

tổn thương vi tuần hoàn chưa nặng. Như vậy, siêu âm Doppler động mạch thận giúp phát hiện sớm những thay đổi huyết động, song cần phối hợp xét nghiệm bổ sung để xác định nguyên nhân thứ phát và đánh giá toàn diện chức năng thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. De Fremenville JB, Gardini M, Cremer A, et al. Prevalence and Risk Factors for Secondary Hypertension in Young Adults. Hypertension. 2024;81(11):2340-2349. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.124.22753
2. Granata A, Fiorini F, Andrulli S, et al. Doppler ultrasound and renal artery stenosis: An overview. J Ultrasound. 2009;12(4):133-143. doi:10.1016/j.jus.2009.09.006
3. Ostchega Y, Fryar CD, Nwankwo T, Nguyen DT. Hypertension prevalence among adults aged 18 and over : United States, 2017–2018. Accessed February 28, 2025. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/87559>
4. Thảo NP, Minh NTB, Vinh NC, et al. Nồng độ hormone và tỷ lệ u tuyến thượng thận trên bệnh nhân 18 đến 35 tuổi có chẩn đoán tăng huyết áp tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;532(2). doi:10.51298/vmj.v532i2.7627
5. Desberg AL, Paushter DM, Lammert GK, et al. Renal artery stenosis: evaluation with color Doppler flow imaging. Radiology. 1990;177(3):749-753. doi:10.1148/radiology.177.3.2243982
6. Makhija P, Wilson C, Garimella S. Utility of Doppler sonography for renal artery stenosis screening in obese children with hypertension. J Clin Hypertens. 2018;20(4):807-813. doi:10.1111/jch.13241
7. Chen Q, He F, Feng X, et al. Correlation of Doppler parameters with renal pathology: A study of 992 patients. Exp Ther Med. 2014;7(2):439-442. doi:10.3892/etm.2013.1442

CÁC YẾU TỔ LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG ẢNH HƯỞNG ĐẾN KIỂM SOÁT HbA1c Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI THÁI BÌNH NĂM 2024

Bùi Thị Minh Phượng¹, Vũ Quang Hưng¹, Dương Thị Ngọc Yến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến kiểm soát HbA1c ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bao gồm 371 bệnh nhân được chẩn đoán là đái tháo đường type 2 tại tỉnh Thái Bình được xét nghiệm HbA1c, Glucose máu và các chỉ số lipid máu. Các yếu tố liên quan đến kiểm soát HbA1c đã được phân tích bằng phương pháp thống kê. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c $\leq 7\%$ là 32,1% và có Glucose máu $< 5,6$ mmol/l là 10,0%. Các yếu tố như hút thuốc, tăng huyết áp có tác động đáng kể đến việc kiểm soát HbA1c. **Kết luận:** Kết quả cho thấy bệnh nhân không hút thuốc hoặc đã từng hút thuốc có khả năng kiểm soát HbA1c tốt hơn so với người đang hút thuốc. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc dừng hút thuốc ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 trong việc cải thiện tỷ lệ kiểm soát HbA1c.

Từ khóa: đái tháo đường type 2, kiểm soát HbA1c, Thái Bình, yếu tố ảnh hưởng

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL FACTORS AFFECTING HBA1C CONTROL IN PATIENTS

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongybt@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

WITH TYPE 2 DIABETES IN THAI BINH, 2024

Objective: To evaluate the clinical and paraclinical factors associated with HbA1c control in patients with type 2 diabetes. **Subjects and Methods:** This study included 371 patients diagnosed with type 2 diabetes in Thai Binh province. All patients underwent HbA1c testing, blood glucose measurement, and lipid profile assessment. Factors related to HbA1c control were analyzed using statistical methods. **Results:** The proportion of patients achieving the HbA1c control target ($\leq 7\%$) was 32.1%, while only 10.0% had fasting blood glucose levels below 5.6 mmol/L. Factors such as smoking and hypertension significantly influenced HbA1c control. **Conclusion:** Patients who never smoked or had quit smoking had better HbA1c control than those currently smoking. This underscores the importance of smoking cessation in improving HbA1c management among patients with type 2 diabetes.

Keywords: type 2 diabetes, HbA1c control, Thai Binh, influencing factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những thập kỷ gần đây, đái tháo đường (ĐTĐ) trở thành một thách thức y tế toàn cầu, Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2021 có khoảng 537 triệu người mắc ĐTĐ, con số này có thể tăng lên 783 triệu vào năm 2045 nếu không có biện pháp can thiệp hiệu quả [1]. Trong đó, ĐTĐ type 2 chiếm tỷ lệ lớn nhất, đặc biệt phổ biến ở các nước thu nhập trung bình và thấp [2].

ĐTĐ type 2 đặc trưng bởi tình trạng đề kháng insulin và thiếu hụt insulin tương đối, thường liên quan đến béo phì, đặc biệt là béo phì vùng bụng. Tình trạng này làm giảm hiệu quả của insulin tại gan, mô mỡ và cơ, dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng nếu không được kiểm soát tốt [3].

Kiểm soát đường huyết hiệu quả là mục tiêu quan trọng trong điều trị ĐTĐ type 2, trong đó chỉ số HbA1c được xem là tiêu chuẩn vàng để đánh giá mức kiểm soát đường huyết trung bình trong 2-3 tháng gần nhất [4]. Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) khuyến cáo mức HbA1c <6,5% nhằm giảm nguy cơ biến chứng và cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân [5].

Tại Việt Nam, tỷ lệ ĐTĐ type 2 đang gia tăng đáng kể, đặc biệt ở khu vực đô thị và nông thôn đang chuyển đổi kinh tế. Các nghiên cứu, bao gồm DiabCare Asia, cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c còn thấp, nhấn mạnh nhu cầu cải thiện chiến lược quản lý bệnh ĐTĐ [6].

Nghiên cứu này nhằm đánh giá tỷ lệ kiểm soát HbA1c và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Thái Bình năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 371 bệnh nhân đái tháo đường type 2 đang điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Các bệnh nhân được xét nghiệm HbA1c, cholesterol máu và triglycerid máu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ĐTĐ type 2 được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (2020). Có kết quả xét nghiệm phù hợp với yêu cầu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc ĐTĐ type 1, phụ nữ có thai, bệnh nhân có bệnh lý cấp tính nặng,

Bệnh nhân không đủ dữ liệu xét nghiệm,

Thời gian nghiên cứu: từ tháng X năm 2023 đến tháng Y năm 2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang,

Biến số nghiên cứu:

Lâm sàng: tuổi, giới tính, BMI, tiền sử bệnh lý đi kèm (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu...).

Cận lâm sàng: HbA1c, glucose máu, cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-C, HDL-C.

2.3. Xử lý số liệu. Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20,0,

Các biến số định lượng được trình bày bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến số định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm,

Phép kiểm Chi bình phương được sử dụng để so sánh các biến số định tính,

Phân tích hồi quy logistic đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố liên quan đến kiểm soát HbA1c.

2.4. Đánh giá kết quả. Nghiên cứu sẽ đánh giá tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c,

Phân tích mối liên quan giữa HbA1c với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng, từ đó đưa ra các gợi ý nhằm cải thiện chiến lược kiểm soát HbA1c.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được giải thích rõ về mục đích nghiên cứu và ký cam kết đồng thuận trước khi thu thập dữ liệu.

Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

Nghiên cứu không can thiệp vào phác đồ điều trị của bệnh nhân, đảm bảo không gây bất kỳ rủi ro nào cho người tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm HbA1c ($\leq 7\%$ và $> 7\%$)

Nhóm HbA1c	Số lượng bệnh nhân (N)	Tỷ lệ (%)
HbA1c $\leq 7\%$ (Đạt mục tiêu)	119	32,1
HbA1c $> 7\%$ (Không đạt mục tiêu)	252	67,9
Tổng	371	100

Nhận xét: Trong 371 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 119 người (32,1%) đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c ($\leq 7\%$), trong khi 252 bệnh nhân (67,9%) chưa đạt mục tiêu.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo các yếu tố lâm sàng

Yếu tố	Nhóm HbA1c $\leq 7\%$ N (%)	Nhóm HbA1c $> 7\%$ N (%)	Tổng N (%)
Tuổi	119 (32,1)	252 (67,9)	371 (100)
≤ 40	2 (0,5)	7 (1,9)	9 (2,4)
$> 40 - \leq 60$	20 (5,4)	62 (16,7)	82 (22,1)
> 60	97 (26,2)	183 (49,3)	280 (75,5)
Giới tính	119 (32,1)	252 (67,9)	371 (100)
Nam	67 (18,1)	140 (37,7)	207 (55,8)
Nữ	52 (14,0)	112 (30,2)	164 (44,2)
BMI	119 (32,1)	252 (67,9)	371 (100)
$< 18,5$ (Nhẹ cân)	4 (1,1)	14 (3,8)	18 (4,9)
18,5-24,9 (Bình thường)	105 (28,3)	223 (60,1)	328 (88,4)
25-29,9	8 (2,2)	14 (3,7)	22 (5,9)

(Thừa cân)			
≥30 (Béo phì)	2 (0,5)	1 (0,3)	3 (0,8)
Thời gian mắc bệnh	119 (32,1)	252 (67,9)	371 (100)
<5 năm	40 (10,8)	67 (18,0)	107 (28,8)
5-10 năm	38 (10,2)	86 (23,2)	124 (33,4)
≥10 năm	41 (11,1)	99 (26,7)	140 (37,8)

Nhận xét: Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (75,5%), trong khi nhóm dưới 40 tuổi chỉ chiếm 2,4%. Nhìn chung, ở mọi nhóm tuổi, số bệnh nhân HbA1c >7% đều nhiều hơn số bệnh nhân HbA1c ≤7%.

Tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn nữ giới (55,8% so với 44,2%), tuy nhiên, khả năng kiểm soát HbA1c giữa hai giới không có sự chênh lệch đáng kể.

Nhóm bệnh nhân có BMI bình thường (18,5 - 24,9) chiếm tỷ lệ cao nhất (88,4%), trong khi nhóm béo phì chỉ chiếm 0,8%. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân ĐTĐ type 2 trong nghiên cứu không bị thừa cân/béo phì.

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo các yếu tố cận lâm sàng

Chỉ số cận lâm sàng	Nhóm HbA1c	Nhóm HbA1c	Tổng N (%)
---------------------	------------	------------	------------

Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo phương pháp điều trị và chế độ ăn

		Nhóm HbA1c ≤7% N (%)	Nhóm HbA1c > 7% N (%)	Tổng (N)
Phương pháp điều trị	Insulin	32 (8,6)	85 (22,9)	117 (31,5)
	Thuốc uống	61 (16,4)	119 (32,1)	180 (48,5)
	Kết hợp	26 (7,1)	48 (12,9)	74 (20,0)
Chế độ ăn	Tuân thủ tốt	100 (27,0)	155 (41,8)	255 (68,7)
	Tuân thủ kém	19 (5,1)	97 (26,1)	116 (31,3)

Nhận xét:

Thuốc uống là phương pháp điều trị phổ biến nhất (48,5%), tiếp theo là insulin (31,5%) và phương pháp kết hợp (20,0%). Ở mọi phương pháp điều trị, tỷ lệ bệnh nhân HbA1c >7% đều cao hơn nhóm kiểm soát tốt.

Bảng 5: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và kiểm soát HbA1c

Yếu tố nguy cơ		Tổng N(%)	Nhóm HbA1c		p	OR (95% CI)
			HbA1c ≤7% N(%)	HbA1c >7% N(%)		
Hút thuốc	Hút thuốc hiện tại	60(16,2)	11(18,3)	49(81,7)	0,024	1
	Đã từng hút thuốc	128(34,5)	49(38,3)	79(61,7)		2,76 (1,31-5,81)
	Chưa bao giờ hút thuốc	183(49,3)	59(32,2)	124(67,8)		2,12 (1,03-4,37)
Thói quen vận động (Tập thể dục)	Không thường xuyên	173(46,6)	48(27,7)	125(72,3)	0,095	1,46 (0,94-2,27)
	Thường xuyên	198(53,4)	71(35,9)	127(64,1)		

Nhận xét: Hút thuốc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát HbA1c (p=0,024). Bệnh nhân chưa bao giờ hút thuốc hoặc đã từng hút thuốc có khả năng kiểm soát HbA1c tốt hơn

	≤7% N (%)	>7% N (%)	
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	119 (32,1)	252 (67,9)	371 (100)
< 5,6	19 (5,1)	18 (4,9)	37 (10,0)
≥ 5,6	100 (27,0)	234 (63,0)	334(90,0)
Cholesterol (mmol/L)	119 (32,1)	252 (67,9)	371 (100)
< 5,2	85 (22,9)	165 (44,5)	250(67,4)
≥ 5,2	34 (9,2)	87 (23,4)	121(32,6)
Triglyceride (mmol/L)	119 (32,1)	252 (67,9)	371 (100)
< 1,7	70 (18,9)	111 (29,9)	181(48,8)
≥ 1,7	49 (13,2)	141 (38,0)	190(51,2)

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có glucose máu lúc đói ≥5,6 mmol/L (90,0%), chỉ 10,0% có glucose máu lúc đói <5,6 mmol/L. Cholesterol <5,2 mmol/L chiếm 67,4%, cao hơn nhóm ≥5,2 mmol/L (32,6%). Triglycerid có sự phân bố tương đối cân bằng giữa hai nhóm <1,7 mmol/L (48,8%) và ≥1,7 mmol/L (51,2%).

Nhóm có glucose máu lúc đói <5,6 mmol/L có tỷ lệ kiểm soát HbA1c gần như cân bằng giữa hai nhóm HbA1c ≤7% và HbA1c >7%, trong khi các chỉ số khác có sự khác biệt rõ ràng.

Về chế độ ăn, nhóm tuân thủ tốt chiếm 68,7%, cao hơn nhiều so với nhóm tuân thủ kém (31,3%). Tuy nhiên, ngay cả trong nhóm tuân thủ tốt, tỷ lệ bệnh nhân HbA1c >7% vẫn cao hơn.

so với người hiện đang hút thuốc (OR = 2,76 và 2,12).

Tập thể dục không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát HbA1c (p>0,05),

tuy nhiên nhóm thường xuyên vận động có tỷ lệ vận động thường xuyên.
kiểm soát HbA1c tốt cao hơn so với nhóm không

Bảng 6: Mối liên quan giữa bệnh nền, biến chứng và mức độ kiểm soát HbA1c

Đặc điểm	Tổng N(%)	Nhóm HbA1c		p	OR (95% CI)
		HbA1c ≤ 7% N(%)	HbA1c > 7% N(%)		
Tăng huyết áp	Có	275(74,1)	100(36,4)	0,003	0,43 (0,25-0,75)
	Không	96(25,9)	19(19,8)		
Bệnh tim mạch	Có	83(22,4)	24(28,9)	0,484	1,21 (0,71-2,06)
	Không	288(77,6)	95(33,0)		
Bệnh thận	Có	37(10,0)	9(24,3)	0,287	1,53 (0,70-3,35)
	Không	334(90,0)	110(32,9)		

Nhận xét: Tăng huyết áp có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát HbA1c ($p=0,003$). Tuy nhiên, kết quả cho thấy bệnh nhân có tăng huyết áp lại có tỷ lệ kiểm soát HbA1c tốt hơn so với nhóm không có tăng huyết áp ($OR = 0,43$). Điều này có thể liên quan đến việc bệnh nhân tăng huyết áp được theo dõi và điều trị tích cực hơn.

Bệnh tim mạch và bệnh thận không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiểm soát HbA1c ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong tổng số 371 bệnh nhân tham gia, chỉ có 119 bệnh nhân (32,1%) đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c ($\leq 7\%$). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Đình Tùng (2023) [7] với 50,26% và Vũ Thanh Bình (2022) [8] với 44,3%. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau về cỡ mẫu và đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Cụ thể, trong các nghiên cứu trên, phần lớn bệnh nhân tham gia là bệnh nhân ngoại trú với thời gian mắc bệnh chủ yếu dưới 5 năm. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả bệnh nhân nội trú, với tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm cao (37,7%). Thời gian mắc bệnh kéo dài có thể dẫn đến tăng biến chứng, suy giảm chức năng tế bào beta tuyến tụy, gây khó khăn hơn trong kiểm soát HbA1c.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở mọi nhóm tuổi, tỷ lệ bệnh nhân không kiểm soát tốt HbA1c ($>7\%$) đều cao hơn nhóm kiểm soát tốt. Đặc biệt, nhóm trên 60 tuổi có tỷ lệ kiểm soát kém cao nhất. Điều này có thể liên quan đến sự suy giảm chức năng tuyến tụy theo tuổi, cũng như tăng nguy cơ mắc bệnh đồng mắc và biến chứng, làm ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát đường huyết. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, nhóm có BMI bình thường (18,5 – 24,9) có tỷ lệ kiểm soát HbA1c tốt hơn so với nhóm thừa cân, béo phì và nhẹ cân. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thanh Bình (2022) [8], trong đó bệnh nhân thừa cân (BMI

≥ 23) có mức kiểm soát HbA1c kém hơn so với bệnh nhân có BMI <23 . Nguyên nhân có thể do béo phì làm tăng đề kháng insulin, khiến kiểm soát đường huyết khó khăn hơn. Do đó, việc giảm cân, kết hợp chế độ ăn hợp lý và thuốc giúp giảm đề kháng insulin, có thể cải thiện kiểm soát HbA1c.

Chế độ ăn đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát HbA1c. Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn uống hợp lý có khả năng đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c cao hơn so với nhóm tuân thủ kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thanh Bình (2022) [8], trong đó bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn có khả năng đạt mục tiêu HbA1c cao hơn 2,8 lần so với nhóm không tuân thủ ($OR=2,8$; 95%CI: 1,7-4,8). Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giáo dục dinh dưỡng trong quản lý ĐTD.

Chúng tôi nhận thấy, bệnh nhân có cholesterol và triglyceride cao có xu hướng kiểm soát HbA1c kém hơn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Lê Diệu Hiền (2024) [9], trong đó bệnh nhân có rối loạn lipid máu gặp khó khăn hơn trong kiểm soát HbA1c. Nguyên nhân có thể do rối loạn lipid máu làm tăng đề kháng insulin, đồng thời cholesterol cao có thể gây viêm mạch máu, ảnh hưởng đến chức năng vận chuyển insulin và glucose.

Bệnh ĐTD là bệnh mạn tính. Nồng độ glucose trong máu cao kéo dài gây nên nhiều biến chứng cho người bệnh. Do đó, tuân thủ điều trị là điều vô cùng quan trọng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hầu hết bệnh nhân có sử dụng thuốc uống là phương pháp điều trị chính, tiếp đó là sử dụng thuốc tiêm và kết hợp cả hai loại. Điều này, có thể do bệnh nhân còn phụ thuộc thuốc uống để tiện lợi cho việc điều trị tại nhà, tuy nhiên việc sử dụng thuốc uống thì có tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c còn khá thấp (có 61/180 người sử dụng thuốc uống đạt HbA1c tốt),

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh

nhân chưa từng hút thuốc hoặc đã từng hút thuốc có khả năng kiểm soát HbA1c tốt hơn nhóm đang hút thuốc. Điều này phù hợp với y văn, trong đó hút thuốc làm giảm độ nhạy insulin và ảnh hưởng đến chức năng tế bào beta tuyến tụy. Hút thuốc cũng làm tăng nguy cơ biến chứng tim mạch, thần kinh, gây khó khăn hơn trong điều trị ĐTĐ. Do đó, cai thuốc lá là một trong những khuyến cáo quan trọng để cải thiện kiểm soát HbA1c và phòng ngừa biến chứng.

Nghiên cứu cho thấy, tăng huyết áp có mối liên quan với việc kiểm soát HbA1c. Trong khi đó, các yếu tố bệnh tim mạch, bệnh thận không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc kiểm soát HbA1c ($p > 0,05$). Nhóm bệnh nhân có THA kiểm soát HbA1c tốt hơn nhóm bệnh nhân không THA.

V. KẾT LUẬN

- **Tỷ lệ kiểm soát HbA1c thấp:** Chỉ 32,1% bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c ($\leq 7\%$), thấp hơn một số nghiên cứu trước đó, có thể do thời gian mắc bệnh kéo dài và mức độ tuân thủ điều trị chưa tốt.

- Các yếu tố ảnh hưởng:

Kiểm soát kém hơn ở nhóm: bệnh nhân trên 60 tuổi, mắc bệnh trên 10 năm, thừa cân/béo phì, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu.

Kiểm soát tốt hơn ở nhóm: bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn uống hợp lý, không hút thuốc, vận động thường xuyên.

Tăng huyết áp có liên quan đến kiểm soát HbA1c tốt hơn, có thể do bệnh nhân được theo dõi y tế chặt chẽ hơn.

Điều trị: Chủ yếu bằng thuốc uống (48,5%),

nhưng tỷ lệ kiểm soát HbA1c còn thấp, nhấn mạnh nhu cầu cá thể hóa điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2021), IDF Diabetes Atlas (10th ed.), 1-135,
2. **World Health Organization** (2016), Global report on diabetes, World Health Organization,
3. **Bộ Y tế Việt Nam** (2020), Quyết định 5481-QĐ/BYT: Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2",
4. **Nathan, D.M., Turgeon, H., & Regan, S.** (2007), Relationship between glycated hemoglobin levels and mean glucose levels over time, *Diabetologia*, 50(11), 2239-2244,
5. **International Expert Committee** (2009), International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes, *Diabetes Care*, 32(7), 1327-1334,
6. **Khue Thy Nguyen, Binh Thanh Thi Diep và các cộng sự khác** (2019), A cross-sectional study to evaluate diabetes management, control, and complications in 1631 patients with type 2 diabetes mellitus in Vietnam, *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 40(1), 70-79,
7. **Đỗ Đình Tùng, Nguyễn Hồng Loan** (2023), Nghiên cứu thực trạng kiểm soát glucose máu và các yếu tố nguy cơ ở người đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 525(1A), 77-80,
8. **Vũ Thanh Bình, Lê Đức Cường** (2022), Thực trạng kiểm soát Glucose máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ Type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình Năm 2019, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 513(2), 207-211,
9. **Nguyễn Lê Diệu Hiền, Đỗ Thị Thanh Thư** (2024), Tình hình kiểm soát HbA1c và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đà Nẵng, *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế*, 96, 26-32,

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG ỐNG NỘI KHÍ QUẢN CÓ HÚT TRÊN BÓNG CHÈN (ỐNG HILO-EVAC) Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY

Nguyễn Đức Linh¹, Nguyễn Tuấn Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét thực trạng sử dụng ống nội khí quản có hút trên bóng chèn (HiLo-Evac) tại Trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai. **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 105 bệnh nhân được

thở máy qua nội khí quản tại trung tâm Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 9 năm 2023. **Kết quả:** Trong 105 bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ nam/nữ: 2/1, tuổi trung bình: $57,72 \pm 18,64$ với 41% bệnh nhân có tuổi từ 60 đến 80 tuổi. Nguyên nhân thông khí nhân tạo xâm nhập gặp nhiều nhất là viêm phổi với 56,2%. Tỷ lệ sử dụng ống NKQ HiLo-Evac là 28,6%, chủ yếu được sử dụng tại Trung tâm Hồi sức tích cực với 86,7%. Không có sự khác biệt về độ sâu của ống nội khí quản giữa 2 loại, áp lực cuff của ống HiLo-Evac nhỏ hơn ($18,80 \pm 0,761$ so với $19,68 \pm 0,98$, với $p = 0,00$). Tỷ lệ viêm phổi thở máy ở nhóm sử dụng ống HiLo-Evac là thấp hơn (10% so với 40% với $p = 0,002$). Không ghi nhận các biến chứng đáng kể có khác biệt khi sử dụng 2

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Lão khoa Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Linh

Email: nguyendinhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025