

doi:10.1186/s12877-020-01545-4

9. **Chang CI, Chan DC, Kuo KN** (2011) Prevalence and correlates of geriatric frailty in a northern taiwan community. *Journal of the Formosan Medical Association* 110(4): 247 –257.

10. **Nguyễn Xuân Thanh** (2015) Hội chứng dễ bị tổn thương và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội

KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Đinh Quốc Bảo¹, Nguyễn Văn Sĩ¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến tại Việt Nam. Kiểm soát đường huyết là một trong những mục tiêu quan trọng và được chứng minh là giúp phòng ngừa các biến chứng mạch máu nhỏ nhưng lợi ích chưa rõ ràng ở những biến chứng mạch máu lớn. Các thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên hệ tim mạch lại mang đến hiệu quả nổi trên. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ kiểm soát đường huyết và thực hành sử dụng thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên tim mạch ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện tại phòng khám nội tiết và phòng khám nội tim mạch của bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2022. **Kết quả:** 454 người bệnh đái tháo đường type 2 tham gia nghiên cứu với nguy cơ tim mạch tử cao cho đến rất cao. Tỉ lệ bệnh lý tim mạch do xơ vữa bao gồm hội chứng mạch vành mạn và bệnh động mạch ngoại biên lần lượt là 38,5% và 0,4%. Tỉ lệ suy tim là 2,4% và tỉ lệ bệnh thận mạn là 8,1%. Tỉ lệ kiểm soát đường huyết (HbA1C < 7%) là 54,8%. Thuốc hạ đường huyết được sử dụng nhiều nhất là metformin (76,9%) và sulfonylurea (49,3%). Thuốc ức chế SGLT2 được chỉ định trong 1,1% trường hợp trong khi thuốc đồng vận GLP1 không được sử dụng. **Kết luận:** Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú ở bệnh viện Nhân dân Gia Định có nguy cơ tim mạch tử cao cho đến rất cao và tỉ lệ bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ cao. Việc kiểm soát đường huyết còn chưa đạt tối ưu. Việc kê toa các thuốc hạ đường huyết có lợi ích trên tim mạch còn chưa được thực hiện. Vì vậy, cần có lưu ý kiểm soát đường huyết và chọn lựa thuốc hạ đường huyết phù hợp với nhóm tăng nguy cơ này.

Từ khoá: Đái tháo đường type 2, kiểm soát đường huyết, bệnh lý tim mạch, ức chế SGLT2, đồng vận GLP1

SUMMARY

GLYCEMIC CONTROL IN OUTPATIENT

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 20.12.2023

MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL: A CROSS-SECTIONAL STUDY

Introduction: Type 2 diabetes mellitus is a common risk factor for cardiovascular disease in Vietnam. Glycemic control is a crucial goal and has been demonstrated to prevent microvascular complications, although its benefits in macrovascular complications remain unclear. Hypoglycemic agents have shown cardiovascular benefits. **Objectives:** This study aimed to determine the rate of glycemic control and the utilization of hypoglycemic agents with cardiovascular benefits in outpatient management of patients with type 2 diabetes. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the endocrinology and cardiology clinics of Nhan dan Gia Dinh hospital from March 2021 to March 2022. **Results:** A total of 454 type 2 diabetic patients with a high to very high cardiovascular risk participated in the study. The prevalence of coronary artery disease, including stable angina and peripheral artery disease, was 38.5% and 0.4%, respectively. Heart failure prevalence was 2.4% and chronic kidney disease prevalence was 8.1%. The rate of glycemic control (HbA1C < 7%) was 54.8%. The most commonly prescribed hypoglycemic agents were metformin (76.9%) and sulfonylureas (49.3%). GLP-1 receptor agonists were not prescribed and SGLT2 inhibitors were indicated in only 1.1% of cases. **Conclusions:** Glycemic control remains suboptimal and the prescription of hypoglycemic agents with cardiovascular benefits is underutilized in type 2 diabetes. Therefore, there is a need for improved glycemic control and appropriate selection of hypoglycemic agents for this high-risk group.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, glycemic control, cardiovascular complications, SGLT2 inhibitors, GLP-1 receptor agonists.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hoá thường gặp và cũng là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Con số người mắc đái tháo đường type 2 dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai.^[1] Đái tháo đường type 2 đi kèm với các biến chứng về mạch máu nhỏ (a) và mạch máu lớn bao gồm các biến chứng tim mạch. Việc kiểm soát đường huyết được chứng

minh là có hiệu quả trong giảm thiểu các biến chứng mạch máu nhỏ nhưng chưa có vai trò rõ rệt trong phòng ngừa biến cố tim mạch.^[2] Một số loại thuốc như đồng vận GLP1 và ức chế SGLT2 được chứng minh có lợi trên hệ tim mạch bên cạnh hiệu quả kiểm soát đường huyết.^[3] Nghiên cứu này được thực hiện để khảo sát tỉ lệ kiểm soát đường huyết và tình hình sử dụng các thuốc hạ đường huyết có tác dụng có lợi trên tim mạch tại khu vực điều trị ngoại trú, bệnh viện Nhân dân Gia Định.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số nghiên cứu

- **Dân số mục tiêu:** Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại các bệnh viện tuyến cuối.

- **Dân số khảo sát:** Người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại khoa Nội tiết và khoa Nội tim mạch tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- **Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:** Người bệnh đái tháo đường type 2 từ 18 tuổi trở lên đang theo dõi và điều trị từ 3 tháng trở lên tại phòng khám nội tiết và nội tim mạch tại bệnh viện Nhân dân Gia Định

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức $N = 1,96.p.(1-p)/m^2$ với $p = 0,49$ là tỉ lệ kiểm soát đường huyết theo nghiên cứu của tác giả Presley và cộng sự^[4] và m được chọn là 0,05. Theo công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là $N \geq 196$ và thực tế thực hiện nghiên cứu, số lượng người bệnh tham gia là 454 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu liên tục thuận tiện. Nếu bệnh nhân thỏa tiêu chí đưa vào và không có tiêu chí loại ra sẽ được đưa vào nghiên cứu.

2.6. Định nghĩa biến số

- Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của phác đồ Bộ y tế 2020

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Chung (N=454)	Phòng khám tim mạch (N=228)	Phòng khám nội tiết (N=226)	p
Đặc điểm nhân khẩu học				
Tuổi (năm)	62 (56-68)	63 (57-69)	61 (56-67)	0.29
Nữ (n,%)	273 (60,1)	140 (30,8)	133 (29,3)	0.58
Bệnh đồng mắc (n,%)				
Tăng huyết áp	444 (97,8)	221 (48,7)	223 (49,1)	0.206
Hội chứng mạch vành mạn	175 (38,5)	120 (26,4)	55 (12,1)	0.001
Đột quy	8 (1,8)	3 (0,7)	5 (1,1)	0.5

Hoặc chẩn đoán hiện có của người bệnh trên hồ sơ bệnh án.^[5]

- Phân tầng nguy cơ tim mạch được thực hiện dựa trên hướng dẫn của Hội tim châu Âu 2019.^[6]

+ Nguy cơ trung bình: Người bệnh đái tháo đường type 2 dưới 50 tuổi với thời gian mắc đái tháo đường < 10 năm và không kèm yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

+ Nguy cơ cao: Người bệnh đái tháo đường type 2 có thời gian mắc đái tháo đường > 10 năm, không có các tổn thương cơ quan đích và không có từ 3 trở lên các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

+ Nguy cơ rất cao: Người bệnh đái tháo đường type 2 có bệnh lý tim mạch hoặc tổn thương cơ quan đích khác hoặc 3 trở lên yếu tố nguy cơ tim mạch.

- Bệnh lý tim mạch được ghi nhận trên hồ sơ bệnh án, bao gồm: hội chứng mạch vành mạn, suy tim, đột quy, bệnh động mạch ngoại biên.

- Kiểm soát đường huyết được định nghĩa là $HbA1C < 7\%$.^[7]

- Thuốc hạ đường huyết được ghi nhận trong sổ khám bệnh và toa thuốc điện tử của người bệnh.

2.6. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị - tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

Dùng phép kiểm định chi-bình phương để so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Dùng phép kiểm t-student để so sánh các biến định lượng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.7. Y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học bệnh viện Nhân dân Gia Định, số 37/NDGD-HĐĐĐ ngày 30/3/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bệnh động mạch ngoại biên	2 (0,4)	2 (0,4)	0	0.5
Suy tim	11 (2,4)	11 (2,4)	0	0.001
Rung nhĩ	12 (2,6)	11 (2,4)	1 (0,2)	0.004
Bệnh thận mạn	37 (8,1)	10 (2,2)	27 (5,9)	0.003
Kết quả xét nghiệm				
Hemoglobin (G/L)	135 (123-144)	135 (123-145)	134,5 (122-143)	0.947
Creatinine (umol/L)	86,1 (74,3-102,3)	86,2 (74,35-100,3)	85,2 (74,8-102,4)	0.886
Cholesterol (mmol/L)	4 (3,4-5,0)	4 (3,5-5,1)	3,9 (3,2-4,9)	0.476
Triglyceride (mmol/L)	1,8 (1,3-2,8)	1,9 (1,4-2,8)	1,7 (1,3-2,8)	0.436
HDL cholesterol (mmol/L)	1,1 (1,0-1,3)	1,1 (1,1-1,3)	1,1 (0,9-1,3)	0.207
LDL cholesterol (mmol/L)	2,37 (1,9-3,1)	2,35 (1,9-3,1)	2,4 (1,9-3,3)	0.682
AST (IU/L)	25,8 (21,5-32)	26,25 (21,9-32,1)	24,9 (21,2-31,3)	0.379
ALT (IU/L)	27,1 (16,4-38,9)	27,1 (17,8-44,3)	26,7 (15,1-37,2)	0.565
Uric acid (mmol/L)	379,6 (315,8-464,6)	380,5 (276,1-457,6)	364,5 (308,5-475,8)	0.617
Nguy cơ tim mạch toàn thể (n,%)				
Cao	249 (48,3)	118 (35,6)	131 (71,2)	0.000
Rất cao	266 (51,7)	213 (64,4)	53 (28,8)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh lý tim mạch cao hơn ở phòng khám tim mạch trong khi tỷ lệ bệnh thận mạn cao hơn ở phòng khám nội tiết. Tất cả người bệnh đều được phân loại từ mức cao trở lên về nguy cơ tim mạch toàn thể trong đó nhóm nguy cơ rất cao tập trung chủ yếu ở phòng khám tim mạch.

3.2 Tỷ lệ kiểm soát đường huyết

Bảng 2. Tỷ lệ kiểm soát đường huyết

	Chung (N=454)	Phòng khám tim mạch (N=228)	Phòng khám nội tiết (N=226)	p
Glucose (mmol/L)	7,4 (6,4-8,9)	7,4 (6,3-8,4)	7,5 (6,4-9,5)	0.019
HbA1C (%)	6,7 (6,0-7,8)	6,4 (6,0-7,5)	6,9 (6,2-8,2)	0.002
Đạt mục tiêu đường huyết	249 (54,8)	138 (60,5)	110 (48,7)	0.011

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát đường huyết đạt 50% mẫu nghiên cứu trong đó phòng khám tim mạch có tỷ lệ đạt mục tiêu đường huyết cao hơn.

3.3. Thuốc hạ đường huyết

Bảng 3. Thuốc hạ đường huyết

	Chung (N=454)	Phòng khám tim mạch (N=228)	Phòng khám nội tiết (N= 226)	p
Metformin	349 (76,9)	161 (70,0)	188 (83,2)	0.001
Sulfonylurea	224 (49,3)	106 (46,5)	118 (52,2)	0.223
Ức chế SGLT2	5 (1,1)	2 (0,9)	3 (1,3)	0.68
Ức chế DPP4	5 (1,1)	0	5 (2,2)	0.03
Acarbose	81 (17,8)	14 (6,1)	67 (29,6)	0.001
Insulin	87 (19,2)	11 (4,8)	76 (33,6)	0.001

Nhận xét: Thuốc hạ đường huyết được chỉ định nhiều nhất là metformin (76,9%) và sulfonylurea (49,3%). Thuốc ức chế SGLT2 có tỷ lệ là 1,1% và chỉ được sử dụng ở phòng khám tim mạch. Không ghi nhận nhóm thuốc đồng vận GLP1 được kê đơn trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, một bệnh viện tuyến cuối tại thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả cho thấy những người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức nguy cơ tim mạch cao cho đến rất cao. Các nghiên cứu tương tự được thực hiện trên thế giới đều cho cùng nhận định.^[8,9] Điều

này có thể giải thích bởi việc tuổi thọ của người bệnh đái tháo đường được kéo dài hơn nhờ những phát triển trong điều kiện kinh tế-xã hội và đặc biệt là về phương diện y tế. Tuy nhiên, với nguy cơ tim mạch cao đến rất cao, việc điều trị sẽ cần tối ưu về kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch và lựa chọn các thuốc hạ đường huyết có lợi trên tim mạch.

Tỷ lệ kiểm soát đường huyết của nghiên cứu chúng tôi là 54% người bệnh đạt HbA1C < 7%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới.^[4] Mặc dù có sự ưu trội hơn về mức độ đạt mục tiêu HbA1C ở phòng khám tim mạch so với phòng khám nội tiết nhưng nhìn chung kết quả này vẫn chưa được

tối ưu. Sự khác biệt về tỉ lệ kiểm soát đường huyết ở hai khoa có thể giải thích theo 2 lý do sau: (1) đối với nhóm có bệnh lý tim mạch được chăm sóc tại phòng khám tim mạch, cả người bệnh và thầy thuốc đều ý thức việc kiểm soát tối ưu các yếu tố nguy cơ trong đó có đường huyết và (2) những người bệnh có mức đường huyết khó kiểm soát có khuynh hướng lựa chọn hoặc được chuyển đến phòng khám nội tiết để kỳ vọng được đạt mục tiêu đường huyết thuận lợi hơn.

Hiện nay, đã có tám nghiên cứu thử nghiệm lợi ích về tim mạch của của đồng vận GLP-1 được công bố. Bảy nghiên cứu sử dụng dạng đồng vận GLP-1 tiêm dưới da, trong đó có năm thử nghiệm sử dụng tiêm mỗi tuần, hai thử nghiệm sử dụng tiêm hàng ngày và một thử nghiệm sử dụng dạng uống mỗi ngày (semaglutide 14 mg mỗi ngày). Một phân tích tổng hợp tám nghiên cứu này cho thấy có giảm 14% về tổng hợp biến cố tim mạch bao gồm 3 thành phần (tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim không gây tử vong và đột quỵ không gây tử vong.^[10] Nhóm ức chế SGLT2 cũng có nhiều bằng chứng về tác dụng có lợi trên bệnh lý tim mạch và đặc biệt hiệu quả này cũng thể hiện trên nhóm người bệnh không có đái tháo đường. Với suy tim có phân suất tống máu giảm, các thử nghiệm lâm sàng lớn như DAPA-HF và EMPEROR-Reduced cho kết quả tích cực với giảm tử vong do tim mạch và nhập viện do suy tim. Nghiên cứu EMPEROR-Preserved cũng thành công chứng minh hiệu quả có lợi của empagliflozin trên nhóm suy tim có phân suất tống máu bảo tồn. Hơn nữa, nhóm ức chế SGLT2 còn có tác dụng có lợi trên đối tượng người bệnh đái tháo đường nguy cơ tim mạch cao có hay không kèm theo bệnh lý tim mạch do xơ vữa trong thử nghiệm EMPA-REG OUTCOME và DECLARE-TIMI 58. Từ những kết quả thuyết phục nói trên, có thể nhận thấy các thuốc ức chế SGLT2 có bằng chứng rất vững chắc về lợi ích tim mạch trong phòng ngừa tiên phát và thứ phát ở người bệnh đái tháo đường. Ngay theo sau các bằng chứng tích cực về lợi ích của hai nhóm đồng vận GLP1 và ức chế SGLT2, các hướng dẫn cùng thời với nghiên cứu đã đưa ra các khuyến cáo chi tiết về việc ưu tiên lựa chọn hai thuốc này cho những người đái tháo đường type 2 có các đặc điểm sau về kiểu hình tim mạch: (1) nguy cơ tim mạch cao, (2) bệnh lý tim mạch do xơ vữa và (3) suy tim.^[6]

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi về thuốc hạ đường huyết cho thấy nhóm metformin và sulfonyleurea được lựa chọn hàng đầu. Đáng

ghi nhận, chỉ có metformin có thể có lợi ích nhỏ trong khi sulfonyleurea được cho là có tác dụng trung tính trên tim mạch. Ngược lại, tỉ lệ sử dụng nhóm ức chế SGLT2 rất thấp và không ghi nhận trường hợp nào được chỉ định nhóm đồng vận GLP1. Do vậy, chúng tôi nhận định việc kê đơn thuốc hạ đường huyết chủ yếu hướng về kiểm soát đường huyết hơn là tập trung vào cải thiện biến cố tim mạch. Kết quả này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác. Một số yếu tố được ghi nhận có thể liên quan đến hành vi kê toa nhóm ức chế SGLT2 và đồng vận GLP1 bao gồm: chuyên khoa tim mạch, bệnh mạch vành là yếu tố thuận lợi trong khi điều kiện kinh tế-xã hội ở các nước đang phát triển lại là yếu tố hạn chế kê đơn. Chúng tôi cũng ghi nhận trong nghiên cứu hiện tượng nhóm ức chế SGLT2 được chỉ định nhiều hơn ở phòng khám tim mạch. Ngoài ra, trong thời gian thực hiện nghiên cứu, tính có sẵn và việc chi trả bảo hiểm y tế của các nhóm thuốc này có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ thấp sử dụng cho người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi mặc dù có tính đại diện đáng kể cho khu vực phòng khám chăm sóc người bệnh đái tháo đường type 2 ở các bệnh viện tuyến cuối nhưng vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, chưa khảo sát các khu vực phòng khám khác cũng tham gia điều trị đái tháo đường type 2 như phòng khám tổng quát, tim mạch can thiệp, lão khoa và nội thần kinh. Thứ hai, chỉ thực hiện tại một bệnh viện trong khi mỗi bệnh viện có những đặc thù chuyên biệt về người bệnh và yếu tố y khoa. Thứ ba, chúng tôi chưa khảo sát việc điều trị thay đổi lối sống từ người bệnh vốn dĩ có thể ảnh hưởng đáng kể đến việc kiểm soát đường huyết và thuốc chỉ định. Cuối cùng, những yếu tố khác ảnh hưởng đến chỉ định thuốc nhóm đồng vận GLP1 và ức chế SGLT2 chưa được khảo sát đầy đủ với một ví dụ điển hình là lựa chọn của người bệnh trước chi phí thuốc và sử dụng thuốc qua đường tiêm. Những hạn chế này của đề tài cần được cải thiện ở những nghiên cứu tương tự được thực hiện đa trung tâm với quy mô lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ kiểm soát đường huyết trên nhóm người bệnh đái tháo đường type 2 tại khu vực phòng khám, bệnh viện tuyến cuối còn chưa tối ưu. Mặc dù tất cả người bệnh đái tháo đường type 2 đều có nguy cơ tim mạch cao trở lên nhưng các thuốc hạ đường huyết có lợi cho tim mạch được khuyến cáo sử dụng lại có tỉ lệ kê đơn rất thấp.

Cần có những khảo sát chi tiết nhằm tìm ra các yếu tố liên quan để từ đó có những biện pháp cải thiện hiệu quả tương ứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Biswas T, Tran N, Thi My Hanh H, Van Hien P, Thi Thu Cuc N, Hong Van P, Anh Tuan K, Thi Mai Oanh T, Mamun A.** Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. *BMJ Open*. 2022 Aug 8;12(8):e052725.
2. **Abdul-Ghani M, DeFronzo RA, Del Prato S, Chilton R, Singh R, Ryder REJ.** Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes: Has the Dawn of a New Era Arrived? *Diabetes Care*. 2017 Jul;40(7):813-820.
3. **Nelson AJ, Pagidipati NJ, Aroda VR, Cavender MA, Green JB, Lopes RD, Al-Khalidi H, Gaynor T, Kaltenbach LA, Kirk JK, Lingway I, Magwire ML, O'Brien EC, Pak J, Pop-Busui R, Richardson CR, Reed M, Senyucel C, Webb L, McGuire DK, Granger CB.** Incorporating SGLT2i and GLP-1RA for Cardiovascular and Kidney Disease Risk Reduction: Call for Action to the Cardiology Community. *Circulation*. 2021 Jul 6;144(1):74-84.
4. **Presley CA, Khodneva Y, Juarez LD, Howell CR, Agne AA, Riggs KR, et al.** Trends and Predictors of Glycemic Control Among Adults With Type 2 Diabetes Covered by Alabama Medicaid, 2011–2019. *Prev Chronic Dis* 2023;20:220332.
5. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020). <https://daithaoduong.kcb.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2>
6. **Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, Bailey CJ, Ceriello A, Delgado V, Federici M, Filippatos G, Grobbee DE, Hansen TB, Huikuri HV, Johansson I, Juni P, Lettino M, Marx N, Mellbin LG, Ostgren CJ, Rocca B, Roffi M, Sattar N, Seferović PM, Sousa-Uva M, Valensi P, Wheeler DC;** ESC Scientific Document Group. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020 Jan 7;41(2):255-323.
7. **Buse JB, Wexler DJ, Tsapas A, Rossing P, Mingrone G, Mathieu C, D'Alessio DA, Davies MJ.** 2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2020 Feb;43(2):487-493.
8. **Al Slail FY, Abid O, Assiri AM, Memish ZA, Ali MK.** Cardiovascular risk profiles of adults with type-2 diabetes treated at urban hospitals in Riyadh, Saudi Arabia. *J Epidemiol Glob Health*. 2016 Mar;6(1):29-36.
9. **Regassa LD, Tola A, Ayele Y.** Prevalence of Cardiovascular Disease and Associated Factors Among Type 2 Diabetes Patients in Selected Hospitals of Harari Region, Eastern Ethiopia. *Front Public Health*. 2021 Feb 5;8:532719.
10. **Sattar N, Lee MMY, Kristensen SL, Branch KRH, Del Prato S, Khurmi NS, Lam CSP, Lopes RD, McMurray JJV, Pratley RE, Rosenstock J, Gerstein HC.** Cardiovascular, mortality, and kidney outcomes with GLP-1 receptor agonists in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis of randomised trials. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2021 Oct; 9(10):653-662.

CƠ CẤU BỆNH TẬT NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH GIAI ĐOẠN 2017-2021

Nguyễn Thị Thu Hậu¹, Trần Kiến Vũ²,
La Quốc Trung², Bùi Quốc Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả mô hình cơ cấu bệnh tật nội trú tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh giai đoạn từ 2017 đến 2021. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu dữ liệu lưu trữ tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh từ năm 2017 đến 2021, dựa trên phân loại nhóm bệnh theo ICD-10. **Kết quả:** Trong giai đoạn 2017-

2021, BVĐK tỉnh Trà Vinh điều trị 243.865 lượt nội trú, độ tuổi trung bình là 51 tuổi và 85,27% bệnh nhân có bảo hiểm y tế. Trong đó nhóm bệnh không lây nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất (62,25%). Năm chương bệnh có số lượt điều trị nội trú cao nhất lần lượt là Chương XIX-Chấn thương, ngộ độc và một số hậu quả khác do nguyên nhân bên ngoài (23,92%); Chương IX-Bệnh hệ tuần hoàn (14,86%), Chương XI-Bệnh hệ tiêu hóa (14,58%), Chương X-Bệnh hệ hô hấp (7,53%), Chương XIV-Bệnh hệ sinh dục – tiết niệu (6,03%). Bệnh lý chiếm tỉ lệ cao nhất là tăng huyết áp (I10) (6,29%), sau đó là Tổn thương khác và không đặc hiệu của đầu-S09 (5,82%), Đục thủy tinh thể người già-H25 (3,88%), Viêm dạ dày và tá tràng-K29 (3,13%), Viêm ruột thừa cấp-K35 (3,02%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan tới tỷ lệ tử vong: Tăng dần theo nhóm tuổi; tăng cao ở Nhóm có bệnh kèm theo và nhóm bệnh không lây; bệnh nhân

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

³Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quốc Thắng

Email: buiquocthang.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 25.12.2023