

soát, đường khâu không chặt hoặc ứng dụng khâu không đúng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiêu chuẩn thất bại sau khâu B-Lynch được đặt ra khi không cầm được máu chảy tử tử cung, phải chuyển sang phương pháp can thiệp khác hoặc phải cắt TC để cầm máu. Còn biến chứng sau khâu B-Lynch được hiểu là mặc dù đã xử trí được tình trạng CMSĐ nhưng bệnh nhân gặp phải các tình trạng bệnh lý khác có liên quan đến phương pháp can thiệp. Các nghiên cứu của các tác giả Meydanli (2008), Marasinghe (2011) hay gần đây như của Songthamwat S (2018) [8] đều cho thấy tỷ lệ thành công của mũi khâu B-Lynch hoặc B-Lynch cải tiến dao động từ 76-100%.

Khi sử dụng mũi khâu B-Lynch, 97,4% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bảo tồn được tử cung, 2,6% bệnh nhân phải cắt tử cung do khâu B-Lynch thất bại. Trường hợp duy nhất thất bại vì tử cung mất máu trước đó quá nhiều trong tình trạng rối loạn đông máu nên dù được ép chặt lại nhưng máu vẫn tiếp tục chảy ra ở âm đạo.

Các biến chứng ngắn hạn và dài hạn sau khâu mũi B-Lynch cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trên thế giới và trong nước. Các tình trạng như sốt, nhiễm khuẩn sau mổ; viêm niêm mạc tử cung; hoại tử niêm mạc tử cung; vỡ tử cung ở lần có thai sau; hoại tử toàn bộ TC; dính buồng tử cung... đã được ghi nhận. Trong nghiên cứu của chúng không ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến chứng gần sau mũi khâu B-Lynch.

## V. KẾT LUẬN

Chảy máu sau đẻ do nguyên nhân đỡ tử cung trong nghiên cứu này gặp ở nhóm bệnh nhân mổ chủ động chiếm tỷ lệ cao 80,8%, mắc bệnh lý

tăng huyết áp, tiểu đường thai kỳ và thiếu máu chiếm 19,2%. Tỷ lệ thành công giữ được tử cung ở những bệnh nhân khâu B Lynch đạt 97,4%, không có trường hợp nào gặp biến chứng gần sau khâu B Lynch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** WHO recommendations Uterotonics for prevention of postpartum haemorrhage: World Health Organization 2018, 7-10.
2. **Nguyễn Đức Vy (2002)**, Tình hình chảy máu sau đẻ tại viện bảo vệ bà mẹ trẻ sơ sinh trong 6 năm 1996- 2001, Tạp chí thông tin Y dược, 36-39.
3. **Phạm Thị Hải (2007)**, Nghiên cứu chảy máu sau đẻ tại bệnh viện phụ sản Trung Ương từ 7/2004 – 6/2007, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **B-Lynch C, Coker A, Lawal AH, et al.** The B-Lynch surgical technique for the control of massive postpartum haemorrhage: an alternative to hysterectomy? Five cases reported. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:372-375.
5. **Cameron MJ. Definitions,** Vital Statistics and Risk Factors: An Overview, A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage. 2012.
6. **Muche AA, Olayemi OO, Gete YK.** Effects of gestational diabetes mellitus on risk of adverse maternal outcomes: a prospective cohort study in Northwest Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(73): <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2759-8>.
7. **Unterscheider J, Breathnach F, Geary M.** Standard medical therapy for Postpartum Hemorrhage, A Comprehensive Textbook of Postpartum Hemorrhage, 2nd Edition. Sapiens Publishing; 2012.
8. **S Songthamwat, M Songthamwat (2018).** Uterine flexion suture: modified B-Lynch uterine compression suture for the treatment of uterine atony during cesarean section. Int J Womens Health; 10: 487-492.

## THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐTD TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2019

Vũ Thanh Bình\*, Lê Đức Cường\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu (KSGM) và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân

\*Trường Đại học Y Dược Thái Bình  
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình  
 Email: binhvt@tbump.edu.vn  
 Ngày nhận bài: 3.3.2022  
 Ngày phản biện khoa học: 19.4.2022  
 Ngày duyệt bài: 29.4.2022

đái tháo đường (ĐTD) type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2019. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang với 336 bệnh nhân – cỡ mẫu tính theo công thức nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu glucose máu lúc đói: 40,7%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c: 44,3%. Có mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu với chỉ số BMI (OR=2,1; 1,2-3,2), sự tuân thủ chế độ ăn (OR=2,9; 1,7-4,9), chế độ luyện tập (OR=1,9; 1,2-3,2), chế độ dùng thuốc (OR=3,3; 1,6-6,8). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát được chỉ số đường huyết lúc đói còn

khá thấp; cần thực hiện tốt các biện pháp kiểm soát cân nặng, tuân thủ chế độ ăn uống tập luyện và dùng thuốc để có thể cải thiện tình trạng này.

**Từ khóa:** Đái tháo đường typ 2; Kiểm soát Glucose máu; Thái Bình

## SUMMARY

### GLYCEMIC CONTROL STATUS AND SOME RISK FACTORS AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2019

**Objectives:** Describe the status of glycemic control and some risk factors among outpatients with type 2 diabetes mellitus at Thai Binh Medical University Hospital in 2019. **Method:** cross-sectional study; 336 patients were collected - sample size was calculated according to descriptive study. **Results:** the proportion of patients who achieved the target of fasting blood glucose accounted for: 40.7%. The proportion of patients reaching the target HbA1c: 44,3%. There are relationships between glycemic control and BMI (OR = 2,1; 1,2 - 3,2), adherence to diet (OR = 2,9; 1,7 - 4,9), exercise regimen (OR = 1,9; 1,2 - 3,2), medication regimen (OR = 3,3; 1,6 - 6,8). **Conclusion:** The proportion of patients with fasting blood glucose control is still quite low. It is necessary to implement weight control, adherence to diet, to exercise and treatment for improving the fasting blood glucose control.

**Keywords:** Type 2 diabetes; Blood glucose control; HbA1c control.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý rối loạn chuyển hóa thường gặp, có diễn biến phức tạp và được coi là một trong ba bệnh có tốc độ gia tăng nhanh nhất thế giới [1]. Theo ước tính mới nhất của liên đoàn đái tháo đường Quốc tế (IDF) trong năm 2015 trên toàn thế giới có khoảng 415 triệu người mắc ĐTĐ và đến năm 2040 con số đó dự kiến tăng lên 642 triệu người, trong đó vùng Tây Thái Bình Dương (trong đó có Việt Nam) sẽ có khoảng 214 triệu người mắc đái tháo đường[2]. Các yếu tố nguy cơ đi kèm ở bệnh nhân đái tháo đường (BN ĐTĐ) type 2 thường là tăng huyết áp, thừa cân và béo phì, rối loạn lipid máu... Do đó kiểm soát glucose máu bao giờ cũng phải đi kèm với việc điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, tạo thành tình trạng kiểm soát đa yếu tố. Ở Việt Nam, việc quản lý bệnh ĐTĐ hiện cũng đang được mở rộng đưa về các tuyến y tế cơ sở nhưng còn nhiều hạn chế. Chất lượng quản lý bệnh nhân ĐTĐ ở mỗi cơ sở y tế khác nhau do phụ thuộc nhiều yếu tố như số lượng cán bộ y tế chuyên khoa có khả năng khám, điều trị tư vấn cho bệnh nhân ĐTĐ, trang thiết bị để chẩn đoán, theo dõi điều trị bệnh, phụ thuộc vào nguồn bảo hiểm y tế chi trả cho từng cơ sở và

ngoài ra còn phụ thuộc khả năng tuân thủ điều trị và kinh tế của mỗi bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của Diabcare ở khu vực châu Á trong đó có Việt Nam, cho thấy tỷ lệ BN ĐTĐ đạt được mục tiêu glucose máu là rất thấp [3]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

*Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2019.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

\* Đối tượng và địa điểm nghiên cứu

Là những BN ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết Bệnh viện Đại học Y Thái Bình

#### Tiêu chuẩn loại trừ

- ĐTĐ có nguyên nhân (ĐTĐ thứ phát).
- ĐTĐ ở phụ nữ có thai.
- BN có những bệnh nội tiết khác kèm theo (Basedow, to đầu chi, hội chứng Cushing).
- BN có những biến chứng cấp tính như nhiễm khuẩn huyết, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu.
- BN trong tình trạng rối loạn ý thức.

\* Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 – 12 năm 2019

### 2. Phương pháp nghiên cứu

\* Thiết kế nghiên cứu: mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

\* Cỡ mẫu: cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu sau khi tính theo công thức là 336 BN.

\* Nội dung và tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hội Đái tháo đường hoa kỳ (ADA) 2017.

- Chẩn đoán type 2 với bệnh nhân ĐTĐ theo tiêu chuẩn của WHO 1999 có vận dụng phù hợp với điều kiện Việt Nam.

- Khai thác chế độ ăn uống, sinh hoạt và dùng thuốc của bệnh nhân.

- Đo các chỉ số nhân trắc: BN được đo chiều cao, cân nặng, vòng eo, vòng hông vào buổi sáng khi đói. Tính BMI và nhận định theo tiêu chuẩn WHO 2000 dành cho người châu Á.

- Định lượng glucose máu lúc đói, định lượng HbA1c trên máy sinh hóa tự động AU480, hóa chất của hãng.

**3. Xử lý số liệu.** Các thông tin thu được từ nghiên cứu được làm sạch trước khi nhập số liệu và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y sinh học phần mềm SPSS 16.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

**tính và nhóm tuổi (n = 336)**

Thông tin		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	141	41,9
	Nữ	195	58,1
Nhóm tuổi	≤ 40	6	1,8
	41 - 50	19	5,6
	51 - 60	76	22,6
	61 - 70	144	42,9
	> 70	91	27,1

Nghiên cứu được tiến hành trên 336 bệnh nhân, trong đó có 141 BN nam, chiếm 41,9%, 195 BN nữ, chiếm 58,1%. Nhóm tuổi từ 61 đến 70 chiếm tỷ lệ nhiều nhất, 42,9%. Nhóm dưới 40 có tỷ lệ thấp nhất, 1,8%.

**Bảng 2. Kết quả kiểm soát BMI ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 (n = 336)**

BMI	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 18,5	16	4,7
18,5 - 22,9	175	52,0
≥ 23	145	43,3

**Bảng 4. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với BMI (n = 336)**

BMI	Glucose máu lúc đói			HbA1c		
	Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95%CI)	Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95% CI)
< 23	92 (48,2)	99 (51,8)	<b>2,1</b> (1,3 - 3,2)	100 (52,6)	91 (47,4)	<b>2,2</b> (1,4 - 3,4)
≥ 23	45 (31,2)	100 (68,8)		49 (33,9)	96 (66,1)	
<b>Tổng</b>	<b>137 (40,7)</b>	<b>199 (59,3)</b>		<b>149 (44,3)</b>	<b>187 (55,7)</b>	

- Nhóm BN có chỉ số BMI ≥ 23 kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu kém hơn so với nhóm BN có chỉ số BMI < 23 (OR = 2,1; 1,3 - 3,2), tương tự với kiểm soát HbA1c, nhóm BN có chỉ số BMI ≥ 23 có mức độ kiểm soát HbA1c kém hơn so với nhóm BN có BMI < 23 (OR = 2,2; 1,4 - 3,4).

**Bảng 5. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu với chế độ ăn, chế độ luyện tập, dùng thuốc (n = 336)**

Tuần thủ		Glucose máu lúc đói			HbA1c		
		Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95% CI)	Đạt (n, %)	Không đạt (n, %)	OR (95% CI)
Chế độ ăn	Có	115 (47,2)	128 (52,8)	<b>2,9</b> (1,7 - 4,9)	124 (51,1)	119 (48,9)	<b>2,8</b> (1,7 - 4,8)
	Không	22 (23,5)	71 (76,5)		25 (26,5)	68 (73,5)	
Chế độ tập	Có	101 (46,2)	117 (53,8)	<b>1,9</b> (1,2 - 3,2)	116 (53,1)	102 (46,9)	<b>2,9</b> (1,8 - 4,7)
	Không	36 (30,2)	82 (69,8)		33 (27,9%)	85 (72,1)	
Dùng thuốc	Thường xuyên	127 (44,5)	158 (55,5)	<b>3,3</b> (1,6 - 6,8)	143 (50,2)	142 (49,8)	<b>7,5</b> (3,1-18,3)
	Không thường xuyên	10 (18,9)	41 (81,1)		6 (10,8)	45 (89,2)	

- Nhóm BN tuân thủ chế độ ăn kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu tốt hơn so với nhóm BN không tuân thủ chế độ ăn (OR = 2,9; 1,7 - 4,9), tương tự với chế độ luyện tập và chế độ dùng thuốc, các BN tuân thủ chế độ luyện tập và dùng thuốc kiểm soát glucose máu lúc đói tốt hơn so với nhóm BN không tuân thủ (OR = 1,9; 1,2 - 3,2 và OR = 3,3; 1,6 - 6,8).

- Nhóm BN tuân thủ chế độ ăn, chế độ luyện tập và dùng thuốc kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu tốt hơn so với nhóm không tuân thủ (OR = 2,8;

Tổng	336	100
------	-----	-----

Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI từ 18,5 – 22,9 là cao nhất chiếm 52,0%. Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI < 18,5 là thấp nhất chiếm 3,7%

**Bảng 3. Kết quả kiểm soát Glucose máu lúc đói và HbA1c (n = 149)**

Chỉ số	BN kiểm soát được		BN không kiểm soát được	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Glucose đói (mmol/l)	137	40,8	199	59,2
HbA1c (%)	149	44,3	187	55,7

- Tỷ lệ BN có mức độ kiểm soát glucose máu lúc đói đạt chiếm 40,8% (137/336 BN), không đạt chiếm 59,2% (199/336 BN)

- Tỷ lệ BN có mức độ kiểm soát HbA1c đạt chiếm 44,3% (149/336 BN), không đạt chiếm 55,7% (187/336 BN).

1,7 - 4,8, OR = 2,9; 1,8 - 4,7, OR=7,5; 3,1 - 18,3).

**IV. BÀN LUẬN**

Nhiều nghiên cứu cho thấy kiểm soát tốt glucose máu lúc đói góp phần làm giảm nhiều biến chứng vi mạch và mạch máu lớn. Có thể nói việc kiểm soát tốt glucose máu mang lại nhiều ích lợi rõ ràng qua các nghiên cứu. Bộ Y tế đã đề ra mục tiêu kiểm soát glucose máu lúc đói 4,4 - 7,2mmol/l và HbA1C < 7,0%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả kiểm

soát glucose máu lúc đói trung bình là  $8,49 \pm 2,29$ mmol/l. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự nghiên cứu của Diabcare Asia (1998) là  $8,9 \pm 3,5$  mmol/l [3], Nguyễn Thị Thúy Hằng là  $8,6 \pm 3,4$  mmol/l [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: 40,7% BN kiểm soát glucose máu  $4,4-7,2$ mmol/l. Tỷ lệ BN không kiểm soát được glucose máu chiếm 59,3%, không có BN nào có glucose máu lúc đói  $<4,4$ mmol/l. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyển (2017) có 41,7% BN kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu, tỷ lệ BN không kiểm soát được glucose máu chiếm 58,3% [6]. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Đào Thị Bích Hường (2014) có 31% BN kiểm soát được glucose máu lúc đói [7], của Nguyễn Thị Thúy Hằng (2010) có 34,5% BN kiểm soát được glucose máu lúc đói [5]. Có sự khác nhau về tỷ lệ kiểm soát đạt mục tiêu là do nhiều yếu tố: sự tuân thủ điều trị, nhân lực bác sỹ chuyên khoa điều trị và do thuốc bệnh nhân sử dụng không đầy đủ...Ngoài ra chỉ số glucose máu đói chỉ cho phép đánh giá được tình trạng glucose máu lúc xét nghiệm do vậy ít có ý nghĩa để đánh giá mức độ KSGM nhưng cũng cho thấy việc kiểm soát đạt glucose máu lúc đói đạt ở BN ĐTĐ còn ở mức thấp và đây cũng là thực trạng chung ở nước ta. Kiểm soát glucose máu là biện pháp chính để phòng ngừa các biến chứng. Tiêu chí để đánh giá sự kiểm soát glucose máu là tỷ lệ HbA1c. Theo Bộ Y Tế năm 2017, mục tiêu cho KSGM là HbA1c  $<7\%$  [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đạt được mục tiêu kiểm soát HbA1c là 44,3%. Tỷ lệ này còn thấp có thể là do một số nguyên nhân, thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, lấy bệnh nhân bệnh nhân vào nghiên cứu chỉ trong một thời điểm, không có sự theo dõi dọc. Chúng tôi lấy cả những bệnh nhân đái tháo đường mới phát hiện và thời gian phát hiện dưới 1 năm, đây là những đối tượng thường có mức glucose máu và HbA1c cao vì chưa được điều trị hoặc mới được điều trị. Hơn nữa trong nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ những bệnh nhân cao tuổi có thời gian mắc bệnh đái tháo đường khá lâu và đã có nhiều biến chứng vì vậy mức mục tiêu kiểm soát cho đối tượng này cũng thường cao hơn 7%.

Kết quả kiểm soát HbA1c trung bình là  $7,1 \pm 1,11\%$ , Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyển [7], có HbA1c trung bình là  $7,5 \pm 0,9\%$ , nhưng cao hơn kết quả của Đào Thị Bích Hường (2014) HbA1c trung bình  $8,25 \pm 3,6\%$  [7].

Qua các kết quả trên với tình trạng kiểm soát HbA1c còn kém, do đó việc hạn chế các biến chứng và tỷ lệ tử vong liên quan đến ĐTĐ là một vấn đề nan giải. Có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu và sự giảm tiến triển của biến chứng mạn tính của BN ĐTĐ. UKPDS 35 cho thấy điều trị tích cực giảm được 1% HbA1c làm giảm 21% tỷ lệ tử vong, 37% tỷ lệ các biến chứng thận và mắt, và 14% tỷ lệ nhồi máu cơ tim [9]. Hiện nay, điều trị ĐTĐ có xu hướng cá thể hóa trong điều trị. Các mục tiêu cần đạt khác nhau ở những đối tượng BN khác nhau tùy thuộc vào tuổi đời, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, nguy cơ hạ đường huyết, bệnh phổi hợp. Như vậy, để kiểm soát glucose máu tốt người thầy thuốc cần phải có sự linh hoạt, cần phải tiếp cận cá nhân hóa dành cho thầy thuốc là rất quan trọng.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm BN có chỉ số BMI  $\geq 23$  kiểm soát glucose máu lúc đói đạt mục tiêu kém hơn so với nhóm BN có chỉ số BMI  $<23$  (OR=2,1; 1,3-3,2. Kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Hoàng Minh Khoa (2017) nghiên cứu trên 550 BN ĐTĐ type 2 cũng thấy rằng có mối liên quan giữa chỉ số BMI và kiểm soát GM lúc đói.

Với HbA1c: nhóm BN có chỉ số BMI  $\geq 23$  có mức độ kiểm soát HbA1c kém hơn so với nhóm BN có BMI  $<23$  (OR = 2,2; 1,4 - 3,4), tương tự với kết quả của Hoàng Minh Khoa (2017). Có sự khác biệt này là do những bệnh nhân ĐTĐ type 2 có thừa cân béo phì (BMI  $\geq 23$ ) luôn có tình trạng kháng insulin làm cho sự kiểm soát GM trở nên khó khăn. Để khắc phục được tình trạng này bệnh nhân cần luyện tập tích cực kết hợp dùng những loại thuốc có cơ chế làm giảm tình trạng kháng insulin, làm giảm cân nặng thì mục tiêu kiểm soát GM mới có thể đạt được. Kết quả kiểm soát GM lúc đói và HbA1c đạt mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đào Bích Hường (2014), Nguyễn Văn Tuyển (2017), Hoàng Minh Khoa (2017) [7],[6]. Điều này cho thấy chế độ ăn có liên quan tới kết quả kiểm soát GM, chế độ ăn rất quan trọng, là nền tảng cơ bản của chế độ điều trị bệnh đái tháo đường. Không thể điều trị có hiệu quả ĐTĐ tít 2 mà không thực hiện tốt chế độ ăn hợp lý, cung cấp đầy đủ các thành phần thức ăn và lượng calor đảm bảo cho cân nặng ổn định, phù hợp.

Kết quả của các nghiên cứu khác cũng cho thấy chế độ luyện tập có liên quan với kết quả kiểm soát GM như nghiên cứu của tác giả khác [5],[6]. Hoạt động thể lực làm tăng độ nhạy cảm của insulin và có thể giảm cân do đó cải thiện

kiểm soát mức glucose máu. Điều trị bệnh đái tháo đường type 2 bằng chế độ ăn và chế độ luyện tập là hai biện pháp điều trị cơ bản trong suốt liệu trình điều trị cùng với biện pháp dùng thuốc. Chế độ này phải được thực hiện thường xuyên thì mới mang lại hiệu quả trong điều trị bệnh đái tháo đường.

Bệnh đái tháo đường là một bệnh mạn tính, nồng độ glucose máu cao kéo dài sẽ gây nên rất nhiều biến chứng nguy hiểm cho người bệnh. Do đó điều trị bệnh đái tháo đường là điều trị lâu dài suốt cuộc đời người bệnh, vậy nên việc tuân thủ điều trị có ý nghĩa vô cùng qua trọng đến kết quả điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói và HbA1c đạt mục tiêu ở nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị thuốc là 44,5% và 50,2% cao hơn ở nhóm bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc là 18,9% và 10,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này cho thấy đối với cán bộ y tế ngoài việc khám chẩn đoán và điều trị đúng cho người bệnh thì một phần cũng không kém phần quan trọng đó là việc tư vấn, giáo dục bệnh nhân hiểu và tuân thủ phác đồ điều trị để đạt được mục tiêu kiểm soát glucose máu.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu glucose máu lúc đói: 40,7%; tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c: 44,3%. Có mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu với chỉ

số BMI (OR = 2,1; 1,2 - 3,2), với sự tuân thủ chế độ ăn, chế độ luyện tập, chế độ dùng thuốc.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội (2018)**, Bệnh học nội khoa tập 2, Nhà xuất bản Y học, Tr 322 – 341.
2. **International Diabetes Federation (2015)**, The Global Burden, Diabetes Atlas.
3. **Diabcare – Asia (2015)**. A Survey – Study on Diabetes Management and
4. **Chazan A.C, Gomes M.B (2001)**. Gliclazide and bedtime insulin are more efficient than insulin alone for type 2 diabetic patients with sulfonylurea secondary failure. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 34 (1),49-56.
5. **Nguyễn Thị Thúy Hằng (2010)**. Nghiên cứu rối loạn lipid máu và tình hình kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Xanh - pôn. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Tuyển (2017)**. Thực trạng kiểm soát đường huyết và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Gang Thép Thái nguyên năm , Luận văn tốt nghiệp cao học, trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Đào Thị Bích Hường (2014)**. Thực trạng kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Bạch Mai 2014, Luận văn tốt nghiệp cao học, trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Bộ Y tế (2017)**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường, Tạp chí Nội tiết – Đái tháo đường Việt Nam, Tr 16-28, số 27/2017
9. **Stratton IM, Adler AI, W Neil HA et al (2000)**, Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study, *BMJ*. 321(6), 405-412.

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHẤT LƯỢNG TINH DỊCH ĐỒ VÀ CHỈ SỐ BMI CỦA NHỮNG NAM GIỚI TỚI KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoài Bắc<sup>1</sup>, Trần Văn Kiên<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Ngày nay, chất lượng tinh trùng của nam giới ngày càng suy giảm dần theo thời gian Các bằng chứng gần đây cho thấy tình trạng thừa cân trong cộng đồng có ảnh hưởng tới sự suy giảm này. Vì vậy, để đánh giá ảnh hưởng của chỉ số BMI đến các thông số tinh dịch đồ của nam giới tại Việt Nam chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Mối liên quan giữa chất lượng tinh dịch đồ và chỉ số BMI của những nam giới tới khám tại

bệnh viện Đại học Y Hà Nội". Kết quả nghiên cứu cho thấy: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 28,8 ± 6,22 tuổi, BMI trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 22,92 ± 2,78kg/m<sup>2</sup>. Có tới 27,1% đối tượng thừa cân và 20,39% nam giới béo phì. Chỉ số BMI có tỷ lệ nghịch với thể tích và mật độ tinh trùng, BMI càng cao thì thể tích và mật độ tinh trùng càng giảm. Trên mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, BMI và hút thuốc lá có mối liên quan với mật độ tinh trùng với công thức: MĐTT = -1,29 x BMI - 0.74 (gói/năm) + 110.85. Béo phì có nguy cơ suy giảm chất lượng tinh trùng cao hơn 2.08 lần. Kết luận: thừa cân, béo phì, hút thuốc lá có ảnh hưởng tới các thông số tinh dịch đồ ở nam giới. Vì vậy, việc tư vấn người bệnh từ bỏ hút thuốc lá, chế độ giảm cân, tối ưu hóa chỉ số BMI là rất cần thiết.

**Từ khóa:** thừa cân, béo phì, BMI, tinh dịch đồ

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoài Bắc

Email: nguyenhoaiabc@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2022

Ngày duyệt bài: 29.4.2022