

Thông số	Trước mổ	Sau mổ 1- 3 tháng
<b>Chỉ số cận lâm sàng</b>		
Điểm IPSS (Trung bình)	26,08	6,15
Lượng tiểu tồn dư (ml)	110	15 ml
Thể tích TTL (ml)	80	30,50
Kết quả giải phẫu bệnh	-	100% Lành tính

#### IV. BÀN LUẬN:

**4.1. HoLEP - Giải pháp tối ưu cho BPH kích thước lớn:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 48 BN với thể tích tuyến trung bình 80 mL đã khẳng định tính ưu việt của HoLEP so với phẫu thuật cắt đốt nội soi (TURP), thường gặp khó khăn do giới hạn thời gian mổ (thường < 60 phút để tránh hội chứng nội soi) và khó khăn trong cầm máu diện rộng. Ngược lại, HoLEP sử dụng nước muối sinh lý đẳng trương làm dịch rửa, loại bỏ hoàn toàn nguy cơ hội chứng TUR (hạ natri máu do hấp thụ nước nhược trương). Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Na<sup>+</sup> máu trước và sau mổ không thay đổi đáng kể về mặt lâm sàng, chứng minh độ an toàn cao của phương pháp này về mặt cân bằng nội môi, ngay cả khi thời gian mổ kéo dài tới 175 phút ở những ca khó.

So với mổ mở bóc nhân (Open Prostatectomy) - vốn là chỉ định kinh điển cho u >80 ml, HoLEP mang lại kết quả bóc tách tương đương (lấy trọn vẹn thùy tuyến đến sát vỏ bao) nhưng xâm lấn tối thiểu hơn rất nhiều. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 3 ± 1,5 ngày, thấp hơn đáng kể so với 7-10 ngày của mổ mở được báo cáo trong y văn trong nước [1]. Điều này không chỉ giúp BN phục hồi nhanh, sớm trở lại sinh hoạt mà còn giảm gánh nặng chi phí giường bệnh và chăm sóc y tế.

**4.2. Phân tích về thách thức kỹ thuật:** Một trong những rào cản lớn nhất của HoLEP là kỹ thuật khó và đường cong học tập dài. Các chuyên gia thế giới ước tính một phẫu thuật viên cần thực hiện khoảng 20-50 ca để đạt được sự thành thạo cơ bản [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 98,7 phút, cao hơn so với các trung tâm có kinh nghiệm lâu năm trên thế giới (thường khoảng 60-70 phút cho cùng kích thước u) [5]. Tuy nhiên, khi phân tích chi tiết, chúng tôi nhận thấy thời gian này giảm dần theo số lượng ca mổ. Giai đoạn đầu, thời gian kéo dài chủ yếu ở thì xay mô

(morcellation). Việc điều khiển máy xay mô đòi hỏi sự phối hợp nhịp nhàng giữa chân đạp (bơm hút/dao cắt) và tay giữ ống soi để đảm bảo đầu hút luôn nằm giữa bàng quang chứa đầy nước. Ba trường hợp tổn thương niêm mạc bàng quang trong nghiên cứu của chúng tôi đều xảy ra ở 20 ca đầu tiên. Bài học kinh nghiệm rút ra là: (1) Luôn duy trì bàng quang căng vừa đủ để tạo không gian thao tác; (2) Đầu máy xay phải luôn hướng lên trên, tránh xa vùng tam giác bàng quang và thành sau; (3) Tuyệt đối không kích hoạt dao cắt khi tầm nhìn bị che khuất bởi máu cục hoặc mô tuyến.

**4.3. Hiệu quả cầm máu và vấn đề truyền máu:** Laser Holmium với bước sóng 2140 nm có đặc tính hấp thụ mạnh bởi nước, cho phép cắt mô chính xác với độ xuyên sâu nhiệt chỉ 0,4mm. Điều này giúp cầm máu bề mặt cực tốt, hạn chế tối đa tổn thương nhiệt lan tỏa gây hoại tử mô hay kích thích thần kinh bịt [6]. Tỷ lệ truyền máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,08% (1 ca), thấp hơn nhiều so với tỷ lệ 5-10% thường gặp ở TURP cho các tuyến lớn. Trường hợp duy nhất phải truyền máu là do tổn thương xuyên vỏ bao vào đám rối tĩnh mạch quanh TTL. Điều này nhắc nhở phẫu thuật viên cần nhận định rõ lớp giải phẫu ("white line" - đường trắng vô mạch) giữa adenoma và vỏ bao. Nếu đi sai lớp, vào sâu trong vỏ bao, nguy cơ chảy máu sẽ tăng lên đáng kể và rất khó cầm bằng laser.

**4.4. Biến chứng tiểu không kiểm soát:** Tiểu không kiểm soát (SUI) là biến chứng khiến BN lo lắng nhất sau HoLEP. Cơ chế của SUI tạm thời sau HoLEP thường do: (1) Sự giãn quá mức của cơ thắt niệu đạo trong quá trình thao tác với ống soi kích thước lớn (26Fr); (2) Mất sự hỗ trợ cơ học của mô TTL sau khi bóc bỏ khối lượng lớn; (3) Tổn thương nhiệt nhẹ hoặc lực kéo giãn lên vùng đỉnh tuyến. Tỷ lệ 4,2% BN tiểu không kiểm soát tạm thời trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đồng với các báo cáo quốc tế (thường dao động 1,4 - 5%) [7]. Điểm quan trọng là 100% BN đã hồi phục. Điều này khẳng định kỹ thuật bóc tách tại vùng đỉnh đã được thực hiện cẩn trọng, bảo tồn được cơ thắt niệu đạo. Chúng tôi áp dụng kỹ thuật "cắt sớm tại đỉnh" để hạn chế lực kéo giãn lên cơ thắt trong quá trình bóc tách các thùy bên, đây là kinh nghiệm quan trọng để giảm thiểu biến chứng này. Về chức năng tình dục, mặc dù nghiên cứu này không tập trung đánh giá sâu về xuất tinh ngược dòng (hầu như chắc chắn xảy ra sau HoLEP), nhưng các nghiên cứu của Kim SH

và cộng sự [8] đã chỉ ra rằng HoLEP ít ảnh hưởng đến chức năng cương dương hơn so với TURP, nhờ khả năng bảo tồn tốt hơn các bó mạch thần kinh nằm ngoài vỏ bao.

**4.5. Hạn chế của nghiên cứu:** Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế nhất định. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ (48 BN), chưa đủ lớn để phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ. Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn (trung bình 3 tháng) chưa cho phép đánh giá các biến chứng xa như hẹp niệu đạo, xơ cứng cổ bàng quang hay tỷ lệ tái phát thực sự. Tuy nhiên, với đặc điểm bóc hết nhân tuyến của HoLEP, các nghiên cứu dài hạn trên thế giới (Elmansy theo dõi 10 năm) đã chứng minh tỷ lệ tái phát của HoLEP là rất thấp (<1%), thấp hơn nhiều so với TURP [7,9]. Cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm với thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định chắc chắn hơn các kết luận này tại Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bóc nhân phì đại lạnh tính TTL bằng laser Holmium là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị BPH. Kỹ thuật cho thời gian can thiệp ngắn, tỷ lệ biến chứng thấp, cải thiện rõ rệt triệu chứng đường tiểu dưới và chất lượng sống của người bệnh sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen Quang, Nguyen Dinh Lien.** Ứng dụng phẫu thuật nội soi bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2020;495(1):45-51.
2. **Fraundorfer MR, Gilling PJ.** Holmium:YAG laser enucleation of the prostate combined with mechanical morcellation: preliminary results. *Eur Urol.* 1998;33(1):69-72.
3. **Cornu JN, et al.** EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). *European Association of Urology.* 2023.
4. **Kampantais S, et al.** The learning curve of Holmium Laser Enucleation of the Prostate (HoLEP): A systematic review. *Urology.* 2018.
5. **Shigemura K, Fujisawa M.** Current status of holmium laser enucleation of the prostate. *Int J Urol.* 2018;25(3):206-211.
6. **Gilling PJ, Aho TF, Frampton CM, et al.** Holmium laser enucleation of the prostate: results at 6 years. *Eur Urol.* 2008;53(4):744-749.
7. **Elmansy HM, Kotb A, Elhilali MM.** Holmium laser enucleation of the prostate: long-term durability of clinical outcomes and complication rates during a 10-year period. *J Urol.* 2011;186(5):1972-1976.
8. **Kim SH, Yang HK, Lee HE, Paick JS, Oh SJ.** HoLEP does not affect the overall sexual function of BPH patients: a prospective study. *Int Braz J Urol.* 2016;42(2):293-301.
9. **Krambeck AE, Handa SE, Lingeman JE.** Holmium laser enucleation of the prostate: results at a single institution. *J Urol.* 2010;183(4):1468-1474.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT CỦA THUỐC ỨC CHẾ SGLT-2 TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỒNG NAI

Nguyễn Dương Thiên Thanh<sup>1,2</sup>,  
Phạm Văn Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Minh Thuận<sup>1\*</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát hiệu quả của nhóm thuốc ức chế SGLT-2 trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 (ĐTĐ2) điều trị ngoại trú. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mở tả được thực hiện từ 1/2023 đến 6/2024 trên 204 BN ĐTĐ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Đồng

Nai có sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i. **Kết quả:** BN có tuổi trung vị 67 (61 – 71,75). Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam. Số thuốc trung bình mỗi toa là 7 (5 - 8). Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là 2 bệnh lý mắc kèm thường gặp. Phần lớn BN được chỉ định phác đồ phối hợp thuốc. DPP4i và metformin là 2 nhóm thuốc được phối hợp với SGLT-2i nhiều nhất. Sau thời gian điều trị, đường huyết đói (ĐHĐ) và HbA1c của BN đều cải thiện. Tỷ lệ BN đạt mục tiêu ĐHĐ và HbA1c tăng có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ). HbA1c ban đầu có liên quan đến khả năng đạt mục tiêu HbA1c (< 7%) sau thời gian điều trị. **Kết luận:** Nghiên cứu ghi nhận được hiệu quả sử dụng các phác đồ điều trị có SGLT-2i thông qua cải thiện tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c và đường huyết đói ở BN ĐTĐ2. **Từ khóa:** SGLT-2i, đái tháo đường tuýp 2, HbA1c, đường huyết, bệnh nhân ngoại trú.

<sup>1</sup>Bộ môn Hóa Sinh, Trường Dược, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Thuận

Email: ntmthuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2026

Ngày duyệt bài: 10.3.2026

**SUMMARY****EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SGLT-2 INHIBITORS IN BLOOD GLUCOSE CONTROL IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES TREATED AT DONG NAI GENERAL HOSPITAL**

**Objective:** To evaluate the effectiveness of SGLT-2 inhibitors (SGLT-2i) in glycemic control in outpatients with type 2 diabetes. **Methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study was conducted from 1/2023 to 6/2024 on 204 outpatients with type 2 diabetes using the SGLT-2i at the Dong Nai General Hospital. **Results:** Outpatients with type 2 diabetes had a median age of 67 years (61–71.75). The proportion of women was higher than that of men. The average number of drugs per prescription was 7 (5 - 8). Hypertension and dyslipidemia were two common comorbidities. Most patients with type 2 diabetes were prescribed combination therapies containing SGLT-2i. DPP-4 inhibitors and metformin were the most commonly combined agents with SGLT-2i. After treatment with regimens containing SGLT-2i, fasting blood glucose (FBG) and HbA1c concentrations were both improved. The proportion of outpatients achieving target HbA1c and FBG levels increased significantly ( $p < 0.05$ ). Baseline HbA1c levels were associated with achieving target HbA1c levels ( $<7\%$ ) after treatment. **Conclusion:** Therapeutic regimens containing SGLT-2 inhibitors improved the proportion of outpatients achieving target HbA1c and fasting blood glucose levels. **Keywords:** SGLT-2 inhibitors, type 2 diabetes, HbA1c, blood glucose, outpatients

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

ĐTĐ tuýp 2 (ĐTĐ 2) gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm. Hiện nay có nhiều biện pháp kết hợp để phòng ngừa và điều trị ĐTĐ 2 bao gồm thay đổi lối sống như chế độ ăn uống, tập thể dục, tăng vận động và sử dụng thuốc để kiểm soát nồng độ glucose huyết và ngăn chặn các biến chứng có thể xảy ra. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ 2 đạt mục tiêu điều trị còn thấp<sup>(1)</sup>. Đây là một vấn đề đáng báo động trong việc kiểm soát đái tháo đường hiện nay tại Việt Nam. Thuốc ức chế kênh đồng vận natri-glucose 2 (SGLT-2i) là thuốc hạ glucose huyết dạng uống thế hệ mới, với cơ chế hoạt động ức chế tái hấp thu glucose ở ống thận, tăng cường bài tiết qua nước tiểu và độc lập với lượng insulin trong máu. Ưu điểm của các thuốc SGLT-2i là khắc phục được những tác dụng phụ của các thuốc cổ điển như hạ đường huyết quá mức, tăng cân, rối loạn tiêu hóa. Ngoài tác động trên glucose huyết, nhóm thuốc SGLT-2i có tác dụng giảm cân nặng do làm tăng glucose niệu và tác dụng hạ áp thông qua cơ chế lợi niệu thẩm thấu<sup>(2)</sup>. Tại Việt Nam, các thuốc nhóm SGLT-2i được sử dụng

ngày càng nhiều nhưng dữ liệu đánh giá tính hiệu quả của nhóm thuốc này còn hạn chế. Mục tiêu của nghiên cứu này là khảo sát hiệu quả của nhóm thuốc ức chế SGLT-2 trên bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai nhằm góp phần cung cấp thông tin cho bác sĩ sử dụng thuốc đạt hiệu quả trong điều trị.

**II. NGUYÊN LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP**

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả các hồ sơ bệnh nhân (BN) từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán ĐTĐ2 và điều trị ngoại trú từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024 tại phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai có sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN không được đưa vào nghiên cứu khi có 1 trong các điều kiện sau: BN ĐTĐ1, ĐTĐ thai kỳ hoặc các thể khác không phải ĐTĐ 2; BN < 18 tuổi, PNCT hoặc cho con bú; BN đang mắc các bệnh lý ở hệ tạo máu làm ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm HbA1c như bệnh lý hemoglobin (Hbs, HbC), thiếu máu tan huyết...

**Cỡ mẫu:** Tất cả bệnh nhân ĐTĐ2 ngoại trú thỏa tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

**Thiết kế nghiên cứu**

Bước 1: Thiết kế phiếu thu thập thông tin.

Bước 2: Tiến hành khảo sát đơn thuốc ngoại trú của bệnh nhân được chỉ định nhóm thuốc SGLT-2i trên phần mềm điện tử eHOSPITAL của bệnh viện Đa khoa Đồng Nai.

Bước 3: Nhập dữ liệu và xử lý thống kê.

Bước 4: Phân tích và nhận xét kết quả.

**Nội dung nghiên cứu**

-Khảo sát các đặc điểm chung và tình hình sử dụng thuốc SGLT-2i của BN ĐTĐ2 ngoại trú.

-Đánh giá hiệu quả kiểm soát đường huyết đói và HbA1C của BN ĐTĐ2 ngoại trú.

- Khảo sát một số yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát HbA1c ở BN ĐTĐ2 ngoại trú.

**Xử lý thống kê**

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và Microsoft Excel 2021. Các biến định danh được thể hiện dưới dạng tỉ lệ phần trăm. Biến liên tục phân phối chuẩn được trình bày bởi trung bình và độ lệch chuẩn (trung bình  $\pm$  SD), không phân phối chuẩn được trình bày bằng trung vị (khoảng tứ phân vị).

So sánh tỉ lệ 2 nhóm độc lập bằng phép kiểm Chi-square. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng

để đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**Đạo đức trong nghiên cứu**

Nghiên cứu này được thực hiện sau khi được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai chấp thuận theo Giấy chứng nhận số 10/CN-HĐĐĐ ngày 10/04/2024.

**III. KẾT QUẢ**

**Đặc điểm dân số nghiên cứu ĐTĐ 2 điều trị ngoại trú**

Trong khoảng thời gian từ tháng 1/2023 đến 6/2024, chúng tôi đã thu thập được 312 hồ sơ bệnh án của BN ĐTĐ 2 điều trị ngoại trú tại các phòng khám Nội Tiết của bệnh viện đa khoa Đồng Nai có sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i. Sau khi sàng lọc theo các tiêu chuẩn chọn mẫu, còn lại 204 hồ sơ bệnh án ngoại trú đáp ứng tiêu chuẩn cho nghiên cứu phân tích. Độ tuổi trung vị của BN ĐTĐ2 là 67 (61 – 71,75), thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 87 tuổi. Nhóm BN  $\leq 65$  tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm  $> 65$  tuổi. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ BN nữ (53,9%) nhiều hơn BN nam (46,1%). Tình trạng hút thuốc xảy ra ở 11 BN nam. Số thuốc trung vị trên 1 đơn của BN là 7 thuốc, trong đó sử dụng ít nhất là 2 thuốc và nhiều nhất là 10 thuốc. Chỉ có 1 trường hợp không ghi nhận bệnh mắc kèm, ngược lại tỷ lệ BN có 3-4 bệnh kèm chiếm tỷ lệ cao nhất (49,5%) (bảng 1).

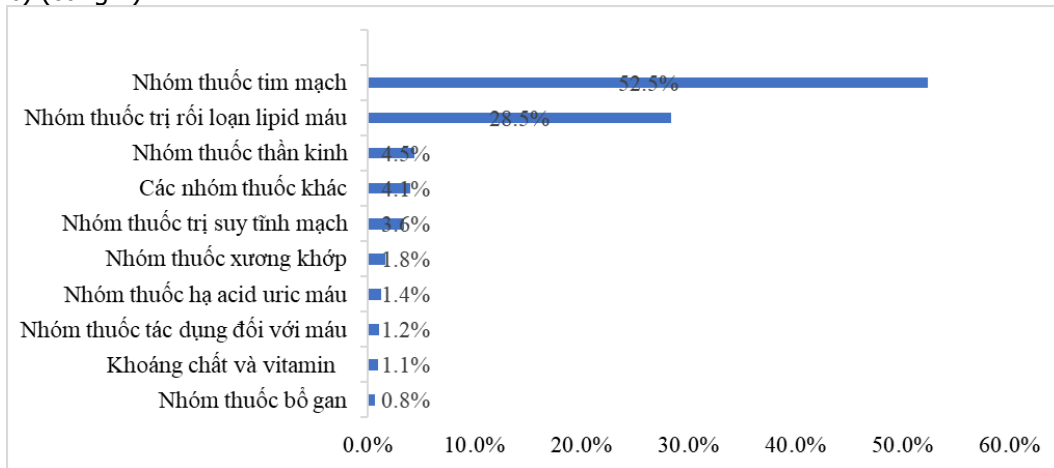
**Bảng 1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu ĐTĐ 2 điều trị ngoại trú**

Đặc điểm (n=204)		Giá trị
Tuổi (năm)	Trung vị	67 (61 – 71,75)
	Lớn nhất	87
	Nhỏ nhất	21
Phân loại tuổi	$\leq 65$	116 (56,9%)
	$> 65$	88 (43,1%)
Giới tính	Nam	94 (46,1%)
	Nữ	110 (53,9%)
Hút thuốc	Có	11 (5,4 %)
	Không	193 (94,6 %)
Số thuốc trung vị trong đơn		7 (5 – 8)
Số lượng bệnh kèm	0	0,5%
	1-2	21,6%
	3-4	49,5%
	$\geq 5$	28,4%

**Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ở bệnh nhân ĐTĐ2 ngoại trú**

Khảo sát tình hình sử dụng các nhóm thuốc điều trị bệnh lý mắc kèm trên BN ĐTĐ 2

Trong số các nhóm thuốc được kê đơn cho bệnh lý mắc kèm trên BN ĐTĐ 2, nhóm thuốc được kê đơn nhiều là thuốc tim mạch (52,5%) và thuốc trị rối loạn lipid máu (28,5%). Kết quả này cũng phản ánh các bệnh tim mạch và rối loạn lipid máu xuất hiện nhiều nhất ở BN ĐTĐ 2 (hình 1).



**Hình 1. Tỷ lệ các nhóm thuốc được kê đơn cho bệnh lý mắc kèm trên BN ĐTĐ 2**

**Khảo sát tình hình sử dụng thuốc SGLT-2i ở bệnh nhân ĐTĐ2 ngoại trú**

Kết quả phân tích từ 204 BN ĐTĐ 2 cho thấy empagliflozin và dapagliflozin là 2 thuốc thuộc nhóm SGLT-2i đang được sử dụng tại các phòng khám nội tiết bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. Trong đó empagliflozin (80,4%) được kê đơn

nhiều hơn gấp 4 lần so với dapagliflozin (19,6%). Hoạt chất dapagliflozin chỉ được kê với một mức liều là 10 mg, còn empagliflozin được kê với 2 mức liều là 10 mg và 25 mg. Empagliflozin 25 mg có tỷ lệ sử dụng nhiều nhất (66,2%) (bảng 2).

**Bảng 2. Đặc điểm thuốc nhóm SGLT-2i sử dụng trong mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm		Tần số (Tỷ lệ %)
Loại thuốc SGLT-2i	Empagliflozin	164 (80,4 %)
	Dapagliflozin	40 (19,6%)
Liều dùng SGLT-2i	Empagliflozin 10 mg	29 (14,2%)
	Empagliflozin 25 mg	135 (66,2%)
	Dapagliflozin 10 mg	40 (19,6%)

Kết quả khảo sát ghi nhận, số lượng thuốc điều trị ĐTĐ 2 trong toa của bệnh nhân dùng SGLT-2i dao động từ 1 đến 4 thuốc, nhiều nhất là nhóm phối hợp 3 thuốc. Ở phác đồ 2 thuốc, sự kết hợp giữa SGLT-2i + insulin là dạng phối hợp được chỉ định nhiều nhất với tỷ lệ là 7,8%. Ở phác đồ phối hợp 3 thuốc, kết hợp giữa SGLT-2i + insulin + DPP4i chiếm tỷ lệ cao nhất là 20,1%. Phác đồ phối hợp 4 thuốc, tỷ lệ kết hợp giữa SGLT-2i + insulin + DPP4i + metformin là 23% cao nhất trong phối hợp 4 thuốc điều trị ĐTĐ 2 ngoại trú. Nhóm SU chỉ xuất hiện ở dạng phối hợp 3-4 thuốc và acarbose chỉ có 1 BN sử dụng với phác đồ 4 thuốc (bảng 3).

**Bảng 3. Phối hợp SGLT-2i với thuốc hạ đường huyết khác cho bệnh nhân ĐTĐ 2**

Phác đồ điều trị	Dạng phối hợp thuốc đái tháo đường	Tần số (Tỷ lệ %)
Đơn trị (n = 2)	SGLT-2i	2 (1%)
2 thuốc (n = 29)	SGLT-2i + insulin	16 (7,8%)
	SGLT-2i + DPP4i	7 (3,4 %)
	SGLT-2i + metformin	6 (2,9%)
3 thuốc (n = 97)	SGLT-2i + insulin + DPP4i	41 (20,1%)

Phác đồ điều trị	Dạng phối hợp thuốc đái tháo đường	Tần số (Tỷ lệ %)
	SGLT-2i + DPP4i + metformin	29 (14,2%)
	SGLT-2i + insulin + metformin	13 (6,4%)
	SGLT-2i + metformin + SU	12 (5,9%)
	SGLT-2i + DPP4i + SU	2 (1%)
4 thuốc (n = 76)	SGLT-2i + insulin + DPP4i + metformin	47 (23%)
	SGLT-2i + DPP4i + metformin + SU	23 (11,3 %)
	SGLT-2i + insulin + metformin + SU	4 (2 %)
	SGLT-2i + acarbose + metformin + SU	1 (0,5 %)
	SGLT-2i + insulin + DPP4i + SU	1 (0,5%)

**Đánh giá hiệu quả của nhóm thuốc SGLT-2i trong điều trị đái tháo đường tuyp 2. Hiệu quả kiểm soát glucose huyết đói và HbA1c**

Sau thời gian điều trị ĐTĐ 2 có dùng thuốc SGLT-2i, mức HbA1c và glucose huyết của mẫu nghiên cứu đều giảm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ), tuy nhiên cả 2 giá trị tại thời điểm tái khám cuối cùng vẫn chưa nằm trong ngưỡng giá trị mục tiêu chung ( $HbA1c < 7\%$  và glucose huyết đói  $4,4 - 7,2$  mmol/L). Tỷ lệ HbA1c ban đầu  $\geq 8\%$  cũng đã giảm có ý nghĩa thống kê giữa thời điểm ban đầu và tái khám. Tỷ lệ bệnh nhân đạt HbA1c, đạt glucose huyết đói và đạt cả 2 mục tiêu ở thời điểm tái khám tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm ban đầu (bảng 4).

**Bảng 4. Hiệu quả kiểm soát glucose huyết đói, HbA1c trong mẫu nghiên cứu**

Yếu tố	Thời điểm ban đầu	Thời điểm tái khám	Chênh lệch trung bình	P
Trung vị HbA1c (%)	8,3 (7,4 - 9,4)	7,8 (7 - 8,86)	-0,5	< 0,001*
Trung vị glucose huyết đói (mmol/L)	8,77 (7,44 - 10,28)	7,8 (6,95 - 9,09)	-0,97	< 0,001*
Tỷ lệ bệnh nhân có HbA1c $\geq 8\%$	121 (59,2%)	94 (46,1%)	-27 (-12,9%)	< 0,001**
Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c (%)	29 (14,2%)	49 (24,1%)	+20 (+9,9%)	< 0,001**
Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu glucose huyết đói (%)	41 (20,1%)	64 (31,4%)	+23 (+11,3%)	0,001**
Tỷ lệ bệnh nhân đạt 2 mục tiêu HbA1c và glucose huyết đói (%)	17 (8,3%)	35 (17,2%)	+18 (+8,9%)	< 0,001**

*P\**: Wilcoxon test; *p\*\**: Chi square test

**Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị HbA1c và glucose huyết đói dùng các phác đồ có SGLT-2i**

Sau thời gian điều trị, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ 2 đạt mục tiêu HbA1c và glucose cao nhất khi dùng phác đồ chứa SGLT-2i phối hợp 2 thuốc

khác. Ở phác đồ 4 thuốc, đa số bệnh nhân có chỉ số HbA1c và glucose huyết đói ban đầu rất cao nên khả năng đạt mục tiêu sẽ khó khăn hơn. Cả 2 tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c và glucose huyết đói theo số lượng thuốc phối hợp đều khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm BN sử dụng phác đồ điều trị khác nhau chứa SGLT-2i (bảng 5).

**Bảng 5. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị HbA1c và glucose theo phác đồ phối hợp chứa SGLT-2i**

Phác đồ điều trị	Đạt mục tiêu HbA1c (<7%)	p	Đạt mục tiêu glucose huyết đói (4,4 -7,2 mmol/L)	p
Đơn trị (n = 2)	0 (0 %)	< 0,001	1 (50%)	< 0,001
2 thuốc (n = 29)	16 (55,2%)		14 (48,3%)	
3 thuốc (n = 97)	25 (25,7%)		37 (38,1%)	
4 thuốc (n = 76)	8 (10,5%)		12 (15,8%)	

p: Kruskal-Wallis test

**Khảo sát một số yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát HbA1c**

Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố có liên quan đến khả năng đạt mục tiêu HbA1c trong mẫu nghiên cứu là HbA1c ban đầu và số lượng thuốc ĐTĐ trong toa. Tuy nhiên, kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy HbA1c ban đầu tăng thêm 1% thì khả năng đạt mục tiêu HbA1c (< 7 %) sau thời gian điều trị giảm đi 79,6% (bảng 6).

**Bảng 6. Kết quả phân tích các yếu tố liên quan đến mục tiêu kiểm soát HbA1c**

Yếu tố khảo sát	OR	95% CI	p
<b>Phân tích đơn biến</b>			
Tuổi (năm)	0,984	0,952 – 1,016	0,314
Giới tính	Nam	1	0,148
	Nữ	0,62	
Hút thuốc lá	Không	1	0,795
	Có	0,834	
Số lượng bệnh mắc kèm	0 - 2	1	0,924
	3 - 4	0,957	
	≥ 5	0,952	
Số lượng thuốc ĐTĐ trong toa	0,373	0,231 – 0,603	< 0,001
HbA1c ban đầu (%)	0,183	0,11 – 0,315	< 0,001
eGFR ban đầu	0,99	0,977 – 1,004	0,165
<b>Phân tích đa biến</b>			
HbA1c ban đầu	0,204	0,118 – 0,354	< 0,001
Số lượng thuốc ĐTĐ trong toa	0,748	0,404 – 1,382	0,354

**IV. BÀN LUẬN**

Kết quả thu thập từ mẫu nghiên cứu cho thấy đa số BN mắc ĐTĐ 2 ngoại trú tại các phòng khám Nội tiết của bệnh viện Đa khoa Đồng Nai là người cao tuổi với tuổi trung vị là 67 (61 – 71,75) (thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 87 tuổi). Kết quả này gần giống với nghiên cứu

được thực hiện tại bệnh viện Thống Nhất (66 tuổi) (3). BN nữ ĐTĐ 2 trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao hơn so với BN nam. Tuy nhiên, nghiên cứu của Biswas T. và cộng sự (2022) trên người Việt Nam cho kết quả ước tính gộp tỷ lệ hiện mắc của nam cao hơn nữ (4). ĐTĐ thường gia tăng nguy cơ biến chứng và tình trạng đa bệnh lý ở người cao tuổi. Số thuốc trung vị trong một toa của BN ĐTĐ 2 nghiên cứu này là 7 thuốc, gần giống với nghiên cứu của Ghaith M Al – Taani và cộng sự (6,5 thuốc) (5).

Để tăng SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ ĐƯỜNG HUYẾT VÀ HbA1C cho BN ĐTĐ 2, DPP4i (73,5%) và metformin (66,2%) là 2 nhóm được phối hợp nhiều nhất với SGLT-2i, tương tự với kết luận của Islam và cộng sự (2024) (6). DPP4i kết hợp SGLT-2i mang lại nhiều lợi ích do cơ chế bổ sung cho nhau giúp tăng hiệu quả hạ đường huyết và trì hoãn quá trình tiến triển bệnh. Tại bệnh viện Đa khoa Đồng Nai, 2 thuốc thuộc nhóm SGLT-2i được sử dụng là dapagliflozin và empagliflozin. Phần lớn bệnh nhân được chỉ định phối hợp thuốc với đa cơ chế tác dụng nhằm giúp kiểm soát đường huyết tốt hơn. Việc phối hợp sớm giúp giảm nguy cơ thất bại trong điều trị và gia tăng thời gian kiểm soát đường huyết. Sau khoảng thời gian điều trị với phác đồ có nhóm thuốc SGLT-2i, giá trị trung bình HbA1c và glucose huyết đói của BN trong nghiên cứu này đều giảm có ý nghĩa thống kê so với ban đầu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Islam và cộng sự (6). Tỷ lệ BN đạt cả hai mục tiêu kiểm soát đường huyết và HbA1c tăng có ý nghĩa thống kê so với ban đầu. Tỷ lệ đạt mục tiêu đường huyết đói tăng 11,3% và đạt mục tiêu HbA1c tăng 9,9%. Tuy nhiên tỷ lệ này vẫn chưa cao sau thời gian điều trị mặc dù đa số BN đều được điều trị tích cực với các phác đồ đa dạng. Nghiên cứu của Lidan Yang cho thấy giá trị HbA1c ban đầu càng cao thì mức giảm HbA1c càng lớn (7). Sự cải thiện trên các thông số lâm sàng là tín hiệu tích cực cho thấy việc điều trị đang đi đúng hướng và sẽ tiếp tục duy trì để bệnh nhân có thể đạt được mục tiêu đường huyết. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy