

năng tổng hợp albumin của cơ thể.⁷ Nồng độ albumin thấp đã được chứng minh có liên quan đến tỷ lệ tử vong của trẻ nhập viện, đặc biệt là ở những trẻ mắc bệnh lý nặng. Theo đó, việc tăng 1,0 g/dL albumin huyết thanh khi nhập viện có thể giảm 73% nguy cơ tử vong, cũng như tăng 33% khả năng xuất viện.⁸ Điều này cũng phần nào lý giải nhóm trẻ SDD trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện kéo dài hơn. Tình trạng thiếu hụt dinh dưỡng làm suy yếu hệ miễn dịch, khiến trẻ khó đáp ứng với điều trị và dễ mắc thêm các nhiễm trùng thứ phát, từ đó kéo dài thời gian nằm viện.

Nhiều nghiên cứu đã cho thấy mối liên quan giữa tuổi mẹ và tuần thai khi sinh với TTDD của trẻ. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt có YNTK. Một trong những hạn chế có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để phát hiện các mối liên quan này. Do đó, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế chuyển sâu hơn để đánh giá chính xác ảnh hưởng của các yếu tố này.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 177 cặp trẻ và bà mẹ tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trẻ SDD thể gầy còm là 9.6%, tỷ lệ trẻ nhẹ cân là 18.1%, tỷ lệ trẻ thấp còi là 21.5%. Tỷ lệ trẻ SDD theo SGNA là 33.3%. Những trẻ có cân nặng khi sinh thấp, trình độ học vấn của bà mẹ thấp, bà mẹ tăng cân trong thai kỳ ít hơn KN có nguy cơ SDD cao hơn những trẻ khác. Trẻ bị SDD có nồng độ albumin huyết thanh thấp hơn nhóm trẻ không SDD và có xu

hướng nằm viện dài ngày hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn, V. H., H., T. V.** Thực trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan ở trẻ suy dinh dưỡng thể nhẹ cân tại tỉnh Hậu Giang năm 2019 - 2020 | Tạp chí Y học Dự phòng. TC YHDP 2024, 33, 330-337.
2. **Phạm Minh Thúc, N. T. H. L.; Nguyễn Minh Ngọc, P. T. V. H.; Nguyễn Hoàng Huyền My.** Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ từ 06- 59 tháng tuổi được chẩn đoán viêm phổi điều trị nội trú tại Khoa hô hấp nhi Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn năm 2023-2024. VMJ 2024, 543.
3. **Souliyakane, A. T. Y., N.; Thị Phương Mai Chu, H. T. L.** Tình trạng dinh dưỡng ở trẻ 6 tháng đến 5 tuổi tại phòng khám dinh dưỡng Bệnh viện nhi Trung Ương. VMJ 2021, 507.
4. **Trần Lê Hồng Giang, L. Q. V.** Thực trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ dưới 5 tuổi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Cam Ranh. VMJ 2023, 530.
5. **Thị Ngọc Tran LE, Q. T. V.** Thực trạng dinh dưỡng bệnh nhân nhi 6-60 tháng tuổi tại khoa nhi Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm 2017, 13, 22-29.
6. **Văn Hùng Phạm, D. T. N.** Thực trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Chí Minh, Tứ Kỳ, Hải Dương. VMJ 2022, 516.
7. **Gamit, A.; Khubchandani, A.; Gamit, M.; Parmar, U.; Adarsh, A.; Gaadhe, P.** A Study of Serum Total Protein, Serum Albumin and Thyroid Hormones in Protein-Energy Malnutrition in Children. Int. J. Med. Sci. Public Health 2017, 6 (2), 1.
8. **Leite H. P.; Rodrigues da Silva A. V.; de Oliveira Iglesias S. B.; Koch Nogueira P. C.** Serum Albumin Is an Independent Predictor of Clinical Outcomes in Critically Ill Children*. Pediatr. Crit. Care Med. 2016, 17 (2), e50.

MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ TIÊM INSULIN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TIẾT - ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đỗ Thị Hiền¹, Lê Quang Toàn², Nguyễn Khoa Diệu Vân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường typ 2 có tiêm insulin điều trị tại Khoa Nội tiết - Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt

ngang, tiến cứu trên 120 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đang điều trị bằng tiêm insulin vào viện vì hạ đường huyết hoặc bị hạ đường huyết khi đang điều trị nội trú tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $69,23 \pm 11,13$, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 83,3%. Nam giới chiếm 65,8%. Hạ đường huyết có triệu chứng thần kinh trung ương chiếm 33,3%, thần kinh thực vật 12,5%, không triệu chứng 21,7%. Glucose máu trung bình khi hạ đường huyết là $2,43 \pm 0,99$ mmol/l. HbA1c trung bình là $8,33 \pm 2,18\%$; 71,7% bệnh nhân có HbA1c $\geq 7\%$; 91,2% trường hợp hạ đường huyết mức độ nặng ở nhóm bệnh nhân có HbA1c $< 7\%$. Hạ đường huyết ngoài bệnh viện nặng hơn có ý nghĩa thống kê so với trong

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Hiền

Email: dohien23081997@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

bệnh viện ($p < 0,05$). **Kết luận:** Hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường typ 2 có tiêm insulin là biến chứng thường gặp và nguy hiểm, đặc biệt ở người cao tuổi, kiểm soát đường huyết kém. Cần cá thể hóa mục tiêu điều trị, theo dõi sát đường huyết, điều chỉnh liều insulin hợp lý và giáo dục bệnh nhân nhằm hạn chế biến cố và tử vong liên quan đến hạ đường huyết. **Từ khóa:** Hạ đường huyết, đái tháo đường typ 2, insulin

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF HYPOGLYCEMIA IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS TREATED WITH INSULIN AT THE DEPARTMENT OF ENDOCRINOLOGY – DIABETES, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of hypoglycemia in type 2 diabetic patients treated with insulin at the Department of Endocrinology – Diabetes, Bach Mai Hospital.

Subjects and Methods: A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 120 type 2 diabetic patients treated with insulin who were admitted due to hypoglycemia or experienced hypoglycemia during hospitalization at the Department of Endocrinology – Diabetes, Bach Mai Hospital from July 2024 to July 2025. **Results:** The average age was 69.23 ± 11.13 years, with 83.3% of patients aged ≥ 60 years. Male patients accounted for 65.8%. Hypoglycemia with central nervous system symptoms was observed in 33.3% of cases, autonomic symptoms in 12.5%, and asymptomatic episodes in 21.7%. The mean blood glucose level during hypoglycemia was 2.43 ± 0.99 mmol/L. The mean HbA1c was $8.33 \pm 2.18\%$, with 71.7% of patients having HbA1c $\geq 7\%$; 91.2% of severe hypoglycemic episodes occurred in the group with HbA1c $< 7\%$. Out-of-hospital hypoglycemia was significantly more severe than in-hospital hypoglycemia ($p < 0.05$).

Conclusion: Hypoglycemia in patients with type 2 diabetes treated with insulin is a common and potentially life-threatening complication, especially in elderly patients and those with poor glycemic control. It is essential to individualize treatment goals, closely monitor blood glucose levels, appropriately adjust insulin doses, and provide patient education to reduce hypoglycemic events and related mortality.

Keywords: Hypoglycemia, type 2 diabetes, insulin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ đường huyết (HĐH) là một biến chứng nguy hiểm và hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ). Thống kê của ADA cho thấy số bệnh nhân ĐTĐ tử vong hàng năm do hạ đường huyết là 2-4% và có ít nhất 50% bệnh nhân ĐTĐ bị hạ đường huyết trong quá trình điều trị.¹ HĐH có thể gây ra các hậu quả nghiêm trọng như suy giảm nhận thức,² chấn thương do té ngã,³ các biến cố tim mạch (nhồi máu cơ tim, suy tim cấp, rối loạn nhịp thất).⁴ HĐH có thể dẫn tới tử vong

nhau chóng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời, đặc biệt đối với những bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử bệnh tim mạch, hoặc với bệnh nhân suy gan, suy thận.⁵

Trong các thể đái tháo đường thì ĐTĐ typ 2 chiếm tỷ lệ trên 90%. Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 thường được chỉ định dùng insulin để kiểm soát đường huyết trong trường hợp tăng đường huyết nặng, rối loạn chuyển hóa, có bệnh lý cấp tính, bệnh nhân không đáp ứng với thuốc viên hạ đường huyết... Mặc dù insulin giúp kiểm soát đường huyết tốt nhất nhưng lại có tác dụng phụ gây hạ đường huyết nhiều nhất. Tỷ lệ hạ đường huyết tăng theo thời gian khi bệnh nhân tiến đến giai đoạn cuối của tình trạng thiếu hụt insulin trong ĐTĐ typ 2. Trong một nghiên cứu quan sát toàn cầu, tỷ lệ hạ đường huyết nghiêm trọng ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 được điều trị bằng insulin là 2,5 biến cố mỗi người/năm.⁶ Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường typ 2 có tiêm insulin để có những cảnh giác lâm sàng giúp phát hiện và xử trí bệnh kịp thời.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 120 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đang điều trị bằng tiêm insulin vào viện vì hạ đường huyết hoặc bị hạ đường huyết khi đang điều trị nội trú tại khoa Nội tiết – Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo ADA 2023⁷, đang điều trị bằng tiêm insulin.

- Bệnh nhân được chẩn đoán HĐH theo tiêu chuẩn của ADA 2024⁸: Đường huyết $< 3,9$ mmol/L (< 70 mg/dl).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Phụ nữ có thai.
- Bệnh nhân hôn mê mà không phải do hạ đường huyết.
- Bệnh nhân có bệnh lý cấp tính nặng.
- Bệnh nhân điều trị bằng insulin truyền tĩnh mạch, insulin pump.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025, tại Khoa Nội tiết – Đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3.3. Phương pháp và công cụ thu thập thông tin: Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất

- * Đặc điểm chung: Giới tính, tuổi.
- * Đặc điểm lâm sàng HĐH:
 - Hoàn cảnh xuất hiện HĐH: ngoài bệnh viện, trong bệnh viện
 - Triệu chứng lâm sàng HĐH:
 - + Không có triệu chứng.
 - + Triệu chứng thần kinh thực vật: Tim đập nhanh, vã mồ hôi, cảm giác đói, buồn nôn, hồi hộp, lo lắng, run tay chân.
 - + Triệu chứng thần kinh trung ương: Đau đầu, chóng mặt, mệt mỏi, nhìn mờ, kích động, rối loạn hành vi, lơ mơ, ngủ gà, co giật, hôn mê.
 - Phân loại mức độ HĐH theo ADA 2024⁸:
 - + Mức độ 1: Đường huyết < 3,9 mmol/L và ≥ 3,0 mmol/L.
 - + Mức độ 2: Đường huyết < 3,0 mmol/L.
 - + Mức độ 3: HĐH có rối loạn ý thức cần được hỗ trợ điều trị, bất kể mức glucose.
- * Đặc điểm cận lâm sàng HĐH:
 - Glucose máu
 - HbA1c và phân loại mức độ kiểm soát HbA1c theo ADA 2024⁸:
 - + HbA1c < 7%: kiểm soát chặt
 - + HbA1c ≥ 7 %: kiểm soát chưa đạt

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập dữ liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả nên không có bất kỳ can thiệp nào đến đối tượng nghiên cứu. Thống kê dữ liệu nghiên cứu một cách trung thực và khoa học. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cộng đồng, không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025, chúng tôi lựa chọn được 120 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu. Trong đó có 77 bệnh nhân (64,2%) vào viện vì hạ đường huyết và 43 bệnh nhân (35,8%) bị hạ đường huyết khi đang điều trị nội trú tại bệnh viện.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về giới tính, tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	P
Giới tính	Nam	79	65,8	0,001
	Nữ	41	34,2	
Tuổi	< 45 tuổi	3	2,5	0,000

45-59 tuổi	17	14,2
≥ 60 tuổi	100	83,3
Tuổi trung bình	69,23 ± 11,13	

Nhận xét: Tỷ lệ nam chiếm 65,8% và nữ chiếm 34,2%; Tỷ lệ nam : nữ là 1,9:1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 69,23 ± 11,13 (thấp nhất là 39 tuổi, cao nhất là 92 tuổi); Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm ≥ 60 tuổi (83,3%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là nhóm < 45 tuổi (2,5%); Sự khác biệt về tỷ lệ giữa 3 nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p = 0,000 < 0,05.

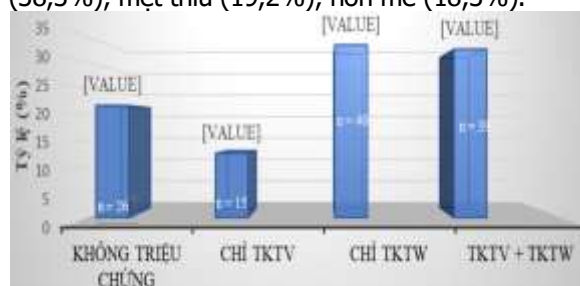
3.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng HĐH

Bảng 3.2. Triệu chứng TKTV, TKTW của đối tượng nghiên cứu (n=120)

Triệu chứng TKTV	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vã mồ hôi	38	31,7
Run tay chân	30	25,0
Cảm giác đói	10	8,3
Tim đập nhanh	8	6,7
Hồi hộp, lo lắng	4	3,3
Buồn nôn	2	1,7
Triệu chứng TKTW	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lơ mơ, ngủ gà	46	38,3
Mệt mỏi	23	19,2
Hôn mê	22	18,3
Kích động, rối loạn hành vi	7	5,8
Chóng mặt	7	5,8
Nhìn mờ	5	4,2
Co giật	3	2,5
Đau đầu	2	1,7

Nhận xét: Các triệu chứng TKTV thường gặp là vã mồ hôi (31,7%), run tay chân (25,0%). Các triệu chứng TKTW hay gặp là lơ mơ, ngủ gà (38,3%), mệt mỏi (19,2%), hôn mê (18,3%).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm lâm sàng theo nhóm triệu chứng HĐH

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân HĐH có triệu chứng thần kinh trung ương (TKTW) cao nhất (33,3%), tỷ lệ bệnh nhân HĐH có triệu chứng thần kinh thực vật (TKTV) thấp nhất (12,5%). Có

21,7% bệnh nhân HDH không có triệu chứng.

3.2.2. Mức độ HDH

Bảng 3.3. Mức độ HDH của đối tượng nghiên cứu

Địa điểm Mức độ	Ngoài bệnh viện		Trong bệnh viện		p
	n	%	n	%	
Mức độ 1	6	7,8	38	88,3	0,000
Mức độ 2	2	2,6	2	4,7	
Mức độ 3	69	89,6	3	7,0	
Tổng	77	100	43	100	

Nhận xét: HDH ngoài bệnh viện, mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao (89,6%). Ngược lại phần lớn HDH trong bệnh viện ở mức độ nhẹ (88,3%). Sự khác biệt về mức độ HDH của HDH ngoài bệnh viện và trong bệnh viện có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Nồng độ glucose máu và HbA1c tại thời điểm HDH

Biến số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	p
Glucose máu (mmol/l)		2,43 ± 0,99		
HbA1c (%)	<7	34	28,3	0,000
	≥7	86	71,7	
	Trung bình	8,33 ± 2,18		

Nhận xét: Nồng độ glucose máu trung bình tại thời điểm HDH của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 2,43 ± 0,99 mmol/l (thấp nhất là 0,5 mmol/l, cao nhất là 3,8 mmol/l). Nồng độ HbA1c trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 8,33 ± 2,18% (thấp nhất là 4,8%, cao nhất là 17,0%); Tỷ lệ HDH ở nhóm kiểm soát được đường huyết (HbA1c < 7%) là 28,3%, ở nhóm chưa kiểm soát được đường huyết (HbA1c ≥ 7%) là 71,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$.

Bảng 3.5. So sánh về mức độ HDH giữa các phân nhóm HbA1c

Phân nhóm Mức độ	HbA1c <7		HbA1c ≥7		p
	n	%	n	%	
Mức độ 1	3	8,8	41	47,7	0,000
Mức độ 2	0	0,0	4	4,7	
Mức độ 3	31	91,2	41	47,7	

Nhận xét: Ở nhóm HbA1c < 7%, phần lớn bệnh nhân gặp HDH mức độ nặng (91,2%), trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm HbA1c ≥ 7% là 47,7%. Ngược lại, tỷ lệ bệnh nhân gặp HDH mức độ nhẹ ở nhóm HbA1c ≥ 7% cao hơn đáng kể (47,7%) so với nhóm HbA1c < 7% (8,8%). Sự khác biệt về mức độ hạ đường huyết giữa hai nhóm HbA1c < 7% và HbA1c ≥ 7% có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam : nữ là 1,9 : 1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001 < 0,05$. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đó tại châu Á. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 69,23 ± 11,13 tuổi, trong đó chủ yếu là người cao tuổi (83,3% bệnh nhân ≥ 60 tuổi). Kết quả này cao hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Lê Thị Mai Hương (2019) tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương với tỷ lệ người cao tuổi là 67,2%. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu là bệnh nhân nặng nhập viện vì hạ đường huyết, thường là người cao tuổi có nhiều bệnh lý nền. Tuổi cao đi kèm suy giảm chức năng gan, thận, chế độ ăn uống không ổn định, đồng thời suy giảm chức năng thần kinh giao cảm và giảm đáp ứng hormon chống hạ đường huyết (glucagon, adrenalin), khiến người cao tuổi mất cảm nhận triệu chứng và dễ mắc HDH nặng. Điều này cho thấy cần tăng cường giám sát và điều chỉnh điều trị cá thể hóa ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi.

Các triệu chứng TKTW thường gặp là vã mồ hôi (31,7%), run tay chân (25,0%). Các triệu chứng TKTW hay gặp là lơ mơ, ngủ gà (38,3%), mệt mỏi (19,2%), hôn mê (18,3%). Tỷ lệ biểu hiện thần kinh trung ương như lơ mơ, ngủ gà, hôn mê ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Anh (2016) tại Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng chỉ ghi nhận 18,2%. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai đến viện trong tình trạng nặng hơn, có thể do tự xử trí thất bại tại nhà hoặc được phát hiện muộn. Đáng chú ý, có tới 21,7% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng khi xảy ra HDH, thể hiện hiện tượng mất nhận biết HDH. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của UK Hypoglycemia Study Group (2007), trong đó ghi nhận tần suất HDH không triệu chứng tăng ở bệnh nhân cao tuổi và những người từng có HDH tái phát. Cryer PE (2016) cũng nhấn mạnh rằng mất nhận biết triệu chứng là yếu tố làm tăng nguy cơ HDH nặng và tử vong do không được xử trí kịp thời. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá định kỳ khả năng nhận biết HDH, nhất là ở người cao tuổi hoặc người có tiền sử HDH.

So sánh về mức độ HDH giữa hai nhóm bệnh nhân bị HDH ngoài bệnh viện và trong bệnh viện cho thấy: 89,6% trường hợp HDH ngoài bệnh viện ở mức độ nặng, trong khi đó 88,3% các trường hợp HDH trong bệnh viện ở mức độ nhẹ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p =$

0,000 < 0,05. Điều này chứng tỏ khả năng phát hiện HĐH tại nhà còn kém, thường chỉ khi bệnh nhân có triệu chứng HĐH rõ mới đưa vào bệnh viện hoặc bệnh nhân tự điều trị tại nhà, để các cơn HĐH tái phát nhiều lần mới đến viện. Mặt khác, điều này còn chứng tỏ vai trò quan trọng của giám sát y tế và phát hiện sớm HĐH trong môi trường điều trị nội trú. Khunti et al. (2016), trong nghiên cứu HAT (Hypoglycemia Assessment Tool) toàn cầu cũng ghi nhận tỷ lệ HĐH nặng cao hơn rõ rệt ở nhóm bệnh nhân tự theo dõi tại nhà.

Glucose máu trung bình tại thời điểm HĐH là $2,43 \pm 0,99$ mmol/l (thấp nhất là 0,5 mmol/l, cao nhất là 3,8 mmol/l), thấp hơn nghiên cứu của Yang et al. (2015) tại Trung Quốc (trung bình $2,9 \pm 0,5$ mmol/l), điều này cho thấy thời điểm phát hiện và xử trí HĐH của các đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai thường chậm hơn, bệnh nhân thường đến viện khi đã có biến chứng. Đây là ngưỡng đường huyết có thể gây tổn thương chức năng thần kinh, đặc biệt khi kéo dài. Một lần nữa điều này làm nổi bật nguy cơ ở nhóm không có triệu chứng, dễ bị chậm trễ trong xử trí.

Về chỉ số HbA1c, giá trị trung bình ghi nhận là $8,33 \pm 2,18\%$, trong đó 71,7% bệnh nhân có HbA1c $\geq 7\%$ và ở nhóm này tỷ lệ HĐH mức độ nặng lên tới 47,7%. Điều này phản ánh một thực trạng là phần lớn người bệnh trong nghiên cứu chưa kiểm soát tốt đường huyết lâu dài. HbA1c cao đồng nghĩa với tình trạng tăng glucose máu kéo dài và biến động lớn, góp phần làm tăng nguy cơ HĐH khi có các yếu tố khởi phát như bỏ bữa, tăng liều insulin hoặc suy giảm chức năng gan thận. Kết quả nghiên cứu phù hợp với báo cáo của Li et al. (2017) tại Trung Quốc, trong đó nguy cơ HĐH tăng gấp đôi ở nhóm có HbA1c > 8%. Mặt khác, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 28,3% bệnh nhân HĐH có HbA1c < 7% và phần lớn nhóm này là HĐH mức độ nặng (91,2%), tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu ADVANCE (Patel et al., NEJM 2008) chỉ ghi nhận tỷ lệ hạ đường huyết nghiêm trọng ở nhóm HbA1c < 6,5% là 16,8%. Sự khác biệt này cho thấy tại Việt Nam, việc cá thể hóa mục tiêu HbA1c chưa được thực hiện đầy đủ, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh phối hợp. Việc duy trì HbA1c thấp, đặc biệt < 7%, thường phản ánh tình trạng kiểm soát đường huyết chặt, song cũng kéo theo nguy cơ dao động đường huyết và hạ đường huyết nghiêm trọng nếu bệnh nhân

không được theo dõi sát hoặc không được điều chỉnh liều insulin hợp lý.

V. KẾT LUẬN

HĐH là một biến chứng thường gặp và nguy hiểm ở người bệnh ĐTĐ typ 2 có tiềm insulin, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. Các biểu hiện lâm sàng thường liên quan đến rối loạn ý thức, trong đó một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân không có triệu chứng cảnh báo, gây khó khăn trong phát hiện và xử trí bệnh kịp thời. Glucose máu thấp, mức HbA1c cao hoặc HbA1c mục tiêu quá thấp đều có mối liên quan với mức độ nặng của HĐH. Do đó, việc cá thể hóa mục tiêu điều trị, theo dõi sát đường huyết, điều chỉnh liều insulin hợp lý và tăng cường giáo dục bệnh nhân về nhận biết sớm các triệu chứng và cách xử trí HĐH là những biện pháp cần thiết nhằm giảm thiểu biến chứng và nguy cơ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cryer PE, Davis SN, Shamooh H.** Hypoglycemia in diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26(6): 1902-1912. doi:10.2337/diacare.26.6.1902
2. **Li W, Huang E, Gao S.** Type 1 Diabetes Mellitus and Cognitive Impairments: A Systematic Review. *J Alzheimers Dis JAD*. 2017;57(1):29-36. doi: 10.3233/JAD-161250
3. **Hidayat K, Fang QL, Shi BM, Qin LQ.** Influence of glycemic control and hypoglycemia on the risk of fracture in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. 2021;32(9):1693-1704. doi:10.1007/s00198-021-05934-2
4. **International Hypoglycaemia Study Group.** Hypoglycaemia, cardiovascular disease, and mortality in diabetes: epidemiology, pathogenesis, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2019;7(5): 385-396. doi:10.1016/S2213-8587(18)30315-2
5. **Đỗ Trung Quân.** Hạ đường huyết và điều trị. Bệnh nội tiết chuyên hóa. Nhà xuất bản Y học; 2011
6. **Khunti K, Alsifri S, Aronson R, et al.** Rates and predictors of hypoglycaemia in 27 585 people from 24 countries with insulin-treated type 1 and type 2 diabetes: the global HAT study. *Diabetes Obes Metab*. 2016;18(9): 907-915. doi:10.1111/dom.12689
7. **ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al.** Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1):S19-S40. doi:10.2337/dc23-S002
8. **American Diabetes Association Professional Practice Committee.** Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S111-S125. doi:10.2337/dc24-S006

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM VÀ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM ĐÔNG MÁU CỦA CÁC TRƯỜNG HỢP THAI CHẾT LƯU SAU 24 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2023

Đỗ Tuấn Đạt^{1,2}, Vũ Thị Kim Ngân¹, Hoàng Văn Đức¹

TÓM TẮT

Theo báo cáo năm 2021 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), ước tính có khoảng 2 triệu ca thai chết lưu xảy ra trên toàn thế giới mỗi năm, tương đương với cứ 16 giây lại có 1 ca thai chết lưu. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm siêu âm và kết quả xét nghiệm đông máu của các trường hợp thai chết lưu sau 24 tuần tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 120 thai phụ có chẩn đoán thai chết lưu trong tử cung có tuổi thai sau 24 tuần đến điều trị tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $30,7 \pm 6,2$ tuổi. Tuổi thai chết lưu trung bình là $30,6 \pm 5,2$ tuần. Đặc điểm siêu âm thai thấy tỷ lệ thai bất thường là 8,3%, chồng khớp sọ (45%) và cột sống gấp khúc (15%), bất thường bánh rau (12,5%) và bất thường thể tích nước là 12,5%. Tỷ lệ giảm fibrinogen < 2g/l của các thai phụ là 9%, tỷ lệ thai phụ có chỉ số Prothrombin (PT%) < 70% là 9,2%, APTT kéo dài > 35s (9,2%) và thời gian PT (s) kéo dài > 13s (5,8%) và có sự khác biệt về chỉ số APTT giữa các nhóm tuổi thai ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các dấu hiệu thai và phần phụ của thai trên siêu âm là dấu hiệu quan trọng giúp chẩn đoán thai chết lưu và gợi ý một số nguyên nhân tiềm ẩn. Bên cạnh đó, việc xét nghiệm các chỉ số đông máu cơ bản là rất cần thiết với các thai phụ có TCL để kịp thời phát hiện tình trạng rối loạn đông máu. **Từ khóa:** thai chết lưu, mất cử động thai, thiếu ối.

SUMMARY

ULTRASOUND CHARACTERISTICS AND COAGULATION TEST RESULTS OF STILLBIRTHS AFTER 24 WEEKS OF GESTATION AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

According to the 2021 report by the World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF), it is estimated that approximately 2 million stillbirths occur globally each year, equivalent to one stillbirth every 16 seconds. **Objective:** To describe ultrasound characteristics and coagulation test results of stillbirths occurring after 24 weeks of gestation at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital in 2023. **Materials and Methods:** This was a

retrospective descriptive study conducted on 120 pregnant women diagnosed with intrauterine fetal demise at ≥ 24 week's gestation who were managed at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2023, to December 31, 2023. **Results:** The average maternal age in the study population was 30.7 ± 6.2 years. The mean gestational age at stillbirth was 30.6 ± 5.2 weeks. Fetal ultrasound findings showed an abnormal fetus rate of 8.3%, cranial bone overlapping (45%), spinal angulation (15%), placental abnormalities (12.5%), and abnormal amniotic fluid volume (12.5%). The proportion of pregnant women with fibrinogen levels < 2 g/L was 9%; those with Prothrombin Index (PT%) < 70% was 9.2%; prolonged Activated Partial Thromboplastin Time (APTT) > 35 s was 9.2%; and prolonged Prothrombin Time (PT) > 13 s was 5.8%. There was a statistically significant difference in APTT values among gestational age groups ($p < 0.05$). **Conclusion:** Fetal and adnexal ultrasound findings are crucial indicators for diagnosing stillbirth and may suggest potential underlying causes. In addition, performing basic coagulation profile testing is essential in pregnant women with stillbirth to promptly detect coagulation disorders. **Keywords:** stillbirth, decreased fetal movements, oligohydramnios.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai sống trong tử cung mặc dù được người mẹ bảo vệ nhưng thai vẫn có thể chết ở bất kỳ thời điểm nào. Định nghĩa về thai chết lưu không thống nhất giữa các nước khác nhau. Thai chết lưu có nhiều nguyên nhân, trong nhiều trường hợp rất khó tìm thấy nguyên nhân gây ra thai chết lưu. Theo báo cáo năm 2021 của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và Quỹ Nhi đồng Liên hợp quốc (UNICEF), ước tính có khoảng 2.0 triệu ca thai chết lưu xảy ra trên toàn thế giới mỗi năm, tương đương với cứ 16 giây lại có 1 ca thai chết lưu¹. Hậu quả của thai chết lưu không chỉ là tổn thương tâm lý mà còn gây nhiều biến chứng ảnh hưởng tới sức khỏe và tính mạng của người mẹ như: chảy máu do rối loạn đông máu, nhiễm khuẩn, khó khăn cho lần mang thai sau². Trước đây, những hiểu biết về thai chết lưu còn nhiều hạn chế, do vậy việc chẩn đoán sớm và xử trí còn gặp nhiều khó khăn, các tai biến xảy ra còn nặng nề thậm chí tử vong mẹ. Ngày nay với sự tiến bộ trong khoa học kỹ thuật, sự phát triển đồng đều của các ngành, nhất là y sinh học phân tử, một số nguyên nhân của thai chết lưu đã được sáng tỏ. Ngoài ra việc áp dụng siêu âm và

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdodat@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025