 50,4% của Võ Xuân Sang (2010) [6]

d: Độ chính xác mong muốn

α = 0,1: Mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 90%; Z<sup>2</sup>(1-α/2) = 1,645

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là n = 269

**2.3.3. Các bước tiến hành**

- XN microalbumin niệu

- XN HbA<sub>1c</sub>, Glucose

\* Cách lấy nước tiểu: Hướng dẫn BN lấy nước tiểu vào 2/3 lọ sạch có nắp.

Mẫu bệnh phẩm bảo quản trong điều kiện nhiệt độ phòng

Gửi đến phòng xét nghiệm trong khoảng thời gian 2 tiếng

Được thực hiện theo nguyên lý miễn dịch đo độ đục.

**2.4. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu sau khi điều tra được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý bằng phần mềm SPSS 13.0 với các test thống kê y học

Các số liệu của biến liên tục được kiểm tra phân bố chuẩn trước khi phân tích. Nếu số liệu phân bố chuẩn sẽ sử dụng các test thống kê tham số. Nếu số liệu không phân bố theo qui luật chuẩn sử dụng các test thống kê phi tham số.

Xác định mối liên quan bằng tỷ suất chênh OR và khoảng 95%CI cùng giá trị p. Mối liên quan được xác định khi giá trị OR nằm trong khoảng 95%CI và khoảng 95% CI không chứa giá trị "1".

**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu**

- Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích, nội dung nghiên cứu để đối tượng tự nguyện và hợp tác tham gia.

- Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ sức khỏe và phát hiện được biến chứng thận của BN không nhằm mục đích nào khác.

- Tất cả các thông tin về bệnh tật, địa chỉ của đối tượng nghiên cứu đều được giữ kín và mã hóa.

- Đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Sở Y tế và Sở Khoa học Công nghệ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tổng số 269 bệnh nhân bị ĐTĐ type 2 được đưa vào nghiên cứu. Trung bình và độ lệch chuẩn được tính toán cho các biến định lượng như tuổi, thời gian của ĐTĐ type 2, mức HbA<sub>1c</sub>. Tần suất và tỷ lệ phần trăm được tính toán cho các biến định tính như giới tính, có microalbumin niệu.

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của người bệnh nghiên cứu**

Đặc điểm đối tượng		Số lượng (n=269)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	130	48,3
	Nữ	139	51,7
Nhóm tuổi	< 50	10	3,7
	50 – 59	43	16,0
	60 – 69	106	39,4
	≥ 70	110	40,9
Tuổi trung bình (X ± SD)		66,7 ± 9,3	

Nghiên cứu được tiến hành trên 269 người bệnh, trong đó tỷ lệ nam là 48,3% và nữ là 51,7%. Độ tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 66,68 ± 9,25, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là người bệnh ở nhóm tuổi từ 70 trở lên (40,9%), tiếp đến có 39,4% người bệnh từ 60-69 tuổi, chỉ có 3,7% người bệnh dưới 50 tuổi.

**Bảng 3.2. Phân bố BN theo thời gian mắc bệnh**

Thời gian mắc bệnh (năm)	Số lượng (n=269)	Tỷ lệ (%)
< 1	32	11,9
1 đến < 5	72	26,8
5 đến < 10	80	29,7
≥ 10	85	31,6
<b>Tổng</b>	<b>269</b>	<b>100</b>

Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 8,34 ± 5,32 năm. Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 năm, dài nhất là 25 năm.

Tỷ lệ BN có thời gian mắc bệnh ở nhóm ≥ 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 61,3%, tỷ lệ BN mắc bệnh thời gian < 1 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất 11,9%.

**Bảng 3.3. Nồng độ trung bình Glucose, HbA<sub>1c</sub> trước điều trị**

Chỉ số	Số lượng (n=269)	Tỷ lệ (%)	
Glucose (mmol/l)	Tốt	15	5,6
	Chấp nhận	32	11,9
	Kém	222	82,5

	X ± SD	9,1 ± 2,8	
HbA1C (%)	Tốt	60	22,3
	Chấp nhận	95	35,3
	Kém	114	42,4
	X ± SD	7,6 ± 1,5	

Kết quả trình bày tại bảng trên cho thấy chỉ số Glucose máu lúc đói trung bình của người bệnh là  $9,12 \pm 2,79$  mmol/l, trong đó tỷ lệ ở mức độ kém chiếm tới 82,5%. Chỉ số HbA1C trung bình của người bệnh là  $7,63 \pm 1,48$  %, trong đó tỷ lệ có chỉ số HbA1C ở nhóm kém chiếm 42,4%.

**Bảng 3.4. Tỷ lệ MAU ở người bệnh đái tháo đường type 2**

Xét nghiệm	Số lượng (n=269)	Tỷ lệ (%)
MAU (+) $\geq 30$ mg/l	80	29,7
MAU (-) $< 30$ mg/l	189	70,3

Kết quả trình bày tại bảng 3.4 cho thấy có 80/269 người bệnh nghiên cứu (29,7%) có kết quả MAU dương tính khi nhập viện.

**Bảng 3.5. Liên quan giữa glucose máu lúc đói và HbA1c giữa hai nhóm MAU**

Chỉ số	MAU(+)		OR	95%CI	p	
	n	%				
Glucose máu (mmol/l)	$< 7,0$	11	24,4	1,4	0,7-2,9	0,4
	$\geq 7,0$	69	30,8			
HbA1c	$\leq 6,5$	7	11,7	4,1	1,8-9,4	0,001
	$> 6,5$	73	34,9			

Không có mối liên quan về tỷ lệ MAU (+) với tình trạng Glucose máu lúc đói của người bệnh nghiên cứu. Tuy nhiên có mối liên quan giữa chỉ số HbA1c với tỷ lệ MAU (+) (OR=4,1; 95%CI=1,8-9,4).

#### IV. BÀN LUẬN

ĐTĐ là một vấn đề sức khỏe toàn cầu. Đa số bệnh nhân ĐTĐ đều ở nhóm tuổi trẻ hoặc trung niên [7]. Microalbumin niệu được xem là dấu hiệu sớm của bệnh thận do đái tháo đường, có thể xuất hiện khi chẩn đoán ĐTĐ type 2. Dấu hiệu này sẽ nhanh chóng tiến triển thành bệnh thận và cuối cùng dẫn đến giảm mức lọc cầu thận và cuối cùng là bệnh thận giai đoạn cuối hoặc tử vong sớm do các vấn đề liên quan đến tim mạch [2]. Tần suất microalbumin niệu trong nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân ĐTN type 2 được kiểm soát đường huyết tốt là 24,4% so với tần suất microalbumin niệu trong nghiên cứu của Khan và cộng sự là 29,5%[1]. Kết quả tương tự cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của tác giả Gerstein với sự thay đổi nhỏ về tần suất albumin niệu vi lượng từ 24-34% [8].

Theo Yokoyama và cộng sự, nghiên cứu trên quy mô toàn quốc cho thấy tỷ lệ lưu hành albumin niệu vi lượng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 Nhật Bản là 32% [9]. Nghiên cứu

DEMAND (Phát triển giáo dục về albumin niệu vi lượng để nâng cao nhận thức về nguy cơ thận và tim mạch trong bệnh tiểu đường) cho biết tỷ lệ lưu hành vi albumin niệu trên toàn cầu trong số 24, 151 bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường loại 2 là 39%. Tăng lượng microalbumin niệu có liên quan đến tốc độ tiến triển của tổn thương thận, cuối cùng dẫn đến bệnh thận giai đoạn cuối. Microalbumin niệu cũng làm tăng tỷ lệ mắc và tử vong do tim mạch; do đó, việc sàng lọc những người bị đái tháo đường type 2 về microalbumin niệu nên bắt đầu tại thời điểm chẩn đoán để làm chậm sự tiến triển và có thể đảo ngược albumin bình thường ở giai đoạn đầu của bệnh. Một khi microalbumin niệu xuất hiện với tần suất đều đặn, thì tốc độ bài tiết albumin niệu phải tăng tương ứng từ 10-20% mỗi năm để có thể giúp bệnh nhân bài tiết hết trong 10-15 năm. Tốc độ giảm mức lọc cầu thận ở bệnh nhân có bệnh thận rõ ràng ở ĐTĐ type 2 có thể thay đổi trong khoảng từ 2–20 ml / phút / năm. Can thiệp trị liệu và không điều trị có thể đảo ngược quá trình ở giai đoạn này, nhưng nếu không được điều trị, khi đó sẽ dẫn đến bệnh thận giai đoạn cuối và tử vong do tim mạch. Trong 5 năm đầu của bệnh ĐTĐ, hiếm khi tìm thấy microalbumin niệu, gợi ý rằng đó là dấu hiệu của tổn thương cầu thận sớm. Thời gian của ĐTĐ là một yếu tố quan trọng tương quan chặt chẽ với tần suất tăng của microalbumin niệu. Khan và cộng sự, đã nghiên cứu 31 bệnh nhân đái tháo đường có microalbumin niệu ngay cả khi thời gian mắc bệnh ĐTĐ dưới 11 năm. Đây là những bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ chương trình sàng lọc microalbumin niệu để ngăn ngừa hoặc trì hoãn bệnh thận cũng như các biến chứng khác.

Hiệp hội đái tháo đường Mỹ (ADA) 2006 đã đưa ra mục tiêu kiểm soát glucose máu cho bệnh nhân ĐTĐT2 với glucose máu lúc đói  $< 7,0$  mmol/l và HbA1c dưới 7%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gần 30,8% bệnh nhân ở nhóm MAU (+) có glucose máu lúc đói trên 7,0 mmol/l và HbA1c trên 34%, chỉ có 24,4% bệnh nhân ở nhóm MAU (+) đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu với 11,7% đạt HbA1c dưới 6,5%. Như vậy, có thể thấy kiểm soát glucose máu ở các bệnh nhân đái tháo đường nói chung và bệnh nhân đái tháo đường MAU (+) đều chưa tốt. Đây cũng là thực trạng chung của các bệnh nhân đái tháo đường Việt Nam.

Nghiên cứu Tạ Văn Bình (2003) cho thấy hơn 80% bệnh nhân đái tháo đường vẫn không đạt mục tiêu điều trị để nghị HbA1c dưới 6,5% [10]. Nguyên nhân chính do vẫn còn khoảng cách giữa

hướng dẫn điều trị và thực hành lâm sàng, cũng như thiếu chiến lược quản lý tốt để giúp người bệnh đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu.

Nghiên cứu đã cho thấy kiểm soát tốt glucose máu góp phần làm giảm nhiều biến chứng vi mạch và mạch máu lớn. Do vậy kiểm soát glucose máu tốt sẽ góp phần là giảm tỉ lệ MAU (+) ở bệnh nhân đái tháo đường và giúp làm giảm tỉ lệ biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ. Khi đã có dấu hiệu MAU (+) thì vấn đề khống chế glucose và huyết áp càng cần được quan tâm chặt chẽ hơn để hạn chế sự phát triển của biến chứng thận.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến sự phát triển của bệnh thận bao gồm di truyền, kiểm soát lượng đường trong máu và huyết áp. Tác động của việc kiểm soát bệnh tiểu đường nghiêm ngặt đối với tiên lượng là rõ ràng nhất ở bệnh nhân có albumin niệu vi thể. Chúng tôi tìm thấy mối tương quan đáng kể giữa mức HbA1c cao và sự hiện diện của albumin niệu vi lượng. Điều này tương đồng với kết quả được trình bày trong nghiên cứu của Patel và cộng sự.

## V. KẾT LUẬN

Có sự liên quan của microalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường được kiểm soát đường huyết tốt; tuy nhiên, tỷ lệ hiện mắc thấp, nhưng vẫn khả quan. Đái tháo đường không được kiểm soát có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ microalbumin niệu. Sàng lọc microalbumin niệu và xét nghiệm HbA1c nên được thực hiện ở cả bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới và đã được chẩn đoán như một dấu hiệu sớm của rối

loạn chức năng thận và kiểm soát đường huyết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alam U, Asghar O, Azmi S, et al** (2014). General aspects of diabetes mellitus. In Handbook of clinical neurology, 126, 211-222.
2. **Olokoba AB, Obateru OA, Olokoba LB** (2012). Type 2 diabetes mellitus: a review of current trends. Oman medical journal 27 : 269.
3. **Coonrod BA, Ellis D, Becker DJ, et al** (1993). Predictors of microalbuminuria in individuals with IDDM: Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications Study. Diabetes care 16 1376-1383.
4. **Pan CY, Ho LT, Soegondo S, et al** (2008). Prevalence of albuminuria and cardiovascular risk profile in a referred cohort of patients with type 2 diabetes: an Asian perspective. Diabetes technology and therapeutics, 10: 397-403.
5. **American Diabetes Association** (2020). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. . Diabetes Care, 27.
6. **Võ Xuân Sang Trương Quang Bình** (2010). Khảo sát microalbumin niệu ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh,, 14 (1), 1-5.
7. **Wild S, Roglic G, Green A, et al** (2004). Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care 27: 1047-1053.
8. **Gerstein HC, Mann JF, Pogue J, et al** (2000). Prevalence and determinants of microalbuminuria in high-risk diabetic and nondiabetic patients in the Heart Outcomes Prevention Evaluation Study. Diabetes care 25 : B35-B35.
9. **Yokoyama H, Kawai K, Kobayashi M** (2007). Microalbuminuria is common in Japanese type 2 diabetic patients: a nationwide survey from the Japan Diabetes Clinical Data Management Study Group (JDDM 10). Diabetes care 30 : 989-992.
10. **Tạ Văn Bình** (2003). Dịch tễ học bệnh ĐTĐ, các yếu tố nguy cơ và các vấn đề liên quan đến quản lý bệnh ĐTĐ tại khu vực nội thành 4 thành phố lớn. Bộ Y tế, Bệnh viện nội tiết, Nhà xuất bản y học.

# HIỆU QUẢ CAN THIỆP DINH DƯỠNG NUÔI ĂN QUA ỐNG THÔNG MŨI DẠ DÀY BẰNG SÚP XAY CÓ CHỈ SỐ ĐƯỜNG HUYẾT THẤP TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đinh Trần Ngọc Mai<sup>1</sup>, Trương Quang Hoàng<sup>1</sup>, Lâm Vĩnh Niên<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá khả năng dung nạp, hiệu quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng và khả năng kiểm soát đường huyết của súp xay có chỉ số đường huyết thấp khi nuôi ăn qua ống thông bệnh nhân đái tháo đường.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien.lv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên được thực hiện trên 70 bệnh nhân chia thành 2 nhóm, 35 bệnh nhân được sử dụng sản phẩm súp xay có chỉ số đường huyết thấp (LGI) và 35 bệnh nhân sử dụng chế độ nuôi qua sonde thường quy dành cho bệnh nhân đái tháo đường (DS) cho bệnh nhân đái tháo đường của bệnh viện từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023. **Kết quả:** Trong tổng số 70 bệnh nhân, có 41% bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng, 41% suy dinh dưỡng vừa và 18% không suy dinh dưỡng. Khi so sánh về các đặc điểm chung thì không có sự khác biệt về phân bố tuổi, trọng lượng, chiều cao và tình trạng