

- susceptibility testing. 35th ed. CLSI supplement M100. 2025.
4. **CorisBio.** O.K.N.V.I RESIST-5 product information and instructions for use. 2024. Available from: <https://www.corisbio.com/products/oknvi-resist-5>.
 5. **Nguyễn Thị Lan Hương, Phạm Hồng Nhung.** Xác định mức độ nhạy cảm kháng sinh và kiểu gene carbapenemase của một số vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* phân lập từ bệnh phẩm đường hô hấp và ổ bụng tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2022 - 2023. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 2025. 187(2): p. 22-30.
 6. **Lê Thanh Phong, Nguyễn Thị Hải Yến, Lê Minh Nhân, Nguyễn Thị Bé Hai, Bạch Thị Kiều, Trần Hồng Phong, et al.** Nghiên cứu tình hình đề kháng kháng sinh carbapenem và sự đột biến gen KPC, OXA-48 ở chủng *Klebsiella pneumoniae* phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2024–2025. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(2).
 7. **Ababneh, Q., et al.,** Predominance of extensively-drug resistant *Acinetobacter baumannii* carrying bla OXA-23 in Jordanian patients admitted to the intensive care units. PLoS One, 2025. 20(2): p. e0317798.
 8. **Trịnh Văn Sơn, Nguyễn Đăng Mạnh, Đào Thanh Quyên, Nguyễn Thị Kim Phương, Lê Hữu Song.** Giá trị của kiểu gen trong xác định *Klebsiella pneumoniae* kháng carbapenem gây nhiễm khuẩn huyết. Y Dược học lâm sàng 108. 2020;15(4)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT KÉM ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN ĐA KHOA BA VÌ NĂM 2025

Phan Thị Luyên¹, Đinh Thị Mai Yến¹, Lê Thị Thu Trang¹,
Đàm Thị Minh Thúy¹, Lê Thị Thanh An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kiểm soát đường huyết đóng vai trò trung tâm trong dự phòng biến chứng ở người bệnh đái tháo đường typ 2. Tuy nhiên, tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém vẫn còn cao tại các cơ sở y tế tuyến cơ sở. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết kém điều trị nội trú năm 2025 tại Bệnh viện Đa khoa Ba Vì; (2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát đường huyết kém. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh trên 94 người bệnh đái tháo đường typ 2 có HbA1c $\geq 7\%$ điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp từ 3/2025–8/2025. Các thông tin thu thập gồm: đặc điểm nhân khẩu học, bệnh sử, chỉ số lâm sàng – cận lâm sàng, bệnh đồng mắc, biến chứng và các yếu tố lối sống. Xử lý số liệu bằng thống kê mô tả và phân tích mối liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $64,3 \pm 11,3$ tuổi, nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam. Thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm ưu thế. Tỷ lệ thừa cân – béo phì (BMI ≥ 23) cao. Phần lớn người bệnh có tăng huyết áp và rối loạn lipid máu đi kèm. Đa số không đạt mục tiêu lipid máu và huyết áp. Các yếu tố liên quan đến kiểm soát đường huyết kém gồm: BMI cao, học vấn thấp, thu nhập thấp, thời gian mắc bệnh dài, tuân thủ điều trị kém và lối sống ít vận động. **Kết luận:** Trong nghiên cứu, người bệnh

chủ yếu là người cao tuổi, mắc đái tháo đường từ 1 đến 5 năm, có thể trạng trung bình. Tình trạng rối loạn chuyển hóa như: tăng triglycerid, tăng glucose lúc đói, HbA1c $\geq 10\text{mmol/l}$ xuất hiện với tỷ lệ cao. Người bệnh thường mắc các bệnh đồng mắc và có biến chứng võng mạc, thần kinh ngoại vi, đột quỵ.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, HbA1c, kiểm soát đường huyết kém, Ba Vì.

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH POORLY CONTROLLED TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THE GENERAL INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT OF BA VI GENERAL HOSPITAL IN 2025

Background: Glycemic control plays a central role in preventing complications among patients with type 2 diabetes mellitus (T2DM). However, the proportion of patients with poor glycemic control remains high, particularly at primary and district-level healthcare facilities. **Objectives:** (1) To describe the clinical and paraclinical characteristics of inpatients with poorly controlled T2DM in 2025 at Ba Vi General Hospital; (2) To analyze several factors associated with poor glycemic control. **Methods:** A descriptive case-series study was conducted on 94 inpatients with T2DM and HbA1c $\geq 7\%$, admitted to the Department of General Internal Medicine from March to August 2025. Collected data included demographic characteristics, medical history, clinical and laboratory indicators, comorbidities, complications, and lifestyle-related factors. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analyses. **Results:** The mean age of the study population was $64,3 \pm 11,3$ with

¹Bệnh viện Đa khoa Ba Vì

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Mai Yến

Email: maiyengk10b@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

females outnumbering males. A majority had a disease duration of more than 5 years. The prevalence of overweight and obesity ($\text{BMI} \geq 23$) was high. Most patients presented with comorbid hypertension and dyslipidemia. The majority did not achieve lipid and blood pressure targets. Microvascular complications (nephropathy, retinopathy, neuropathy) and macrovascular complications (coronary artery disease, stroke) were observed at considerable rates. Factors associated with poor glycemic control included high BMI, low educational level, low income, longer disease duration, poor medication adherence, and sedentary lifestyle. **Conclusion:** In the study, the patients were primarily elderly individuals with diabetes mellitus for 1 to 5 years and average physical condition. Metabolic disorders such as hypertriglyceridemia, hyperglycemia of fasting glucose, and $\text{HbA1c} \geq 10 \text{ mmol/l}$ were present at a high rate. Patients often had comorbidities and complications such as retinopathy, peripheral neuropathy, and stroke. **Keywords:** Type 2 diabetes mellitus, HbA1c , poor glycemic control, Ba Vi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính phổ biến, có xu hướng gia tăng nhanh trên toàn cầu. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2021 có khoảng 537 triệu người mắc ĐTĐ trong độ tuổi 20–79, trong đó hơn 90% là typ 2. Con số này dự kiến tăng lên 643 triệu năm 2030 và 783 triệu năm 2045, tạo gánh nặng lớn về kinh tế – xã hội.

Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ĐTĐ ước tính khoảng 6% dân số trưởng thành, với xu hướng tăng nhanh theo đô thị hóa và thay đổi lối sống. ĐTĐ typ 2 tiến triển âm thầm, dễ dẫn đến biến chứng tim mạch, thận, võng mạc và thần kinh nếu đường huyết không được kiểm soát tốt. Nghiên cứu lớn UKPDS cho thấy kiểm soát đường huyết chặt chẽ giúp giảm đáng kể biến chứng vi mạch và biến chứng tim mạch.

Khuyến cáo ADA và Bộ Y tế Việt Nam thống nhất mục tiêu $\text{HbA1c} < 7\%$ cho đa số người bệnh. Tuy nhiên, tại nhiều cơ sở y tế tuyến cơ sở, tỷ lệ đạt mục tiêu vẫn còn thấp. Bệnh viện Đa khoa Ba Vì quản lý hàng nghìn người bệnh ĐTĐ mỗi năm, song tỷ lệ nhập viện do kiểm soát đường huyết kém còn cao, cho thấy nhu cầu đánh giá toàn diện nhóm người bệnh này.

Đến nay, tại Bệnh viện Đa khoa Ba Vì chưa có nghiên cứu chuyên sâu nào về đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng và các yếu tố liên quan ở nhóm người bệnh ĐTĐ typ 2 kiểm soát đường huyết kém. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh ĐTĐ typ 2 kiểm soát đường huyết kém điều trị tại khoa Nội tổng hợp năm 2025.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 có $\text{HbA1c} \geq 7\%$ và điều trị nội trú tại khoa Nội Tổng hợp từ tháng 3–8/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán xác định đái tháo đường typ 2 nhập viện điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp- Bệnh viện Đa khoa Ba Vì.
- Người bệnh đã điều trị đái tháo đường typ 2 từ 6 tháng trở lên
- Người bệnh có kết quả $\text{HbA1c} \geq 7\%$ trong vòng 3 tháng trước ngày thăm khám
- Người bệnh có sức khỏe tâm thần bình thường, và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh >80 tuổi
- Người bệnh mang thai
- Người bệnh có các bệnh nặng đi kèm như xơ gan, ung thư...

- Người bệnh đang có các bệnh lý nội tiết khác như: cường giáp, hội chứng Cushing, to đầu chi... ảnh hưởng đến đường huyết.

- Người bệnh đang có các biến chứng nặng, cấp tính như: nhiễm trùng nặng, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu...

- Có các bệnh lý ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm HbA1c như các bệnh lý về máu như: hồng cầu hình liềm, thiếu hụt glucose- 6-phosphate dehydrogenase, HIV, chảy thận nhân tạo, mất máu hoặc truyền máu gần đây, hoặc liệu pháp erythropoietin...) và/hoặc Hemoglobin $\leq 80 \text{ G/L}$.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Chọn mẫu toàn bộ các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả: trong thời gian nghiên cứu có 94 người bệnh tham gia nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu. Các số liệu được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Được thông qua bởi hội đồng Đạo đức Bệnh viện đa khoa huyện Ba Vì trước khi tiến hành nghiên cứu.

- Trước khi tham gia, tất cả người bệnh sẽ được cung cấp thông tin rõ hơn quan đến mục tiêu và nội dung nghiên cứu. Người bệnh nghiên cứu tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

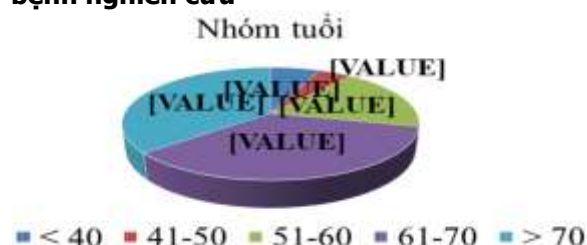
- Tất cả các biến số, chỉ số nghiên cứu sẽ được thu thập một cách trung thực và khoa học.

- Mọi thông tin cá nhân của người tham gia nghiên cứu được giữ bí mật.

- Nghiên cứu chỉ phục vụ cho khoa học và sức khỏe cộng đồng, không có mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm người bệnh nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi (n=94)

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là $64,3 \pm 11,3$ tuổi. Trong đó tuổi thấp nhất là 35 tuổi, tuổi cao nhất là 75 tuổi. Nhóm người bệnh > 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 36,2%, nhóm người bệnh 41-50 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,3%.

Bảng 3.1. Phân bố người bệnh theo thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường

Thời gian phát hiện bệnh (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<1 năm	29	30,9
1-<5 năm	36	38,3
5-<10 năm	21	22,3
10-15 năm	5	5,3
>15 năm	3	3,2
Trung bình $\bar{X} \pm SD$	$4,38 \pm 4,0$	
Min - Max	0,5- 21	

Nhận xét: Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mắc bệnh trung bình là $4,38 \pm 4,0$ năm, thời gian dài nhất là 21 năm và thời gian ngắn nhất là 6 tháng. Tỷ lệ người bệnh phát hiện bệnh đái tháo đường từ 1 đến dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất, (38,3%), và tỷ lệ người bệnh phát hiện bệnh đái tháo đường trên 15 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất là 3,2%.

Bảng 3.4. Đặc điểm kiểm soát đường huyết, lipid máu, huyết áp

Đặc điểm	$\bar{X} \pm SD$	Đạt mục tiêu		Chưa đạt mục tiêu	
		n	%	n	%
Glucose máu đói (mmol/l)	$17,4 \pm 5,24$	9	9,6	85	84,4
Cholesterol Total (mmol/l)	$5,29 \pm 2,25$	5	5,3	89	94,7
Triglycerid (mmol/l)	$3,29 \pm 2,76$	24	25,5	70	74,5
LDL-c (mmol/l)	$2,63 \pm 1,27$	27	28,7	67	71,3
HDL-c (mmol/l)	$2,68 \pm 1,40$	48	51,1	46	48,9
Huyết áp tâm thu (mmHg)	$128,5 \pm 24$	63	67,0	31	33,3
Huyết áp tâm trương (mmHg)	$74,83 \pm 13,7$	70	74,5	44	25,5

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, glucose máu đói trung bình tại thời điểm nhập viện là $17,4 \pm 5,24$ mmol/L. Trong đó, có tới 84,4% chưa đạt mục tiêu kiểm soát. Tỷ lệ người bệnh chưa đạt mục tiêu huyết áp là thấp nhất, chỉ chiếm 33,3%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm người bệnh nghiên cứu

Bảng 3.2. Đặc điểm BMI ở người bệnh đái tháo đường

Phân loại BMI	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Gầy	6	6,4
Trung bình	52	55,3
Thừa cân	31	33,0
Béo phì	5	5,3
$\bar{X} \pm SD$	$21,9 \pm 2,3$	
Min - Max	14,3- 29,03	

Nhận xét: Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là 21,9 kg/m², giá trị lớn nhất là 29,03 kg/m², nhỏ nhất là 14,3 kg/m². Đa số người bệnh có thể trạng trung bình (55,3%), sau đó là nhóm thừa cân, béo phì (BMI > 23,0 kg/m²) (33,0%).



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm bệnh lý đi kèm

Nhận xét: Bệnh tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai bệnh đi kèm chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 34% và 29,8%.

Bảng 3.3. Đặc điểm về HbA1c

Phân loại HbA1c	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
7 - <10%	42	44,7
≥ 10%	52	55,3
$\bar{X} \pm SD$	$10,8 \pm 2,78$	
Min - Max	7,03 - 20,38	

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giá trị HbA1c trung bình là 10,79%, giá trị lớn nhất là 20,38% và nhỏ nhất là 7,03 %. Những người bệnh có HbA1c ≥ 10% chiếm đa số (55,3%).

Bảng 3.5. Đặc điểm tình trạng biến chứng mạch máu nhỏ

Đặc điểm	Biến chứng	n, %	Glucose máu đói		HbA1c	
			X±SD	p	X±SD	p
Biến chứng võng mạc	Không	83(88,3%)	10,3±2,48	0,00	16,73±5,07	0,00
	Có	11(11,7%)	13,7±3,87		22,6±3,32	
Biến chứng thận	Không	70(74,5%)	11,05±3,04	0,125	17,2±4,8	0,22
	Có	24(25,5%)	10,01±2,17		17,8±5,3	
Biến chứng thần kinh ngoại vi	Không	80(85,1%)	9,96±2,01	0,00	16,7±5,1	0,03
	Có	14(14,9%)	15,4±2,4		21,2±4,5	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gặp biến chứng thận là cao nhất, chiếm 25,5%, sau đó là biến chứng thần kinh ngoại vi (14,9%) và biến chứng võng mạc (11,7%). Nhóm có biến chứng võng mạc và biến chứng thần kinh ngoại vi có glucose máu đói và HbA1c cao hơn rõ rệt so với nhóm không biến chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Đặc điểm tình trạng biến chứng mạch máu lớn

Đặc điểm	Biến chứng	n, %	Glucose máu đói		HbA1c	
			X±SD	p	X±SD	p
Bệnh lý mạch vành	Không	82(87,2%)	16,7±4,8	0,62	10,8±2,9	0,83
	Có	12(12,8%)	17,5±5,3		10,6±2,7	
Suy tim	Không	88(93,6%)	16,8±5,1	0,31	10,8±2,8	0,61
	Có	6(6,4%)	16,3±4,7		10,9±3,1	
Đột quỵ	Không	87(92,6%)	22,1±7,2	00,05	14,0±3,1	0,04
	Có	7(7,4%)	20,8±4,8		16,5±2,6	
Bệnh động mạch chi dưới	Không	87(92,6%)	17,0±5,3	0,53	10,7±2,9	0,37
	Có	7(7,4%)	16,2±4,9		9,8±2,1	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng mạch máu lớn hay gặp nhất là bệnh lý mạch vành, chiếm 12,8%, ít gặp nhất là suy tim (6,4%). HbA1c trung bình ở nhóm người bệnh có biến chứng đột quỵ cao hơn rõ rệt nhóm không có biến chứng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ($n = 94$) ở người bệnh đái tháo đường typ 2, độ tuổi trung bình của nhóm người bệnh nghiên cứu là $64,3 \pm 11,3$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 35 tuổi, tuổi cao nhất là 75 tuổi. Kết quả nghiên cứu này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Lan Hương (2023) tại Bệnh viện Bạch Mai có tuổi trung bình là $65,0 \pm 9,9$ tuổi [1] và Diabcare – Asia (2019) tuổi trung bình mắc đái tháo đường là $62,7 \pm 10,4$ tuổi.[2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BMI trung bình của người bệnh đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết kém là $21,9 \pm 2,3$ kg/m², dao động từ 14,3 đến 29,03. Phân bố chỉ số BMI cho thấy phần lớn người bệnh có BMI trung bình (55,3%) hoặc thừa cân (33,0%), còn béo phì (5,3%) và gầy (6,4%) chiếm tỷ lệ thấp. Trong khi đó, nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương (2023) tại Bệnh viện Bạch Mai ghi nhận BMI trung bình là $22,9 \pm 4,0$ kg/m², với tỷ lệ người bệnh thừa cân và béo phì ($BMI > 23$ kg/m²) chiếm tới 50,4%, thậm chí có người bệnh đạt

mức BMI rất cao là 43,5 kg/m². [1]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp (34%) và rối loạn lipid máu (29,8%) là hai bệnh lý đi kèm phổ biến nhất ở người bệnh đái tháo đường typ 2. Ngoài ra, các biến chứng tim mạch nghiêm trọng như bệnh mạch vành (12,8%), đột quỵ (7,44%) và suy thận (6,38%) cũng được ghi nhận với tỉ lệ đáng kể.

Nghiên cứu UKPDS 35 (United Kingdom Prospective Diabetes Study) cho thấy giảm mỗi 1% HbA1c có liên quan giảm khoảng 21% tỷ lệ tử vong liên quan đái tháo đường và tổng các biến cố tim mạch trong nhóm đái tháo đường typ 2 [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, HbA1c và glucose máu đói trung bình của nhóm nghiên cứu lần lượt là $10,79 \pm 2,85\%$ và $17,4 \pm 5,24$ mmol/L

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kiểm soát glucose máu đói rất kém, chỉ 9/94 (9,6%) đạt mục tiêu trong khi 85/94 (90,4%) chưa đạt; điều này phản ánh mức độ kiểm soát đường huyết chưa tốt trong mẫu người bệnh nghiên cứu. Tương tự, phần lớn người bệnh không đạt mục tiêu lipid, chỉ 5/94 (5,3%) đạt mục tiêu cholesterol toàn phần, triglycerid đạt mục tiêu ở 25,5%, LDL-c đạt mục tiêu ở 28,7% và HDL-c đạt mục tiêu ở 51,1%.

Kiểm soát huyết áp trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đối tốt (huyết áp tâm thu đạt mục tiêu 67,0%; tâm trương đạt 74,5%), cao hơn so với kết quả của Nguyễn Thị Hồng

Loan (2019) tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, tỷ lệ kiểm soát huyết áp tâm thu chỉ đạt 43,1% [4]

Nhiều nghiên cứu lớn cho thấy, mức đường huyết cao và HbA1c tăng có liên quan rõ ràng tới tăng nguy cơ biến chứng vi mạch, bao gồm bệnh võng mạc, bệnh thận do đái tháo đường và bệnh thần kinh; mối tương quan này được chứng minh ở UKPDS 35, trong đó tăng HbA1c liên tục tương ứng với tăng nguy cơ biến chứng vi mạch và tử vong liên quan đến đái tháo đường [5]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất trong các biến chứng mạch máu lớn (12,8%), thấp nhất là suy tim (6,4%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và nhóm không có biến chứng về glucose máu đói và HbA1c với $p > 0,05$ ở nhóm bệnh mạch vành, suy tim và bệnh động mạch chi dưới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy rằng nhóm người bệnh đái tháo đường typ 2 có HbA1c $\geq 10\%$ thường gặp tình trạng rối loạn lipid máu với tỷ lệ tăng triglycerid và LDL-c cao hơn so với nhóm có kiểm soát đường huyết tốt (HbA1c $7 - < 10\%$), trong khi HDL-c lại có xu hướng giảm. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, người bệnh chủ yếu là người cao tuổi, mắc đái tháo đường từ 1 đến 5 năm, có thể trạng trung bình. Tình trạng rối loạn

chuyển hóa như: tăng triglycerid, tăng glucose lúc đói, HbA1c $\geq 10\text{mmol/l}$ xuất hiện với tỷ lệ cao. Người bệnh thường mắc các bệnh đồng mắc và có biến chứng võng mạc, thần kinh ngoại vi, đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Quang Bày.** Đặc điểm và các yếu tố liên quan của các người bệnh đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết kém tại Khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;521(1):277-281. doi:10.51298/vmj.v521i1.3998
2. **Patient characteristics. Research Gate.** Accessed September 27, 2025. https://www.researchgate.net/figure/Patient-characteristics_tbl1_335312063
3. **Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, et al.** Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of typ 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-412. doi:10.1136/bmj.321.7258.405
4. **Thư viện Đại học Y.** Accessed September 13, 2025. http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/BookReader.aspx?Url=/pages/cms/Te_mmpDir/books/22611bd0-d26e-4976-8eba_f281f90787f0/2020/07/03/201805041411-b6706808-6caa-469c-b251_4ca21742f6cd/Preview&TotalPage=5&ext=jpg#page/1/mode/1up
5. **Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, et al.** Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of typ 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-412. doi:10.1136/bmj.321.7258.405

HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG VÀ CÁC TỔN THƯƠNG PHỐI HỢP TRONG RÁCH HOÀN TOÀN GÂN CƠ CHỚP XOAY ĐIỀU TRỊ BẰNG NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Thới^{1*}, Ngô Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên bệnh lý rách gân cơ chóp xoay thì đặc điểm hình thái tổn thương trước phẫu thuật cũng như các đặc điểm tổn thương phối hợp có khả năng ảnh hưởng đến tiên lượng phẫu thuật và mức độ hồi phục trên bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần và đánh

giá các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, cắt dọc, không đối chứng trên bệnh nhân bị bệnh lý rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay có chỉ định phẫu thuật nội soi khớp tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2022 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tổn thương rách gân cơ chóp xoay với kích thước lỗ rách từ 1-3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%) và kích thước lỗ rách > 5 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,8%). Rách hình chữ C chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,0%, cao gấp khoảng 4-5 lần các kiểu rách khác. Co rút gân độ I và độ II chiếm tỷ lệ rất cao (46,2%) và co rút gân độ III chiếm tỷ lệ rất thấp (7,6%). Trong các tổn thương kèm theo ghi nhận được bao gồm rách sụn viền, rách đầu dài gân nhị đầu và chèn ép móm cùng thì tổn thương thường gặp nhất là chèn ép móm cùng (30,8%). **Kết luận:** Đánh

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Thới

Email: dvthoi@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025