

kể ở bên đau so với bên không đau. Điều này cho thấy các yếu tố này có thể là nguyên nhân tiềm ẩn gây ĐTKSB không do XĐTKMM. Những yếu tố giải phẫu này có thể cung cấp thêm thông tin cho việc chẩn đoán đau thần kinh sinh ba, cũng như trong việc lên kế hoạch điều trị.

Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại một số hạn chế như: việc đo đặc dây chỉ thực hiện trên một lát cắt nên có thể chưa phản ánh chính xác kích thước thật sự của TKSB cũng như bể não; thực hiện nghiên cứu ở một trung tâm đơn lẻ làm giảm tính khái quát; chỉ tập trung vào nhóm bệnh nhân không có xung đột thần kinh mạch máu nên chưa phản ảnh được các thể bệnh khác và không có nhóm đối chứng độc lập, gây hạn chế khi so sánh với quần thể chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnold, M.J.C.**, Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018 Jan; 38(1):1-211.
2. **Bendtsen L, Zakrzewska JM, Heinskou TB, et al.** Advances in diagnosis, classification, pathophysiology, and management of trigeminal neuralgia. Lancet Neurol. 2020 Sep;19(9):784-796.
3. **Ishikawa M, Nishi S, Aoki T, et al.** Operative findings in cases of trigeminal neuralgia without vascular compression: proposal of a different

4. **Guo H, Song G, Wang X, et al.** Surgical treatment of trigeminal neuralgia with no neurovascular compression: A retrospective study and literature review. J Clin Neurosci. 2018 Dec;58:42-48.
5. **Zhong H, Zhang W, Sun S, et al.** MRI Findings in Trigeminal Neuralgia without Neurovascular Compression: Implications of Petrous Ridge and Trigeminal Nerve Angles. Korean J Radiol. 2022 Aug;23(8):821-827.
6. **Sun T, Huang Q, Li C, et al.** Correlation study between multiplanar reconstruction trigeminal nerve angulation and trigeminal neuralgia. BMC Neurol. 2022 Oct 12;22(1):384.
7. **Park SH, Hwang SK, Lee SH, et al.** Nerve atrophy and a small cerebellopontine angle cistern in patients with trigeminal neuralgia. J Neurosurg. 2009 Apr;110(4):633-7.
8. **Branstetter BF, Reddy N, Patel K, et al.** Sagittal Angle of the Trigeminal Nerve at the Porus Trigemini: A Novel Measurement to Distinguish Different Causes of Classic Trigeminal Neuralgia. AJNR Am J Neuroradiol. 2022 Oct;43(10):1460-1463.
9. **Pham HD, Dang TH, Duong TK, et al.** Predictability of Fused 3D-T2-SPACE and 3D-TOF-MRA Images in Identifying Conflict in Trigeminal Neuralgia. J Pain Res. 2021 Nov 1;14:3421-3428.
10. **Ha SM, Kim SH, Yoo EH, et al.** Patients with idiopathic trigeminal neuralgia have a sharper-than-normal trigeminal-pontine angle and trigeminal nerve atrophy. Acta Neurochir (Wien). 2012 Sep;154(9):1627-33.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ CHỈ SỐ HOÁ SINH MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ KIM THÀNH, TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Lê Đức Thuận¹, Phạm Thị Thuỷ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả một số xét nghiệm hoá sinh máu ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 453 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2, đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Kim Thành. **Kết quả:** Nồng độ Glucose máu lúc đói trung bình $8,18 \pm 2,80$ mmol/L và HbA1c trung bình $7,65 \pm 3,76$ %. Nồng độ Cholesterol TP trung bình $5,22 \pm 1,12$ mmol/L, 54,3% tăng Cholesterol TP. Triglycerid trung bình $2,92 \pm 2,42$ mmol/L, 29,4% tăng Triglycerid. HDL-C trung bình $1,37 \pm 0,33$ mmol/L, 19,9% giảm HDL-C. LDL-C trung bình

$2,68 \pm 0,88$, 18,9 % tăng LDL-C. Ure trung bình $6,30 \pm 2,35$ mmol/L, 20,8% tăng Ure. Creatinin trung bình $86,73 \pm 30,16$ μ mol/L, 11,9 % tăng Creatinin. AST trung bình $27,62 \pm 17,14$ U/L, 12,6% tăng AST. ALT trung bình $28,83 \pm 19,08$; 17,7% tăng ALT.

Từ khoá: Đái tháo đường típ 2, chỉ số hoá sinh

SUMMARY

STUDY ON BLOOD BIOCHEMICAL INDICES IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT KIM THANH MEDICAL CENTER, HAI DUONG PROVINCE

Objective: Describe the results of some blood biochemical tests in patients with type 2 diabetes. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study design on 453 patients diagnosed with type 2 diabetes, being treated as outpatients at Kim Thanh District Medical Center. **Results:** Mean fasting blood glucose concentration was $8,18 \pm 2,80$ mmol/L and mean HbA1c was $7,65 \pm 3,76$ %. Mean TP Cholesterol concentration was $5,22 \pm 1,12$ mmol/L, 54,3% of

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thuỷ

Email: phamthuyky@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

patients had TP Cholesterol concentration increased. Mean Triglyceride $2,92 \pm 2,42$ mmol/L, 29,4% of patients had Triglyceride concentration increased. Mean HDL-C $1,37 \pm 0,33$ mmol/L, 19,9% of patients had HDL-C concentration decreased. Mean LDL-C $2,68 \pm 0,88$ mmol/L, 18,9% of patients had LDL-C concentration increased. Mean Urea $6,30 \pm 2,35$ mmol/L, 20,8% of patients had Urea concentration increased. Mean Creatinine $86,73 \pm 30,16$ μ mol/L, 11,9% of patients had Creatinine concentration increased. Mean AST $27,62 \pm 17,14$ U/L, 12,6% of patients had AST increased. Mean ALT $28,83 \pm 19,08$, 17,7% of patients had ALT increased.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, blood biochemical indices

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính, có đặc điểm tăng glucose huyết kéo dài, bệnh gây nên những rối loạn chuyển hóa protid, lipid, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, gan, mắt, thần kinh [1]. Biến chứng thận, tim mạch và gan là những biến chứng nguy hiểm mà bệnh nhân tiểu đường có thể mắc phải. Nếu không có biện pháp điều trị đúng hướng và kịp thời thì có thể dẫn tới suy thận, xơ hóa thận, tổn thương gan, đột quỵ hoặc nhồi máu cơ tim, đe dọa tính mạng người bệnh bất cứ lúc nào [2]. Bệnh nhân đái tháo đường bị biến chứng không chỉ làm gia tăng chi phí y tế mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống thậm chí tử vong bởi thường được chẩn đoán, điều trị muộn [2]. Chính vì vậy trong chẩn đoán và quản lý bệnh nhân đái tháo đường, ngoài kiểm soát các triệu chứng lâm sàng thì điều quan trọng là phải theo dõi các thông số xét nghiệm sinh hóa để phát hiện sớm và điều trị có hiệu quả các biến chứng của bệnh ĐTĐ gây ra [3]. Hiện nay, Trung tâm Y tế Kim Thành đang quản lý khoảng 2000 hồ sơ bệnh án ngoại trú của bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Nhằm phát hiện sớm và kiểm soát các biến chứng của bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu: *Mô tả kết quả một số chỉ số hoá sinh máu ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Kim Thành năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 453 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ của Bộ Y tế (Quyết định 5481/QĐ BYT) đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Kim Thành.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Kim Thành, chấp nhận tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm

HbA1c, Glucose, Ure, Creatinin, Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL-C, AST, ALT.

Tiêu chuẩn loại trừ: ĐTĐ thai kỳ, ĐTĐ típ 1, bệnh nhân mới được chẩn đoán ĐTĐ trong thời gian dưới 3 tháng, đang mắc các bệnh ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: cường giáp, suy giáp, cushing, u tủy thượng thận, hội chứng buồng trứng đa nang, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Tháng 08/2024-10/2024

Cỡ mẫu: Toàn bộ

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC): tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh. Các xét nghiệm theo dõi đường huyết và chức năng gan, thận, tim mạch: glucose huyết tương lúc đói, HbA1c, Ure, Creatinin, Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL-C, AST, ALT.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Thông tin về tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh thu thập từ hồ sơ bệnh án của người bệnh. Các chỉ số hoá sinh máu được phân tích trên máy xét nghiệm hoá sinh tự động AU480 và máy HbA1c tự động Quo-Test tại khoa Xét nghiệm- Trung tâm Y tế Kim Thành. Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức nghiên cứu: Thông tin của người bệnh được mã hoá và giữ bí mật; thông tin nghiên cứu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

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

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi	<40	2	0,4
	40-49	13	2,9
	50-59	75	16,6
	≥60	363	80,1
	X±SD	66,82±9,45	
	Min-Max	37-96	
Giới tính	Nam	218	48,1
	Nữ	235	51,9
Tổng		453	100

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $66,82 \pm 9,45$ tuổi, dao động từ 37 đến 96 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (80,1%), tiếp đến là nhóm tuổi 50-59 (16,6%), nhóm tuổi 40-49 và < 40 tuổi chiếm tỷ lệ lần

lượt là 2,9% và 0,4%. Về giới tính, tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 51,9%, nam chiếm 48,1%

Bảng 3.2. Phân bố theo thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ

Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ (năm)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 5	124	27,3
5 – 9	326	72,0
≥ 10	3	0,7
Tổng	453	100

Tỷ lệ người bệnh có thời gian phát hiện bệnh dưới 5 năm là 27,3%, từ 5-9 năm là 72%, trên 10 năm là 0,7%.

3.2. Các chỉ số xét nghiệm hóa sinh máu của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Nồng độ Glucose máu và %HbA1c của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Số lượng	X±SD	Min	Max
Glucose (mmol/L)	453	8,18±2,80	3,68	22,5
HbA1c (%)	453	7,5±1,6	4,8	13,9

Nồng độ Glucose trung bình của đối tượng nghiên cứu là 8,18 ± 2,80 mmol/L, dao động từ 3,68- 22,5 mmol/L. Tỷ lệ % HbA1c trung bình là 7,5 ± 1,6 % dao động từ 4,8- 13,9 %.

Bảng 3.4. Nồng độ Glucose máu và %HbA1c của đối tượng nghiên cứu theo mục tiêu điều trị chung

Mục tiêu	Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Glucose máu <7,2 mmol/L	Đạt	204	45,0
	Chưa đạt	249	55,0
% HbA1c <7%	Đạt	200	44,2
	Chưa đạt	253	55,8

Kết quả cho thấy 55% người bệnh chưa đạt mục tiêu điều trị với nồng độ Glucose máu ≥ 7,2 mmol/L, và 55,8% người bệnh chưa đạt mục tiêu điều trị với HbA1c ≥ 7%

Bảng 3.5. Đặc điểm lipid máu của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Số lượng	Tỷ lệ %	X±SD
Cholesterol TP mmol/L	Bình thường	207	45,7
	Tăng	246	54,3
Triglycerid mmol/L	Bình thường	320	70,6
	Tăng	133	29,4
HDL-C mmol/L	Bình thường	399	80,1
	Giảm	54	19,9
LDL-C mmol/L	Bình thường	320	82,1
	Tăng	70	18,9
Rối loạn lipid máu	Không	80	17,7
	Có	373	82,3

Tỷ lệ người bệnh ĐTĐ rối loạn lipid máu chiếm 82,3%, trong đó tỷ lệ tăng Cholesterol TP là 54,3%, tăng Triglycerid là 29,4%, giảm HDL-C là 19,9%, tăng LDL-C là 18,9%.

Bảng 3.6. Nồng độ Ure, Creatinin của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Số lượng	Tỷ lệ %	X±SD
Ure	Bình thường	359	79,2
	Tăng	94	20,8
Creatinin	Bình thường	399	88,1
	Tăng	54	11,9

Nồng độ Ure máu trung bình 6,30 ± 2,35 mmol/L, 20,8% người bệnh có tăng Ure máu. Nồng độ Creatinin trung bình 86,73 ± 30,16 μmol/L, 11,9% người bệnh có tăng Creatinin.

Bảng 3.7. Hoạt độ AST, ALT của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Số lượng	Tỷ lệ %	X±SD
AST	Bình thường	396	87,4
	Tăng	57	12,6
ALT	Bình thường	373	82,3
	Tăng	80	17,7

Hoạt độ AST trung bình 27,62 ± 17,14 U/L; 12,6 % người bệnh có tăng AST. Hoạt độ ALT trung bình 28,83 ± 19,08 U/L; 17,7% người bệnh có tăng ALT.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 66,82±9,45, trong đó 80,1% có độ tuổi trên 60 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thanh Bình (2019) [4]. Sự phân bố khác nhau giữa các nhóm tuổi ở trên có thể được giải thích là do ở độ tuổi trên 60 cơ thể thường gặp nhiều biến đổi sinh lý, bao gồm giảm nhạy cảm insulin và suy giảm chức năng tế bào beta trong tuyến tụy, làm tăng nguy cơ đường huyết tăng cao. Ngoài ra người cao tuổi thường phải đối mặt với nhiều bệnh lý nền như: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, kết hợp cùng lối sống ít vận động và chế độ dinh dưỡng không phù hợp dễ dẫn tới thừa cân béo phì ở người cao tuổi cũng được coi là nguyên nhân gây ĐTĐ.

Tỷ lệ nam giới chiếm 48,1% và nữ giới chiếm 51,9%, cho thấy sự phân bố khá cân bằng về giới tính. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu Dương Thị Mai Phương (2022) [5]. Kết quả không có sự khác biệt rõ rệt giữa nam và nữ gợi ý rằng nguy cơ mắc tiểu đường ở người trưởng thành có thể chịu tác động lớn từ yếu tố di truyền và môi trường hơn là từ giới tính. Mặt khác tỷ lệ này còn phụ thuộc vào yếu tố nhân khẩu học và tỷ lệ giới tính mỗi năm, mỗi vùng miền tại thời điểm và địa điểm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 5 đến 9 năm chiếm tỷ lệ

cao nhất (72%). Ở giai đoạn này, nếu đường huyết không được kiểm soát tốt, các biến chứng mạn tính như tổn thương võng mạc, bệnh thận do đái tháo đường, bệnh tim mạch và đột quỵ có thể bắt đầu xuất hiện. Do đó, việc theo dõi định kỳ các chỉ số sinh hóa và chức năng các cơ quan đích là cần thiết để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời nhằm hạn chế tiến triển của biến chứng. So với nghiên cứu của Dương Thị Mai Phương (2022), tỷ lệ phân bố thời gian mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt, điều này có thể bắt nguồn từ sự khác nhau về địa bàn nghiên cứu, đặc điểm dân số và cỡ mẫu của từng nghiên cứu [5].

4.2. Kết quả một số chỉ số xét nghiệm hóa sinh của đối tượng nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ Glucose trung bình của đối tượng nghiên cứu là $8,18 \pm 2,8$, % HbA1c trung bình là $7,5 \pm 1,6$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thanh Bình 2019 [4]. Nồng độ Glucose và HbA1c tăng là do cơ thể thiếu hụt insulin hoặc kháng insulin, khiến Glucose không được hấp thụ vào tế bào, dẫn đến tích tụ trong máu. Ngoài ra, thói quen ăn uống không kiểm soát, đặc biệt là tiêu thụ quá nhiều carbohydrate và đường, cũng có thể là nguyên nhân làm tăng mức Glucose. Béo phì, ít vận động, và căng thẳng kéo dài cũng làm giảm khả năng sử dụng Glucose, từ đó làm tăng Glucose máu và HbA1c.

Bộ Y tế (2020) đã đưa ra mục tiêu điều trị chung cho bệnh nhân ĐĐTĐ: Glucose máu < 7,2 mmol/L và HbA1c là <7% [1]. Kết quả nghiên cứu có 55,8% người bệnh chưa đạt mục tiêu HbA1c và 55% chưa đạt mục tiêu Glucose. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thanh Bình (2019) [4]. Tình trạng kiểm soát đường huyết kém có thể do nhiều yếu tố, bao gồm tuân thủ điều trị, lối sống và thói quen ăn uống, hoặc thời gian mắc bệnh lâu dài. Vì vậy cần chú ý tới các hành vi, cũng như rào cản trong hoạt động tự kiểm soát đường huyết để khắc phục tình trạng trên.

Đối với bệnh nhân ĐĐTĐ, sự kết hợp của nhiều yếu tố nguy cơ (tuổi cao, thói quen sinh hoạt không lành mạnh, thời gian mắc bệnh dài) làm gia tăng đáng kể khả năng bị rối loạn lipid máu. Theo kết quả nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân rối loạn lipid máu chiếm 82,3%, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Minh (2021)[6]. Tình trạng rối loạn lipid trong bệnh ĐĐTĐ chủ yếu do kháng insulin, khiến cơ thể sản xuất nhiều LDL-C và Triglycerides, đồng thời giảm HDL-C. Rối loạn chuyển hóa mỡ cũng dẫn đến tăng phân giải mỡ, tạo ra acid béo tự do và

làm tăng Triglyceride trong máu. Ngoài ra, béo phì và chế độ ăn giàu chất béo bão hòa cũng làm tăng Cholesterol toàn phần và LDL-C, đồng thời giảm HDL. Những bệnh nhân này cần được theo dõi và điều trị tình trạng rối loạn lipid máu kèm theo để ngăn ngừa các biến chứng tim mạch nguy hiểm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 20,8% đối tượng nghiên cứu có nồng độ Ure tăng, và 11,9% có nồng độ Creatinin tăng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Cao Đức Hoàng Anh và cộng sự (2019) [7]. Ở bệnh nhân ĐĐTĐ lâu năm, sự gia tăng Ure và Creatinin thường do các tổn thương thận tiến triển do đường huyết cao kéo dài làm tổn thương các mạch máu nhỏ trong thận, một hiện tượng được gọi là bệnh thận đái tháo đường (diabetic nephropathy). Quá trình lọc máu của thận bị suy giảm, dẫn đến tích tụ các chất cặn bã như Ure và Creatinin trong máu [7]. Để ngăn ngừa và làm chậm sự tiến triển của bệnh thận trong ĐĐTĐ việc kiểm soát tốt đường huyết và huyết áp là rất quan trọng.

AST, ALT là hai enzym có vai trò quan trọng trong đánh giá tổn thương tế bào gan. Tổn thương gan gây tăng AST, ALT do sự phá vỡ tế bào gan, làm cho các enzym này thoát ra ngoài vào máu. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tăng ALT là 17,7% và AST là 12,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Meyhöfer và cộng sự [8]. ĐĐTĐ có thể gây ra tình trạng gan nhiễm mỡ không do rượu, một bệnh lý phổ biến do sự tích tụ mỡ trong gan khi đường huyết cao kéo dài. Sự tích tụ này gây viêm và làm tổn thương các tế bào gan, nghiêm trọng hơn là xơ gan, ung thư gan. Các yếu tố như kháng insulin, viêm, rối loạn lipid máu và dùng thuốc điều trị ĐĐTĐ cũng góp phần vào sự gia tăng men gan [8]. Để khắc phục tình trạng trên, bệnh nhân cần có một chiến lược điều trị toàn diện bao gồm kiểm soát đường huyết, giảm cân, duy trì chế độ ăn uống lành mạnh, tăng cường vận động và theo dõi chức năng gan định kỳ. Nếu có dấu hiệu tổn thương gan hoặc bệnh lý gan, bệnh nhân cần được điều trị chuyên sâu để ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoài tình trạng tăng glucose máu (trung bình $8,18 \pm 2,80$ mmol/L) và HbA1C (trung bình $7,5 \pm 1,6\%$), một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân còn có bất thường về các chỉ số lipid máu, chức năng gan và chức năng thận: 82,3% bệnh nhân có rối loạn lipid máu; 20,8% tăng ure, 11,9% tăng creatinin; 12,6% tăng AST

và 17,7% tăng ALT. Những thay đổi này phản ánh nguy cơ tổn thương các cơ quan đích trong quá trình tiến triển của bệnh. Việc theo dõi định kỳ các chỉ số hóa sinh máu có ý nghĩa quan trọng trong quản lý bệnh, hỗ trợ phát hiện sớm, ngăn ngừa biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2020). Quyết định 5481/QĐ- BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2.
2. **American Diabetes Association (ADA)**. Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care* 2024;47(Supplement 1):S1-S195.
3. **Võ Thị Hà Hoa, Nguyễn Thị Khánh Linh** (2023). Nghiên cứu một số chỉ số hoá sinh máu trên bệnh nhân đồng mắc đái tháo đường típ 2 và bệnh lý tim mạch. *Tạp chí Nội tiết và đái tháo đường*, 62, 122-131.
4. **Vũ Thanh Bình** (2019). Thực trạng kiểm soát Glucose máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh

nhân ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thái Bình năm 2019. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514(1), 207-211.

5. **Dương Thị Mai Phương** (2022). Thực trạng kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện nội tiết trung ương năm 2022. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 527(1), 373-377.
6. **Lê Quang Minh** (2021). Kiểm soát Glucose máu và mối liên quan với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường*, số 49/2021, 25-37.
7. **Cao Đức Hoàng Anh, Bùi Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Kim Cúc**. (2019). Nghiên cứu ảnh hưởng của một số yếu tố tới tình trạng biến chứng thận của bệnh nhân đái tháo đường đang điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế huyện Đông Hỷ, thành phố Thái Nguyên. *Tạp chí Y Dược học*, 9(5), 55-60.
8. **Meyhöfer et al** (2022). Elevated liver enzymes and comorbidities in type 2 diabetes: A multicentre analysis. *Diabetes Obes Metab*, 24(4), 727-732.

ĐẶC ĐIỂM TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN DO KLEBSIELLA PNEUMONIAE TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC GIAI ĐOẠN 2023-2025

Lưu Thị Liên¹, Phạm Hồng Nhung^{1,2},
Nguyễn Huy Tiến^{1,2}, Hà Trần Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện do Klebsiella pneumoniae tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2023-2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 65 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện do Klebsiella pneumoniae từ 6/2023-6/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là (56,8 ± 17,8), nam giới (78,5%), nữ giới (21,5%). Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạn tính (76,9%); Đái tháo đường chiếm tỷ lệ chủ yếu (24,6%). Nhiễm khuẩn bệnh viện do K.pneumoniae tại Trung tâm chống độc gặp chủ yếu là viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) (73,8%). K.pneumoniae đề kháng rất cao với các loại kháng sinh: Ampicillin (86,2%), trimethoprim/sulfamethazol (81,5%), cephalosporin thế hệ 3-4 (70,8-75,4%), quinolon (73,8%), carbapenem (64,6%). Còn nhạy cảm với: fosfomicin (81,1%), colistin (71,8%), ceftazidime/avibactam (66,2%), amikacin (64,4%), gentamycin (47,7%). **Kết luận:** Nhiễm khuẩn bệnh viện do K. pneumoniae tại Trung tâm Chống độc Bạch Mai giai đoạn 2023-2025 gặp

chủ yếu là viêm phổi liên quan thở máy. Vi khuẩn cho thấy tỷ lệ kháng cao với cephalosporin, quinolon và carbapenem, trong khi còn nhạy cảm với fosfomicin, colistin và amikacin.

Từ khóa: K.pneumoniae; K.pneumoniae kháng carbapenem, nhiễm khuẩn bệnh viện.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF HOSPITAL-ACQUIRED INFECTIONS CAUSED BY KLEBSIELLA PNEUMONIAE AT THE POISON CONTROL CENTER, BACH MAI HOSPITAL DURING 2023-2025

Objective: To investigate the situation of hospital-acquired infections caused by Klebsiella pneumoniae at the Poison Control Center, Bach Mai Hospital, during the period 2023-2025. **Subjects and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 65 patients diagnosed with hospital-acquired infections due to K. pneumoniae from June 2023 to June 2025. **Results:** The mean age of patients was 56.8 ± 17.8 years; males accounted for 78.5% and females 21.5%. Chronic comorbidities were present in 76.9% of patients, with diabetes mellitus being the most common (24.6%). The predominant hospital-acquired infection caused by K. pneumoniae was ventilator-associated pneumonia (73.8%). K. pneumoniae exhibited very high resistance rates to ampicillin (86.2%), trimethoprim/sulfamethoxazole (81.5%), third- and fourth-generation cephalosporins (70.8-75.4%), quinolones

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hà Trần Hưng

Email: hatranhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025