

X±SD (pg/ml) (min – max)	2319,15 ± 706,70 (898,55 – 3995,03)	2352,74 ± 673,62 (1459,36 – 3418,94)	1424,24 ± 456,74 (616,69 – 3010,63)	0,85*; <0,001# <0,001*
Tổng	2323,63 ± 2276,23		1424,24 ± 456,74	<0,001

(**Chú thích:** *: so sánh giữa nhóm NMCT cấp có ST chênh lên và không có ST chênh lên. #: so sánh giữa nhóm NMCT cấp có ST chênh lên và nhóm chứng, †: so sánh giữa nhóm NMCT cấp không có ST chênh lên và nhóm chứng).

Không có sự khác biệt về nồng độ OPG giữa nhóm NMCT cấp có ST chênh lên và không có ST chênh lên. Nồng độ OPG trước can thiệp ở nhóm NMCT cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3. Mối liên quan giữa nồng độ OPG với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ OPG ở nhóm bệnh với thời gian nhập viện

Thời gian nhập viện	n (%)	Nồng độ OPG (pg/ml) $\bar{X} \pm SD$	p
≤ 12 giờ	95(70,3%)	2224,13 ± 645,82	0,01
> 12 giờ	40(29,7%)	2559,92 ± 772,69	

70,3% bệnh nhân nhóm bệnh nhập viện sớm (trước 12 giờ) từ khi khởi phát triệu chứng đau ngực. Nồng độ OPG có xu hướng tăng theo thời gian nhập viện. Ở nhóm nhập viện sớm (≤ 12 giờ), nồng độ OPG thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm nhập viện > 12 giờ ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối tương quan giữa nồng độ OPG ở nhóm bệnh với tuổi

Chỉ số	r	p
OPG (pg/ml) với tuổi	0,527	<0,001

OPG có mối tương quan thuận, mức độ mạnh với tuổi ($p < 0,001$).

Bảng 5. Mối tương quan giữa nồng độ OPG ở nhóm bệnh với một số chỉ số xét nghiệm máu

Chỉ số đánh giá	r	p
Troponin I	0,346	<0,001
CK-MB	0,323	<0,001
NT-proBNP	0,337	<0,001
Cholesterol	- 0,168	0,062
Triglycerid	-0,133	0,139
LDL – C	-0,095	0,293
CRP-hs	0,14	0,122

OPG tương quan thuận, mức độ trung bình với Troponin I, CK-MB và NT-proBNP, tương quan yếu với MMP – 2 ($p < 0,001$). Không có sự tương quan giữa OPG với Cholesterol, TG, LDL – C và CRP-hs.

Bảng 6. Mối liên quan giữa nồng độ OPG với đặc điểm tổn thương động mạch vành

Chỉ số đánh giá	Tổn thương 1 nhánh	Tổn thương đa nhánh	p
-----------------	--------------------	---------------------	---

	(n=53)	(n=82)	
OPG (pg/ml) $\bar{X} \pm SD$	2127,53 ±664,49	2450,37 ±696,99	0,008

Bệnh nhân tổn thương đa nhánh động mạch vành có nồng độ OPG cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tổn thương 1 nhánh động mạch vành ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu nồng độ OPG ở 135 bệnh nhân NMCT cấp và 50 bệnh nhân nhóm chứng nhận thấy, nồng độ OPG trung bình ở nhóm NMCT cấp có ST chênh lên và không có ST chênh lên lần lượt là 2319,15 ± 706,7 pg/ml và 2352,74 ± 673,62 pg/ml, trong khi đó nồng độ này ở nhóm chứng là 1424,24 ± 456,74 pg/ml. Nồng độ OPG tại thời điểm nhập viện của nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), không có sự khác biệt về nồng độ OPG giữa nhóm NMCT cấp có ST chênh lên và NMCT không có ST chênh lên. Kết quả trong nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu khác trên thế giới. Omland và cộng sự (2008) nghiên cứu nồng độ OPG ở 897 bệnh nhân mắc hội chứng động mạch cấp nhận thấy tại các thời điểm nhập viện < 12 giờ, 12 – 24 giờ và > 24 giờ, nồng độ OPG lần lượt là 3336 pg/ml, 3061 pg/ml và 3209 pg/ml, sự khác biệt giữa các thời điểm không có ý nghĩa ($p = 0,79$) [1]. Nghiên cứu của Susanne Elisabeth Hosbond và cộng sự (2014) trên 1152 người khỏe mạnh, 493 người nghi ngờ có cơn đau thắt ngực và 160 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp, nồng độ OPG trung bình ở người khỏe mạnh là 1880 ± 590 pg/ml, nhóm mắc bệnh động mạch vành mạn tính là 2410 pg/ml và nhóm NMCT cấp trung bình là 2760 pg/ml, nồng độ OPG tăng có liên quan với mức độ nặng của bệnh động mạch vành ($p = 0,0001$) [5]. Như vậy, bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có nồng độ OPG cao hơn có ý nghĩa so với các bệnh nhân không mắc bệnh động mạch vành.

Đánh giá mối liên quan giữa nồng độ OPG ở nhóm nhập viện sớm (trước 12 gi và nhập viện muộn (sau 12 giờ) nhận thấy bệnh nhân nhập viện sớm có nồng độ OPG thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nhập viện muộn ($p = 0,01$). Khi đánh giá mối tương quan giữa OPG với một số chỉ số xét nghiệm máu, OPG có mối tương quan thuận, mức độ trung bình với cả Troponin I ($r = 0,346$, $p < 0,001$), CK – MB ($r = 0,323$, $p < 0,001$) và NT – proBNP ($r = 0,337$, $p < 0,001$),

không có mối tương quan với các chỉ số Cholesterol, Triglycerid, HDL – C và CRP-hs. Điều này cũng nhận thấy trong nghiên cứu của Omland và cộng sự (2008), OPG tăng có liên quan đến tăng Troponin I ($r = 0,2$), CK – MB, BNP ($r = 0,34$), CRP ($r = 0,29$).

Nghiên cứu nồng độ OPG khi nhập viện so với tuổi, chúng tôi nhận thấy nồng độ OPG có mối tương quan thuận, mức độ mạnh với tuổi ($r = 0,527$, $p < 0,001$). Điều này tương tự so với nghiên cứu của Omland (2007) [6], Susanne Elisabeth Hosbond và cộng sự (2014) [5]. Tăng nồng độ OPG theo tuổi đã được chứng minh qua nghiên cứu của S. Kudlacek và cộng sự ở đối tượng người khỏe mạnh, điều này được giải thích là do OPG liên quan đến quá trình tạo xương và hủy xương trên người. Bình thường, các tế bào hủy xương sản sinh ra một protein có tên là thụ thể hoạt hóa phối tử B (RANKL), RANKL liên kết với một thụ thể trên tế bào hủy xương là RANK, kích thích chúng chuyển hóa thành những tế bào hủy xương hoàn chỉnh. Mối tương tác giữa RANK/RANKL làm tăng mức độ hủy xương. Bên cạnh đó tế bào hủy xương còn sản sinh một protein khác là Osteoprotegerin, OPG lại liên kết với RANKL, ngăn chặn tế bào hủy xương không cho tương tác với RANK, do đó có chức năng làm giảm số tế bào hủy xương. Ở người cao tuổi, việc tăng nồng độ OPG trong máu có tác dụng làm hạn chế quá trình hình thành loãng xương.

So sánh nồng độ OPG ở nhóm bệnh nhân tổn thương 1 nhánh và tổn thương đa nhánh động mạch vành nhận thấy nồng độ OPG khi nhập viện ở nhóm tổn thương đa nhánh cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tổn thương 1 nhánh động mạch vành ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Yves Cottin và cộng sự (2021) ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, nhận thấy nồng độ OPG tăng cao hơn có ý nghĩa ở những bệnh nhân có điểm SYNTAX cao. Nồng độ OPG ≥ 1080 pg/ml dự báo bệnh nhân có điểm SYNTAX cao (trên 20 điểm) [7]. Nghiên cứu của Shuichi Jono và cộng sự (2002) trên 201 bệnh nhân đau ngực ổn định, trong đó có 59 bệnh nhân tổn thương 1 nhánh động mạch vành, 48 bệnh nhân tổn thương 2 nhánh, 33 bệnh nhân tổn thương 3 nhánh và 61

bệnh nhân không có tổn thương động mạch vành. Định lượng nồng độ OPG ở từng nhóm nhận thấy nồng độ OPG tăng có liên quan đến số nhánh động mạch vành bị tổn thương [8]. Như vậy có thể thấy, cả ở bệnh động mạch vành mạn tính và nhồi máu cơ tim cấp, nồng độ OPG huyết thanh tăng có liên quan đến mức độ nặng của tổn thương động mạch vành.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ OPG ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tăng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm đối chứng. Nồng độ OPG ở nhóm nhập viện sớm (≤ 12 giờ) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nhập viện > 12 giờ. OPG có mối tương quan thuận, mức độ mạnh với tuổi, mức độ trung bình với Troponin, CK-MB và NT-proBNP. Bệnh nhân tổn thương đa nhánh động mạch vành có nồng độ OPG cao hơn có ý nghĩa so với nhóm tổn thương 1 nhánh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Omland, T., et al., Circulating osteoprotegerin levels and long-term prognosis in patients with acute coronary syndromes. *J Am Coll Cardiol*, 2008. 51(6): p. 627-33.
2. Crisafulli, A., et al., Serum levels of osteoprotegerin and RANKL in patients with ST elevation acute myocardial infarction. *Clin Sci (Lond)*, 2005. 109(4): p. 389-95.
3. Roysland, R., et al., Osteoprotegerin and cardiovascular mortality in patients with non-ST elevation acute coronary syndromes. *Heart*, 2012. 98(10): p. 786-91.
4. Thygesen, K., et al., Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Circulation*, 2018. 138(20): p. e618-e651.
5. Hosbond, S.E., et al., Can osteoprotegerin be used to identify the presence and severity of coronary artery disease in different clinical settings? *Atherosclerosis*, 2014. 236(2): p. 230-6.
6. Omland, T., et al., Plasma osteoprotegerin levels in the general population: relation to indices of left ventricular structure and function. *Hypertension*, 2007. 49(6): p. 1392-8.
7. Cottin, Y., et al., Association between Serum Osteoprotegerin Levels and Severity of Coronary Artery Disease in Patients with Acute Myocardial Infarction. *J Clin Med*, 2021. 10(19).
8. Jono, S., et al., Serum osteoprotegerin levels are associated with the presence and severity of coronary artery disease. *Circulation*, 2002. 106(10): p. 1192-4.

ĐẶC ĐIỂM HẠ ĐƯỜNG HUYẾT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC CÁI NƯỚC NĂM 2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Nguyễn Thế Tân¹, Trần Văn Nhật²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường típ 2 là tình trạng nguy hiểm, có tỷ lệ ngày càng tăng, gây nhiều biến chứng. Hạ đường huyết, đặc biệt khi hạ đường huyết nặng, dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm và đe dọa tính mạng. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là rất quan trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ hạ đường huyết nặng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Đa khoa Khu Vực Cái Nước năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện trên 266 người bệnh hạ đường huyết tại bệnh viện Đa khoa Khu Vực Cái Nước năm 2024. Các dữ liệu về dịch tễ, tiền sử bệnh, lâm sàng được thu thập và phân tích bằng phần mềm thống kê stata 18.0. **Kết quả:** Tỷ lệ hạ đường huyết nặng là 31,58%. Sau khi phân tích hồi quy logistic các yếu tố như người bệnh là nam giới, điều trị bằng insulin, thời gian mắc bệnh lâu năm có bệnh đồng mắc có liên quan đến tăng nguy cơ hạ đường huyết nặng với OR hiệu chỉnh lần lượt là 1,96; 1,66; 2,18; 2,21. Ngược lại, nhóm tuổi < 60, sống chung với vợ/chồng làm giảm nguy cơ Hạ đường huyết nặng với OR hiệu chỉnh lần lượt là 0,49; 0,48; p đều < 0,05. **Kết luận:** Tỷ lệ hạ đường huyết nặng vẫn còn cao. Các yếu tố nguy cơ cần được kiểm soát nhất là giới nam, lớn tuổi, sống độc thân, điều trị bằng insulin, thời gian mắc bệnh lâu năm và có bệnh đồng mắc... để giảm thiểu biến chứng.

Từ khóa: hạ đường huyết, hạ đường huyết nặng, đái tháo đường típ 2, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HYPOGLYCEMIA AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT CAI NUOC GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a dangerous condition with an increasing prevalence, leading to numerous complications. Severe hypoglycemia, in particular, results in life-threatening complications, making early diagnosis and timely treatment critical. **Objective:** To determine the prevalence of severe hypoglycemia and its associated factors at Cai Nuoc General Hospital in 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 266 patients with hypoglycemia at Cai Nuoc General Hospital in 2024. Data on epidemiology, medical history, and clinical characteristics were collected and analyzed using Stata 18.0 statistical software. **Results:** The prevalence of severe hypoglycemia was 31.58%. Logistic regression analysis identified factors such as male gender, insulin therapy, prolonged disease

duration, and comorbidities as being associated with an increased risk of severe hypoglycemia, with adjusted odds ratios (ORs) of 1.96, 1.66, 2.18, and 2.21, respectively. Conversely, age <60 years and living with a spouse were associated with a reduced risk of severe hypoglycemia, with adjusted ORs of 0.49 and 0.48, respectively (all p < 0.05). **Conclusion:** The prevalence of severe hypoglycemia remains high. Risk factors, particularly male gender, older age, living alone, insulin therapy, prolonged disease duration, and comorbidities, need to be controlled to minimize complications.

Keywords: Hypoglycemia, severe hypoglycemia, type 2 diabetes mellitus, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐT2) đang trở thành một vấn đề sức khỏe ngày càng phổ biến, việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐT2 vô cùng quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng và giảm tỉ lệ tử vong [7]. Hạ đường huyết là một biến chứng thường gặp trong điều trị ĐTĐT2, đặc biệt ở những bệnh nhân sử dụng insulin hoặc các thuốc hạ đường huyết nhóm sulfonylurea [2], [6]. Theo Phạm Thị Hồng hạ đường huyết (HĐH) là một trong những biến chứng cấp tính thường gặp của bệnh ĐTĐT2, làm tăng tỷ lệ tử vong, nguy cơ tái phát và thời gian nằm viện, đồng thời cũng làm tăng chi phí điều trị [3]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Thành An cũng chỉ ra rằng tình trạng hôn mê chiếm tỉ lệ khá cao ở bệnh nhân hạ đường huyết nhập viện [1]. Việc hiểu rõ các yếu tố liên quan đến hạ đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là rất quan trọng để có thể đưa ra các biện pháp phòng ngừa và điều trị hiệu quả. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài "Đặc điểm hạ đường huyết và một số yếu tố liên quan ở người bệnh ĐTĐT2 tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cái Nước năm 2024" với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ hạ đường huyết nặng ở người bệnh ĐTĐT2 tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cái Nước năm 2024

2. Đánh giá mối liên hệ giữa các yếu tố như dịch tễ, tiền sử bệnh, gia đình ở người bệnh ĐTĐT2 tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cái Nước năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 và có xét nghiệm glucose máu $\leq 3,9$ mmol/l điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Khu Vực Cái Nước năm 2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Người bệnh và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu;

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Đa khoa Khu vực Cái Nước

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

+ Người bệnh có mắc các bệnh lý tâm thần, mắc các bệnh lý cấp tính nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: lấy trọn mẫu từ tháng 01/2024 đến tháng 12 năm 2024

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, khảo sát người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Chẩn đoán hạ đường huyết dựa theo tam chứng Whipple (đường huyết $\leq 3,9$ mmol/l; có triệu chứng lâm sàng của hạ đường huyết; đáp ứng tốt với điều trị hạ đường huyết).

+ Phân loại mức độ HĐH: hạ đường huyết: nồng độ đường máu $\leq 3,9$ mmol/l và hạ đường huyết nặng: hạ đường huyết liên quan đến suy giảm nhận thức nghiêm trọng cần hỗ trợ bên ngoài.

+ Đặc điểm mẫu nghiên cứu và các yếu tố liên quan: địa chỉ, giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể, có vợ/chồng hay độc thân, bệnh đồng mắc kèm theo; phương pháp điều trị: thuốc viên hay tiêm insulin; tiền sử bệnh: thời gian mắc bệnh.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.02 và thống kê số liệu bằng phần mềm STATA 18.0; Đo lường mối liên quan bằng chỉ số OR, phân tích đa biến bằng hồi quy logistic, các thống kê có ý nghĩa khi giá trị $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Địa chỉ		
Nông thôn	189	71,05
Thành thị	77	28,95
Giới tính		
Nam	93	34,96

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố của trẻ và sỏi có biến chứng

Đặc điểm	Hạ đường huyết nặng		OR [KTC95%]	p	OR _{HC} [KTC95%]	p*
	Có	Không				
Địa chỉ						
Nông thôn	64(33,86)	125(66,14)	-	0,209	-	-
Thành thị	20(25,97)	57(74,03)				
Giới tính						
Nam	38(40,86)	55(59,14)	1,91	0,01	1,96 (1,02-4,16)	0,01
Nữ	46(26,59)	127(73,41)	(1,08-3,36)			
Nhóm tuổi						
≤60	30(24,59)	92(75,41)	0,54	0,02	0,49 (0,24-0,87)	0,01
>60	54(37,50)	90(62,50)	(0,31-0,95)			
BMI						
<18,5	10(28,57)	25(71,43)	-	0,73	-	-

Nữ	173	65,04
Nhóm tuổi		
≤ 60	122	45,86
> 60	144	54,13
BMI		
$< 18,5$	35	13,16
18,5 đến < 23	149	56,01
≥ 23	82	30,83
Sống với vợ/chồng		
Có	181	68,04
Không	85	31,96
Phương pháp điều trị		
Tiêm insulin	159	59,78
Thuốc uống	107	40,22
Thời gian mắc bệnh (năm)		
≤ 10	178	66,91
> 10	88	33,09
Bệnh đồng mắc		
Có	205	77,06
Không	61	22,94

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là phụ nữ giới (65,04%), sống ở nông thôn (71,05%), sống chung với vợ/chồng (68,04%) và 77,06% người bệnh có bệnh kèm theo.

3.2. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng

Hạ đường huyết nặng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	84	31,58
Không	182	68,42
Tổng	266	100

Nhận xét: Tỷ lệ HĐH nặng là 31,58% với 84 người bệnh trong tổng số 266 người bệnh được nghiên cứu.

3.2.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố của trẻ mắc sỏi có biến chứng

18,5 đến <23	50(33,56)	99(66,44)				
≥23	24(29,27)	58(70,73)				
Sống với vợ/chồng						
Có	47(25,97)	134(74,03)	0,45	0,004	0,48	0,01
Không	37(43,53)	48(56,47)	(0,25-0,81)		(0,22-0,93)	
Phương pháp điều trị						
Tiêm insulin	58(36,48)	101(63,52)	1,79	0,03	1,66	0,03
Uống thuốc	26(24,30)	81(75,70)	(1,01-3,23)		(1,08-3,84)	
Thời gian mắc bệnh (năm)						
≤ 10	46(25,84)	132(74,16)	2,18	0,004	2,24	0,006
> 10	38(43,18)	50(56,82)	(1,22-3,86)		(1,16-3,98)	
Bệnh đồng mắc						
Có	72(35,12)	133(64,88)	2,21	0,02	2,03	0,02
Không	12(19,67)	49(80,33)	(1,07-4,85)		(1,12-4,97)	

p*: giá trị p sau khi phân tích hồi quy đa biến; OR_{HC}: giá trị tỷ số chênh sau khi phân tích hồi quy đa biến.

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố làm giảm chênh lệch HbA_{1c} nặng là tuổi dưới 60, sống chung với vợ hoặc chồng; yếu tố làm tăng chênh lệch HbA_{1c} nặng là người bệnh nam giới, tiêm insulin, thời gian mắc bệnh > 10 năm, có bệnh đồng mắc, với p đều <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu. Qua nghiên cứu 266 người bệnh HbA_{1c} tại BVĐKKV Cái Nước năm 2024 chúng tôi thu được kết quả như sau: đa số bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn (71,05%), điều này có thể liên quan đến sự phân bố dân cư. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh (65,04%) cao hơn nam giới (34,96%), phù hợp với xu hướng chung của bệnh đái tháo đường típ 2 [4]. Hơn một nửa số bệnh nhân (54,13%) trên 60 tuổi, phản ánh đây là bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi. Về chỉ số BMI, phần lớn bệnh nhân có BMI từ 18,5 đến dưới 23 (56,01%). Tuy nhiên, tỷ lệ thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23) cũng đáng kể (30,83%). Đa số bệnh nhân sống với vợ/chồng (68,04%), yếu tố có thể ảnh hưởng đến sự hỗ trợ trong điều trị [7]. Về phương pháp điều trị, số lượng bệnh nhân điều trị bằng insulin (59,78%) cao hơn so với thuốc uống (40,22%), có thể phản ánh tình trạng bệnh nặng hơn [2]. Người bệnh có thời gian mắc bệnh dưới 10 năm (66,91%), nhưng cũng có một tỷ lệ đáng kể mắc bệnh trên 10 năm (33,09%), nhóm có nguy cơ biến chứng cao hơn. Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân có bệnh đồng mắc rất cao (77,06%), cho thấy gánh nặng bệnh tật đáng kể.

4.2. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng và các yếu tố liên quan

4.2.1. Tỷ lệ người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ

bệnh nhân có (HbA_{1c} nặng) là 31,58%, điều này cho thấy hạ đường huyết nặng là một vấn đề đáng quan tâm ở bệnh nhân đái tháo đường. Một nghiên cứu khác tại Bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy tỷ lệ HbA_{1c} nặng phải nhập viện điều trị là 2,9% [2]. Sự khác biệt về tỷ lệ này có thể do sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu, tiêu chuẩn chẩn đoán HbA_{1c} nặng và thời gian theo dõi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lưu (2020) cho thấy 25,4% bệnh nhân có tiền sử HbA_{1c} nặng [5]. Nghiên cứu của Võ Tuấn Khoa cho thấy 58% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú gặp tình trạng hạ đường huyết [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Thành An cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do HbA_{1c} chiếm 8,2% tổng số bệnh nhân đái tháo đường típ 2 nhập viện [1]. Kết quả cho thấy cần có các biện pháp can thiệp phù hợp để giảm thiểu nguy cơ HbA_{1c} nặng ở bệnh nhân đái tháo đường.

4.2.2. Mối liên quan giữa các yếu tố và người bệnh ĐTĐT2 hạ đường huyết nặng

a. Các yếu tố dịch tễ. Nghiên cứu cho thấy HbA_{1c} nặng là một vấn đề đáng quan tâm ở bệnh nhân đái tháo đường, với tỷ lệ 31,58%. Tỷ lệ HbA_{1c} nặng ở nông thôn là 33,86% và ở thành thị là 25,97%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p=0,209). Tương tự, tỷ lệ HbA_{1c} nặng ở nam là 40,86% và ở nữ là 26,59%. Với OR=1,91 (KTC 95%: 1,08-3,36; p=0,01), cho thấy nam giới có nguy cơ HbA_{1c} nặng cao hơn so với nữ giới. Điều này trái ngược với nghiên cứu của Nguyễn Thành An cho thấy tỷ lệ nữ giới nhập viện do HbA_{1c} cao hơn nam giới [1]. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nghiên cứu của Nguyễn Thành An tập trung vào bệnh nhân nhập viện do HbA_{1c}, trong khi nghiên cứu này xem xét HbA_{1c} nặng nói chung. Một nghiên cứu khác của Lưu Thúy Quỳnh thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 lại cho thấy tỷ lệ nam giới bị HbA_{1c} cao hơn (56,1%) [6]. Sự khác biệt có thể do dân số khác nhau.