

THE RELATIONSHIP BETWEEN DIABETES KNOWLEDGE AND GLYCEMIC CONTROL AMONG PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2 AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL, 2024

Duong Thi Ngoc Lan*, Nguyen Thi Mai Lan

University of Medicine and Pharmacy, Hue University -
6 Ngo Quyen, Vinh Ninh Ward, Hue City, Thua Thien Hue Province, Vietnam

Received: 23/05/2025

Revised: 10/06/2025; Accepted: 15/06/2025

ABSTRACT

Objective: To assess glyceimic control and diabetes-related knowledge among patients with type 2 diabetes mellitus, and to explore factors associated with glyceimic control.

Methods: A cross-sectional study was conducted on 150 patients, conveniently sampled between October 2024 and April 2025. Diabetes Knowledge Questionnaire (DKQ-24) was used to evaluate patients' disease knowledge. Logistic regression analysis was performed to identify factors associated with HbA1c control.

Results: A total of 60.7% of patients achieved good glyceimic control (HbA1C < 7%), with a mean knowledge score of 11.64 ± 2.27 . Better diabetes knowledge was associated with improved glyceimic control.

Conclusion: The proportion of patients achieving good HbA1c control was relatively favorable, reflecting positive treatment outcomes at the study site. Good disease knowledge served as a protective factor contributing to better glyceimic management, alongside other factors such as residential area and comorbidities. Strengthening health education programs and individualized management support at the community level is essential to further improve treatment outcomes.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, HbA1C, glyceimic control, disease knowledge, DKQ-24.

*Corresponding author

Email: dtlan@huemed-univ.edu.vn **Phone:** (+84) 903572535 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD10.2621**

LIÊN QUAN GIỮA KIẾN THỨC VỀ BỆNH VÀ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y – DƯỢC HUẾ NĂM 2024

Dương Thị Ngọc Lan*, Nguyễn Thị Mai Lan

Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế - 6 Ngô Quyền, P. Vĩnh Ninh, Tp. Huế, Tỉnh Thừa Thiên Huế, Việt Nam

Received: 23/05/2025

Revised: 10/06/2025; Accepted: 15/06/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng kiểm soát đường huyết và kiến thức về bệnh của người bệnh đái tháo đường típ 2 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát đường huyết.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang trên 150 người bệnh được chọn theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện từ tháng 10/2024 đến tháng 04/2025. Bộ câu hỏi DKQ-24 để đánh giá kiến thức về bệnh đái tháo đường. Phân tích hồi quy logistic được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến kiểm soát HbA1C.

Kết quả: Có 60,7% người bệnh đạt kiểm soát HbA1C tốt (<7%) và điểm kiến thức trung bình là 11,64 ± 2,27. Kiến thức về bệnh liên quan với kiểm soát đường huyết.

Kết luận: Tỷ lệ người bệnh đạt kiểm soát HbA1C tốt ở mức tương đối khả quan, phản ánh hiệu quả điều trị tích cực tại cơ sở. Kiến thức tốt về bệnh đóng vai trò bảo vệ, góp phần cải thiện khả năng kiểm soát đường huyết bên cạnh các yếu tố khác như khu vực sinh sống, số bệnh kèm theo. Cần tăng cường các chương trình giáo dục sức khỏe và hỗ trợ quản lý cá thể hóa tại cộng đồng để cải thiện kết quả điều trị.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, HbA1C, kiểm soát đường huyết, kiến thức bệnh học, DKQ-24.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một bệnh lý mạn tính có tỷ lệ mắc ngày càng tăng nhanh trên toàn cầu. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF), năm 2021, có khoảng 537 triệu người trưởng thành (20–79 tuổi) mắc ĐTĐ, chiếm 10,5% dân số toàn cầu và con số này dự kiến sẽ còn tiếp tục tăng lên trong những thập kỷ tới [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ĐTĐ ước tính khoảng 7,1% ở người trưởng thành [2]. ĐTĐ típ 2 không chỉ gây ra các gánh nặng về mặt sức khỏe mà còn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề như bệnh tim mạch, đột quỵ, bệnh lý võng mạc, suy thận và cắt cụt chi. Phần lớn các biến chứng này có thể phòng ngừa hoặc trì hoãn nếu người bệnh đạt được kiểm soát tốt chỉ số đường huyết, đặc biệt là HbA1C. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ 2024 (ADA), HbA1C < 7% là ngưỡng mục tiêu cho hầu hết người bệnh nhằm giảm nguy cơ biến chứng vi mạch và đại mạch [3].

Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy tỷ lệ kiểm soát đường huyết ở người bệnh ĐTĐ còn thấp. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2022 của Bin Rakhis SA và cộng sự ghi nhận tỷ lệ kiểm soát kém HbA1C dao động từ 45,2% đến 93% tùy quốc gia và bối cảnh nghiên cứu [4]. Tại Việt Nam, nhiều báo cáo cho thấy tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu vẫn dao động từ 44,7% đến 54,8% [5],[6]. Bên cạnh các yếu tố sinh lý và bệnh lý, kiểm soát đường huyết còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố liên quan đến nhận thức, hành vi và điều kiện xã hội của người bệnh. Trong đó, kiến thức về bệnh ĐTĐ là yếu tố trung tâm góp phần nâng cao ý thức tự chăm sóc, tuân thủ điều trị và phòng ngừa biến chứng. Mặc dù vậy, tại nhiều cơ sở y tế, đặc biệt là tuyến cơ sở, hoạt động tư vấn giáo dục sức khỏe còn chưa đồng bộ, dẫn đến việc người bệnh chưa được trang bị đầy đủ kiến thức cần thiết. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

*Tác giả liên hệ

Email: dtlan@huemed-univ.edu.vn Điện thoại: (+84) 903572535 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD10.2621>

1. Khảo sát tình trạng kiểm soát đường huyết và kiến thức về bệnh của người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát đường huyết của đối tượng nghiên cứu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh được chẩn đoán ĐTD típ 2 và đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh được chẩn đoán ĐTD típ 2 từ ≥ 3 tháng; có kết quả xét nghiệm HbA1C gần nhất trong vòng 3 tháng; có khả năng hợp tác, trả lời phỏng vấn trực tiếp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh mắc ĐTD típ 1, đang mang thai hoặc mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chỉ số HbA1C (thiếu máu, đa hồng cầu...); không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không trả lời được bảng hỏi.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế.

Thời gian: từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định bằng phần mềm G*Power phiên bản 3.1, áp dụng cho phân tích hồi quy logistic đa biến. Các giá định được đưa vào gồm: tỷ lệ kết cục HbA1c $\geq 7\%$ khoảng 40%, odds ratio kỳ vọng là 2,0, mức ý nghĩa thống kê (α) là 0,05 và độ mạnh thống kê (power) đạt 0,80. Kết quả tính toán cho thấy cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 150 người bệnh. Nghiên cứu đã thực hiện trên 150 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

- Biến số/Nội dung nghiên cứu

+ Biến số phụ thuộc: Chỉ số HbA1C được sử dụng để đánh giá tình trạng kiểm soát đường huyết: Tốt: HbA1C $< 7\%$; Không tốt: HbA1C $\geq 7\%$.

+ Các biến số độc lập bao gồm: tuổi, giới, trình độ học vấn, khu vực sinh sống, thời gian mắc bệnh, thuốc điều trị, rối loạn lipid máu, số bệnh mạn tính kèm theo và điểm kiến thức về ĐTD.

- Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp theo bảng câu hỏi thiết kế, bao gồm:

+ Thông tin hành chính và lâm sàng: Tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng (tính BMI), tình trạng tăng huyết

áp, thời gian mắc đái tháo đường, tình trạng sống cùng gia đình.

+ Kiến thức về bệnh ĐTD được đánh giá bằng bộ DKQ-24 do Garcia et al. phát triển [7]. Bộ công cụ gồm 24 câu hỏi trắc nghiệm dạng đúng/sai. Nội dung bộ câu hỏi bao phủ các chủ đề về: nguyên nhân gây bệnh đái tháo đường, vai trò của insulin và glucose, triệu chứng tăng đường huyết và hạ đường huyết, kiến thức về thuốc điều trị, chế độ ăn và thực phẩm liên quan đến đái tháo đường, tập thể dục, biến chứng đái tháo đường và tự theo dõi và kiểm soát đường. Mỗi câu trả lời đúng được chấm 1 điểm, trả lời sai hoặc "không biết" được 0 điểm. Tổng điểm dao động từ 0 đến 24, trong đó điểm số càng cao phản ánh mức độ kiến thức về bệnh càng tốt. Bản dịch tiếng Việt bởi Nguyễn Thị Diệu Linh và cộng sự (2020) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương, đã được kiểm định độ tin cậy với Cronbach's alpha từ 0,7–0,85 [8].

+ Trích lục chỉ số HbA1C (≤ 3 tháng gần nhất) và thông tin bệnh lý (bệnh lý mắc kèm, thuốc điều trị, chỉ số lipid máu) từ hồ sơ bệnh án.

- Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý số liệu. Thống kê mô tả dùng cho các biến định tính (tần số, tỷ lệ phần trăm) và định lượng (trung bình, độ lệch chuẩn). So sánh hai nhóm kiểm soát tốt và không tốt bằng kiểm định Chi-square (biến định tính) và t-test hoặc ANOVA test (biến định lượng). Phân tích hồi quy logistic nhị phân nhằm xác định các yếu tố độc lập ảnh hưởng đến kiểm soát HbA1C.

- Đạo đức nghiên cứu: Tất cả người tham gia được giải thích rõ ràng về mục tiêu, nội dung nghiên cứu trước khi ký cam kết tham gia. Việc thu thập dữ liệu được thực hiện trên cơ sở hoàn toàn tự nguyện, không làm gián đoạn hay ảnh hưởng đến quá trình điều trị y tế. Thông tin cá nhân của người tham gia được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 60	59	39,3
	≥ 60	91	60,7
	Tuổi trung bình	62,81 \pm 11,64	

Đặc điểm		n	%
Giới	Nam	63	42
	Nữ	87	58
	Thiếu số	1	0,7
Khu vực sinh sống	Nông thôn	95	63,3
	Thành thị	55	36,7
Trình độ học vấn	Không đi học	21	14
	Tiểu học – THCS	87	58
	THPT	23	15,3
	Trung cấp, cao đẳng	15	10
	Đại học, sau đại học	4	2,7
Nghề nghiệp	Hưu trí	12	8
	Nông dân	20	13,3
	Công nhân	11	7,3
	Sinh viên	2	1,3
	Cán bộ công chức	8	5,3
	Buôn bán	11	7,3
	Nội trợ	25	16,7
	Mất sức lao động	45	30
	Khác	16	10,7
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	7	4,7
	Kết hôn	96	64
	Góa	46	30,7
	Ly dị	1	0,7
Hoàn cảnh sống	Sống một mình	12	8
	Sống với vợ/chồng	13	8,7
	Sống chung với gia đình	125	83,3

Nhận xét: Nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (60,7%). Người bệnh nữ chiếm 58%, chủ yếu sống ở nông thôn (63,3%). Trình độ học vấn chủ yếu ở mức tiểu học – THCS (58%), rất ít người có trình độ đại học trở lên (2,7%). Nghề nghiệp phổ biến là mất sức lao động (30%) và nội trợ (16,7%). Phần lớn người bệnh đã lập gia đình hoặc góa (94,7%) và sống chung với gia đình (83,3%).

3.1.2. Tiền sử và đặc điểm bệnh tật

Bảng 2. Tiền sử và đặc điểm bệnh tật

Tiền sử và đặc điểm bệnh tật		n	Tỷ lệ (%)
Gia đình có người bị ĐTD	Không	86	57,3
	Cha	17	11,3
	Mẹ	17	11,3
	Anh, chị em ruột	16	10,7
	Con ruột	14	9,3
Bệnh kèm	Không có	45	30
	<2 bệnh kèm	58	31,3
	≥ 2 bệnh kèm	47	38,7
Tăng huyết áp	Không	86	57,3
	Có	64	43,7
Thời gian mắc bệnh	<1 năm	26	26
	1-5 năm	49	49
	5-10 năm	55	55
	≥ 10 năm	20	20
Loại thuốc ĐTD đang sử dụng	Insulin	40	24,7
	Thuốc uống	50	33,3
	Insulin và thuốc uống	60	40
Hiện tại có đang làm việc không	Có	82	54,7
	Không	68	45,3
Rối loạn LDL-C	Bình thường	78	52
	Tăng	72	48
Rối loạn Triglycerid	Bình thường	91	60,7
	Tăng	59	39,3

Nhận xét: 57,3% người bệnh không có tiền sử gia đình mắc ĐTD. Số người bệnh có từ 2 bệnh kèm trở lên chiếm tỷ lệ cao (38,7%). Tăng huyết áp đi kèm ở 43,7% người bệnh. Thời gian mắc bệnh 5–10 năm chiếm nhiều nhất (36,7%). Phần lớn sử dụng kết hợp thuốc uống và Insulin (40%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu cao: 48% có tăng LDL-C và 39,3% tăng Triglycerid.

3.2. Kiến thức về bệnh ĐTD và tình trạng kiểm soát đường huyết

3.2.1. Kiến thức của người bệnh về bệnh ĐTD

Bảng 3. Kiến thức về bệnh ĐTD

Điểm trung bình DKQ-24	Trung bình ± SD	Tối thiểu	Tối đa
	11,64 ± 2,27	5	16

Nhận xét: Điểm kiến thức trung bình của người bệnh là 11,64 ± 2,27 trên thang điểm tối đa 24, cho thấy mức kiến thức ở mức trung bình. Mức điểm thấp nhất là 5 và cao nhất là 16.

Bảng 4. Tình trạng kiểm soát đường huyết

Kiểm soát HbA1C	n	Tỷ lệ (%)
Tốt (HbA1C < 7%)	91	60,7
Không tốt (HbA1C ≥ 7%)	59	39,3
Trung bình 8,09±1,21 (Min: 5,07; Max: 12,4)		

Nhận xét: 60,7% người bệnh đạt được kiểm soát đường huyết tốt (HbA1C < 7%) và 39,3% người bệnh chưa kiểm soát tốt (HbA1C ≥ 7%). Giá trị HbA1C trung bình là 8,09 ± 1,21.

3.3. Các yếu tố liên quan đến kiểm soát đường huyết ở người bệnh ĐTD

3.3.1. Các yếu tố liên quan đến kiểm soát đường huyết

Bảng 5. Các yếu tố về đặc điểm nhân khẩu học liên quan đến kiểm soát đường huyết

Đặc điểm	Kiểm soát tốt HbA1C<7%		Kiểm soát không tốt HbA1C ≥ 7%		p
	n	%	n	%	
Tuổi					
<60	39	66,1	20	33,9	0,177
≥60	52	57,1	39	42,9	
Giới tính					
Nam	42	66,7	21	33,3	0,133
Nữ	49	56,3	38	43,7	
Khu vực sinh sống					
Nông thôn	46	48,4	49	51,6	< 0,001
Thành thị	91	60,7	59	39,3	

Đặc điểm	Kiểm soát tốt HbA1C<7%		Kiểm soát không tốt HbA1C ≥ 7%		p
	n	%	n	%	
Trình độ học vấn					
Không đi học	12	57,1	9	42,9	0,001
Tiểu học – THCS	42	48,3	45	51,7	
THPT	20	87	3	13	
Trung cấp, cao đẳng	14	93,3	1	6,7	
Đại học, sau đại học	3	75	1	25	
Nghề nghiệp					
Hưu trí	7	58,3	5	41,7	0,835
Nông dân	12	60	8	40	
Công nhân	6	54,5	5	45,5	
Sinh viên	2	100	0	0	
Cán bộ công chức	4	50	4	50	
Buôn bán	8	72,7	3	27,3	
Nội trợ	15	60	10	40	
Mất sức lao động	27	60	18	40	
Khác	10	62,5	6	37,5	
Tình trạng hôn nhân					
Độc thân	4	57,1	3	42,9	0,970
Kết hôn	58	60,4	38	39,6	
Góa	29	63	17	37	
Ly dị	0	0,0	1	100	

Đặc điểm	Kiểm soát tốt HbA1C<7%		Kiểm soát không tốt HbA1C >= 7%		p
	n	%	n	%	
Hoàn cảnh sống					
Sống một mình	5	41,7	7	58,3	0,329
Sống với vợ/ chồng	9	69,2	4	30,8	
Sống chung với gia đình	77	61,6	48	38,4	

Nhận xét: Các yếu tố có liên quan thống kê với kiểm soát HbA1C gồm: khu vực sinh sống (thành thị kiểm soát tốt hơn, $p<0,001$), trình độ học vấn ($p=0,001$).

Bảng 6. Các yếu tố về tiền sử và đặc điểm bệnh tật liên quan đến kiểm soát đường huyết

Đặc điểm	Kiểm soát tốt HbA1C<7%		Kiểm soát không tốt HbA1C >= 7%		p
	n	%	n	%	
Gia đình có người bị ĐTĐ					
Không	56	65,1	30	34,9	0,40
Cha	9	52,9	8	47,1	
Mẹ	10	58,8	7	41,2	
Anh, chị em ruột	6	37,5	10	62,5	
Con ruột	10	71,4	4	28,6	
Bệnh kèm					
Không có	40	88,9	5	11,1	0,001
<2 bệnh kèm	36	62,07	22	28,93	
≥2 bệnh kèm	15	31,9	32	68,1	
Có bị THA không					
Không	53	61,6	33	38,4	0,46
Có	38	59,4	26	40,6	

Đặc điểm	Kiểm soát tốt HbA1C<7%		Kiểm soát không tốt HbA1C >= 7%		p
	n	%	n	%	
Thời gian mắc bệnh					
<1 năm	19	73,2	7	26,9	0,08
1-5 năm	30	61,2	19	38,8	
5-10 năm	33	60	22	40	
≥10 năm	9	45	11	11	
Loại thuốc uống đang sử dụng					
Thuốc tiêm	25	62,5	15	37,5	0,52
Thuốc uống	32	64	18	36	
Thuốc tiêm và thuốc uống	34	56,7	26	43,3	
Hiện tại có đang làm việc không					
Không	52	63,4	30	36,6	0,28
Có	39	57,4	29	42,6	
Rối loạn LDL-C					
Bình thường	56	71,8	22	28,2	0,003
Tăng	35	48,6	37	51,4	
Rối loạn TG					
Bình thường	65	71,4	26	28,6	0,01
Tăng	26	44,1	33	55,9	
Điểm TB kiến thức về đái tháo đường	12,45 ± 1,62		10,39±1,9		0,001

Nhận xét: Các yếu tố có liên quan thống kê với kiểm soát HbA1C gồm số bệnh kèm theo ($p=0,001$), rối loạn LDL-C ($p=0,003$), rối loạn Triglycerid ($p=0,01$) và kiến thức về ĐTĐ ($p=0,001$).

3.3.2. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố ảnh hưởng đến sự kiểm soát đường huyết

Bảng 7. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố ảnh hưởng đến sự kiểm soát đường huyết

Biến độc lập	Hệ số B (SE)	p	OR (KTC 95%)
Khu vực sinh sống			
Nông thôn	1	<0,001	1
Thành thị	2,36 (0,63)		10,53 (3,04 – 36,48)
Trình độ học vấn			
Không đi học	1		1
Tiểu học – THCS	-1,54 (1,0)	0,42	0,21 (0,01 – 8,86)
THPT	-1,33 (1,82)	0,47	0,26 (0,01 – 9,43)
Trung cấp, cao đẳng	-4,00 (2,04)	0,05	0,02 (0,00 – 1,42)
Đại học, sau đại học	-3,93 (2,18)	0,07	0,02 (0,00 – 2,64)
Bệnh kèm theo			
Không có	1		1
<2 bệnh kèm	-3,36 (0,85)	<0,001	0,04 (0,01 – 0,18)
≥2 bệnh kèm	-1,35 (0,63)	0,33	0,26 (0,076 – 0,90)
Tăng LDL-C			
Không	1	0,59	0,70 (0,11 - 1,60)
Có	-0,36 (0,68)		
Tăng Triglycerid			
Không	1	0,20	0,41 (0,36 - 677)
Có	-0,89 (0,69)		
Điểm TB kiến thức về ĐTĐ (DKQ-24)			
	-0,71 (0,17)	<0,001	0,49 (0,36 – 0,68)

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic cho thấy các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến khả năng kiểm soát HbA1C gồm: khu vực sinh sống (thành thị có OR=10,534, p<0,001), có từ 2 bệnh kèm trở lên (OR=0,035, p<0,001), và điểm kiến thức về ĐTĐ (OR=0,490, p<0,001). Trình độ học vấn tuy có xu hướng ảnh hưởng nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê rõ ràng (p≈0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng kiểm soát đường huyết và kiến thức về bệnh đái tháo đường của người bệnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 60,7% người bệnh đạt được kiểm soát tốt đường huyết (HbA1C < 7%), với giá trị HbA1C trung bình là 8,09 ± 1,21%. Đây là một kết quả tích cực, cho thấy phần lớn người bệnh được theo dõi và điều trị tại bệnh viện đã đạt được mục tiêu điều trị theo khuyến cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) [3]. Tuy nhiên, vẫn còn 39,3% người bệnh chưa đạt mục tiêu HbA1C, trong đó một số trường hợp có HbA1C cao đến 12,4%, phản ánh mức độ kiểm soát chưa ổn định và nguy cơ biến chứng mạn tính. Kết quả này cho thấy vẫn còn tồn tại nhóm người bệnh chưa kiểm soát tốt, cần tăng cường hỗ trợ và can thiệp lâm sàng. So sánh với các nghiên cứu trong nước, tỷ lệ kiểm soát HbA1C tốt trong nghiên cứu này cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Thu Thủy (49,1%) [6], Nguyễn Hữu Khiêm (44,7%) [5], và gần tương đương hoặc thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Vũ Thị Thu Trang tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương (62,5%) [9]. Trong khu vực châu Á, nghiên cứu tại Thái Lan của Wichit và cộng sự ghi nhận tỷ lệ kiểm soát HbA1C tốt là 51,8% [10], còn tại Malaysia là 41% [11], cho thấy kết quả của nghiên cứu hiện tại là tương đối khả quan. Cứ mỗi 1% giảm HbA1C giúp giảm 21% biến chứng liên quan đến ĐTĐ. Do đó, kết quả nghiên cứu cho thấy kiểm soát HbA1C tốt ở đa số người bệnh là tín hiệu tích cực, góp phần giảm gánh nặng bệnh tật lâu dài.

Điểm số kiến thức về bệnh đái tháo đường của người bệnh đạt trung bình 11,64 ± 2,27. Mức điểm này phản ánh kiến thức chung về bệnh đái tháo đường ở mức trung bình, đồng thời cho thấy còn nhiều hạn chế trong nhận thức của người bệnh về bệnh lý, cách phòng ngừa biến chứng cũng như tự chăm sóc sức khỏe. Khoảng dao động điểm số từ 5 đến 16 càng cho thấy sự không đồng đều về mức độ hiểu biết giữa các cá nhân. Một nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang, điểm trung bình kiến thức về bệnh đái tháo đường típ 2 của người bệnh là 12,99 ± 5,62 [12]. Sự khác biệt này có thể do ảnh hưởng bởi các yếu tố như trình độ học vấn, thời gian mắc bệnh, mức độ tiếp cận thông tin y tế và sự hỗ trợ từ các chương trình giáo dục sức khỏe tại địa phương.

4.2. Các yếu tố liên quan đến kiểm soát đường huyết

Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy ba yếu tố có ảnh hưởng độc lập và có ý nghĩa thống kê đến khả năng kiểm soát HbA1C: khu vực sinh sống, số bệnh mạn tính kèm theo, và điểm kiến thức về bệnh ĐTĐ. Người bệnh sống tại khu vực thành thị có khả năng kiểm soát đường huyết tốt hơn đáng kể so với nhóm nông thôn. Sự chênh lệch này có thể xuất phát từ việc người bệnh thành thị thường có điều kiện tiếp

cận dịch vụ y tế, thuốc men, và thông tin sức khỏe tốt hơn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Xu et al. tại Trung Quốc, cho thấy người bệnh sống tại đô thị có khả năng kiểm soát HbA1C cao hơn do điều kiện sống và chăm sóc y tế tốt hơn [13]. Số bệnh lý mạn tính kèm theo cũng ảnh hưởng đáng kể: nhóm người bệnh có ≥ 2 bệnh kèm theo có nguy cơ kiểm soát đường huyết kém hơn gần 30 lần so với nhóm không có bệnh kèm. Đây là kết quả phù hợp, bởi đa bệnh lý làm tăng gánh nặng điều trị, tương tác thuốc và giảm sự tập trung vào kiểm soát ĐTD.

Điểm trung bình kiến thức về bệnh ĐTD là yếu tố liên quan mạnh mẽ và độc lập với kiểm soát HbA1C. Cụ thể, mỗi điểm tăng trong thang DKQ-24 làm giảm gần 50% nguy cơ kiểm soát đường huyết không đạt. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Garcia et al. [7], Diệu Linh và cộng sự [8], và Trần Thị Thảo (Cần Thơ, 2021) [14], đều cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa hiểu biết và kết quả điều trị. Nghiên cứu tại Ấn Độ của Sharma et al. cũng ghi nhận điểm kiến thức cao là yếu tố dự báo cho kiểm soát HbA1C thành công [15].

Một số yếu tố như trình độ học vấn, rối loạn lipid máu, thời gian mắc bệnh, giới tính, tuổi... có mối liên hệ trong phân tích đơn biến nhưng không còn ý nghĩa trong hồi quy đa biến, cho thấy vai trò có thể bị trung gian hoặc tương tác bởi các yếu tố khác. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng các yếu tố này vẫn nên được theo dõi sát sao trong lâm sàng, bởi chúng có thể ảnh hưởng gián tiếp đến hiệu quả điều trị lâu dài. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy việc kiểm soát đường huyết phụ thuộc rất lớn vào sự kết hợp giữa điều trị nội khoa và thay đổi hành vi. Ngoài ra, các yếu tố như hỗ trợ gia đình, mức độ trầm cảm, và động lực nội tại cũng ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị. Những yếu tố này thường bị bỏ qua trong thực hành lâm sàng, nhưng đóng vai trò thiết yếu trong việc đạt được hiệu quả điều trị bền vững.

Hạn chế của nghiên cứu

Bộ DKQ-24 được trả lời trực tiếp bởi người bệnh có thể chịu ảnh hưởng từ thiên lệch xã hội học (social desirability bias) hoặc khả năng hiểu câu hỏi, nhất là ở nhóm người bệnh lớn tuổi hoặc có trình độ học vấn thấp.

Các yếu tố như động lực tự chăm sóc, sự hỗ trợ từ gia đình, lo âu – trầm cảm, hoặc mức độ tuân thủ điều trị có thể ảnh hưởng đáng kể đến HbA1C nhưng chưa được xem xét trong nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh đạt kiểm soát HbA1C tốt trong nghiên cứu là 60,7%, cho thấy hiệu quả điều trị tương đối tích cực tại cơ sở nghiên cứu. Các yếu tố ảnh hưởng độc lập đến kiểm soát HbA1C gồm: khu

vực sinh sống, số bệnh kèm theo và mức độ kiến thức bệnh học. Trong đó, kiến thức bệnh học nổi bật là yếu tố bảo vệ, giúp người bệnh có hành vi chăm sóc và tuân thủ điều trị tốt hơn. Vì vậy, nâng cao kiến thức không chỉ giúp người bệnh hiểu đúng về căn bệnh mà còn là tiền đề thúc đẩy hành vi tự chăm sóc, tuân thủ điều trị tốt hơn, từ đó góp phần kiểm soát đường huyết hiệu quả và làm giảm nguy cơ biến chứng lâu dài.

Cần tăng cường giáo dục sức khỏe về đái tháo đường tại cộng đồng, đặc biệt ở người bệnh nông thôn và có bệnh kèm. Các chương trình tập huấn về kỹ năng tự chăm sóc, tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống cần được lồng ghép vào quản lý người bệnh. Đồng thời, nghiên cứu sâu hơn về các yếu tố hành vi, tâm lý và xã hội ảnh hưởng đến kiểm soát HbA1C là cần thiết để xây dựng mô hình can thiệp phù hợp trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 10th ed. Brussels, Belgium: 2021.
- [2] Bộ Y tế. Báo cáo tình hình bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam. Hà Nội; 2021.
- [3] American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2024. Diabetes Care. 2024;47(Suppl 1):S1–S290.
- [4] Bin Rakhis SA, Ahmed A, Alshammari M, et al. Systematic review of glycemic control among patients with type 2 diabetes in low- and middle-income countries. Diabetes Res Clin Pract. 2022; 183:109129.
- [5] Nguyễn Hữu Khiêm. Tình trạng kiểm soát đường huyết và yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTD type 2 tại Hải Dương. Tạp chí Y học Thực hành. 2022; 6:66-70.
- [6] Nguyễn Thị Thu Thủy. Khảo sát kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ĐTD tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Tạp chí Y học TP.HCM. 2020;24(3):78-83.
- [7] García AA, Villagomez ET, Brown SA, Hanis CL. The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. Diabetes Care. 2001 Jan;24(1):16-21.
- [8] Nguyễn Thị Diệu Linh, Phạm Văn Bình, Trần Ngọc Thảo. Đánh giá độ tin cậy và giá trị của bộ câu hỏi DKQ-24 trong đo lường kiến thức bệnh đái tháo đường type 2. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;489(2):126–132.
- [9] Vũ Thị Thu Trang. Kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐTD type 2 tại BV Nội tiết Trung ương. Tạp chí Y học lâm sàng. 2022;38(2):48-54.
- [10] Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, et al. Predictors of HbA1c among Thai pa-

- tients with type 2 diabetes. Clin Nurs Res. 2017;26(4):465-483.
- [11] Letchuman GR, Wan Nazaimoon WM, Wan Mohamad WB, et al. Prevalence and determinants of poor glycaemic control among patients with type 2 diabetes in Malaysia. Diabetes Res Clin Pract. 2010;89(3):e42-5.
- [12] Trần Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thắng, Nguyễn Hương Thảo. Khảo sát các yếu tố liên quan đến kiến thức về bệnh ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang. Y Học TP. Hồ Chí Minh. 2020;24(3):137-43.
- [13] Xu Y, Wang L, He J, et al. Prevalence and control of diabetes in Chinese adults. JAMA. 2013;310(9):948-59.
- [14] Trần Thị Thảo. Đánh giá kiến thức và thực hành của bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Cần Thơ. Tạp chí Điều dưỡng. 2021;24(1):45-50.
- [15] Sharma SK, Goyal S, Mehta S, et al. Association between diabetes-related knowledge and glycaemic control among patients with type 2 diabetes in India. J Family Med Prim Care. 2019;8(1):130-135.

