

HYPERGLYCEMIA STATUS AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ADULTS AGED 18-69 YEARS IN HANOI, 2025

Dao Huu Than¹, Bui Van Hao¹, Nguyen Thi Thanh Loan¹, Nguyen Hien Thanh¹, Hoang Thanh Huyen¹,
Hoang Duc Phuc², Hoang Duc Hanh³, Cao Hong Cham⁴, Bui Thi Minh Thai^{1*}

¹Hanoi Center for Disease Control - 70 Nguyen Chi Thanh, Lang ward, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Department of Health - 4 Son Tay, Ba Dinh ward, Hanoi, Vietnam

³Dai Nam University - 1 Xom street, Phu Luong ward, Hanoi, Vietnam

⁴Kien Hung ward Medical Station - Residential Group 8, Kien Hung ward, Hanoi, Vietnam

Received: 08/04/2026

Revised: 18/06/2026; Accepted: 24/07/2026

ABSTRACT

Objective: To assess the current status of hyperglycemia and some influencing factors in people aged 18-69 in Hanoi in 2025.

Subjects and methods: A cross-sectional study was conducted among 2736 adults aged 18-69 years. Data were collected through structured questionnaires and blood glucose testing. Univariate and multivariate logistic regression analyses were performed to identify factors associated with diabetes mellitus.

Results: The overall prevalence of diabetes mellitus was 11.84%, including 7.49% with a prior diagnosis and 4.35% newly detected through screening; the prevalence of prediabetes was 13.05%. The prevalence of diabetes increased with age and was higher in the 45-69 age group compared to the 18-44 age group (15.85% vs. 4.61%). Higher prevalence was also observed among males, individuals with lower educational attainment, and those residing in urban areas. Multivariate logistic regression analysis identified age 45-69 years (OR = 2.9; 95% CI: 2.0-4.1), a history of hypertension (OR = 2.5; 95% CI: 1.9-3.2), and overweight/obesity (OR = 1.3; 95% CI: 1.01-1.8) as independent factors associated with diabetes. Other factors, including sex, residence, knowledge, diet, smoking, alcohol consumption, and physical activity, were not statistically significant after adjustment ($p > 0.05$).

Conclusion: The prevalence of diabetes and prediabetes in the community is considerable. Older age, hypertension, and overweight/obesity are key risk factors. Targeted prevention and management strategies focusing on high-risk groups are essential to reduce the burden of diabetes.

Keywords: Diabetes mellitus, prediabetes, risk factors, Hanoi.

*Corresponding author

Email: buithiminhthai@gmail.com Phone: (+84) 912097432 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5910

THỰC TRẠNG TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG Ở NGƯỜI TỪ 18-69 TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2025

Đào Hữu Thân¹, Bùi Văn Hào¹, Nguyễn Thị Thanh Loan¹, Nguyễn Hiền Thanh¹, Hoàng Thanh Huyền¹, Hoàng Đức Phúc², Hoàng Đức Hạnh³, Cao Hồng Chăm⁴, Bùi Thị Minh Thái^{1*}

¹Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội - 70 Nguyễn Chí Thanh, phường Láng, Hà Nội, Việt Nam

²Sở Y tế Hà Nội - 4 Sơn Tây, phường Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Đại Nam - 1 phố Xóm, phường Phú Lương, Hà Nội, Việt Nam

⁴Trạm Y tế phường Kiến Hưng - Tổ dân phố 8, phường Kiến Hưng, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 08/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 18/06/2026; Ngày duyệt đăng: 24/07/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng tăng đường huyết và một số yếu tố ảnh hưởng ở người từ 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 2736 đối tượng từ 18-69 tuổi. Dữ liệu được thu thập thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi đã được xây dựng sẵn và xét nghiệm đường huyết. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan đến đái tháo đường.

Kết quả: Tỷ lệ đái tháo đường chung là 11,84%, trong đó 7,49% có tiền sử bệnh và 4,35% được phát hiện mới qua xét nghiệm; tỷ lệ tiền đái tháo đường là 13,05%. Tỷ lệ mắc đái tháo đường tăng theo tuổi, cao hơn ở nhóm 45-69 tuổi so với nhóm 18-44 tuổi (15,85% so với 4,61%). Nam giới, người có trình độ học vấn thấp và sinh sống ở nội thành có tỷ lệ mắc cao hơn. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy các yếu tố liên quan độc lập với đái tháo đường bao gồm: tuổi 45-69 (OR = 2,9; 95% CI: 2,0-4,1), tiền sử tăng huyết áp (OR = 2,5; 95% CI: 1,9-3,2) và thừa cân béo phì (OR = 1,3; 95% CI: 1,01-1,8). Các yếu tố khác như giới tính, khu vực sinh sống, kiến thức, chế độ ăn, hút thuốc, uống rượu bia và hoạt động thể lực không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết luận: Tỷ lệ đái tháo đường và tiền đái tháo đường trong cộng đồng ở mức đáng chú ý. Nhóm yếu tố về tuổi cao, tiền sử tăng huyết áp và tình trạng thừa cân béo phì là các yếu tố nguy cơ chính. Vì vậy, cần ưu tiên các biện pháp dự phòng và quản lý bệnh hướng đến nhóm nguy cơ cao nhằm giảm gánh nặng đái tháo đường.

Từ khóa: Đái tháo đường, tiền đái tháo đường, yếu tố nguy cơ, Hà Nội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những vấn đề sức khỏe đáng báo động hiện nay, hơn nửa tỷ người trên thế giới đang chung sống với bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Theo Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế (2021), toàn thế giới ước tính có 537 triệu người mắc ĐTĐ, chiếm 10,5% dân số người trưởng thành toàn cầu (20-79 tuổi) [1]. Theo dự kiến, số lượng này sẽ tăng lên 643 triệu vào năm 2030 và 783 triệu vào năm 2045. Trong năm 2021, có 6,7 triệu người trên thế giới đã tử vong do ĐTĐ và các biến chứng của ĐTĐ, tương ứng với tỉ lệ cứ 5 giây lại có 1 ca tử vong. Tính riêng khu vực Đông Nam Á, đã có 90 triệu người mắc ĐTĐ vào năm 2021, cứ 11 người trưởng thành thì có 1 người mắc ĐTĐ và hơn 700 nghìn người đã tử vong do các nguyên nhân có liên quan đến ĐTĐ [1]. Việt Nam là một quốc gia có tỉ lệ ĐTĐ và tiền ĐTĐ tăng nhanh. Kết quả điều tra của Bệnh viện Nội tiết Trung ương cho thấy, trong vòng 8 năm (từ 2012-2020), tỉ lệ ĐTĐ toàn quốc đã tăng 1,3 lần từ 5,4% lên 7,3%, tiền ĐTĐ cũng tăng từ 13,7% lên 17,8% ở người từ 30-69 tuổi [2-3]. Năm 2020, Bộ Y tế thực hiện

điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm cho thấy tỉ lệ mắc ĐTĐ ở người trưởng thành là 7,1% tương đương với gần 5 triệu người đang mắc ĐTĐ [4].

Thủ đô Hà Nội với quá trình đô thị hóa và phát triển nhanh chóng, kéo theo đó là tình trạng gia tăng các bệnh không lây nhiễm như ĐTĐ, béo phì, tăng huyết áp. Dữ liệu các cuộc khảo sát giai đoạn 2016-2021 tại Hà Nội cho thấy gánh nặng bệnh gia tăng rõ rệt như tỷ lệ tăng huyết áp ở người 18-69 tuổi tăng từ 18,9% (năm 2016) lên 30,8% (năm 2021) và tỷ lệ ĐTĐ tăng từ 6,7% (năm 2016) lên 10,2% (năm 2021). Sự gia tăng nhanh chóng này cho thấy nhu cầu cấp thiết phải có điều tra cập nhật năm 2025 nhằm đánh giá thực trạng và hỗ trợ các can thiệp kịp thời tại cộng đồng [5-6]. Các hoạt động nhằm kiểm soát bệnh không lây nhiễm tại thành phố Hà Nội đã được phối hợp triển khai đồng bộ tại cộng đồng và bệnh viện. Để đánh giá hiệu quả các can thiệp đồng thời là cơ sở xây dựng kế hoạch cho giai đoạn tiếp theo, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng tăng đường huyết và một số yếu tố ảnh hưởng ở người từ 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2025.

*Tác giả liên hệ

Email: buithiminhthai@gmail.com Điện thoại: (+84) 912097432 DOI: 10.52163/yhc.v67i7.5910

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người dân từ đủ 18 tuổi đến 69 tuổi sinh sống trong hộ gia đình tại thành phố Hà Nội.

Loại trừ những người có tiền sử bệnh lý tâm thần, người có khuyết tật về ngôn ngữ, khiếm thính, khiếm thị, và từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 9-11 năm 2025 tại thành phố Hà Nội.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu; Z là hệ số tin cậy; α là mức ý nghĩa, với $\alpha = 0,05$ có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; $p = 0,102$ (là tỷ lệ mắc ĐTD tại Hà Nội năm 2021 theo điều tra của Bộ Y tế [6]); d là sai số chấp nhận được của ước lượng, lấy $d = 0,013$.

Thay số vào công thức, tính được $n = 2083$. Dự phòng mất mẫu 30% (không thay thế), cỡ mẫu cần điều tra là $n = 2707$. Cỡ mẫu thực tế trong nghiên cứu này là 2736 đối tượng.

2.4.2. Chọn mẫu

Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên 2 giai đoạn gồm chọn cụm và chọn đối tượng điều tra. Giai đoạn 1 áp dụng phương pháp chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể để chọn cụm; giai đoạn 2 áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn đối tượng nghiên cứu.

- Giai đoạn 1: Chọn cụm. Trong điều tra này, mỗi cụm là 1 tổ dân phố đối với nội thành và 1 thôn đối với ngoại thành. Nghiên cứu này chọn 60 cụm nghiên cứu (theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới nên chọn từ 50-100 đơn vị nghiên cứu). Áp dụng phương pháp chọn mẫu xác suất tỷ lệ với kích thước quần thể (PPS). Dựa vào kích cỡ dân số của khu vực nội thành (3.827.468 người) và khu vực ngoại thành (4.761.058 người) chọn ra số cụm nghiên cứu của nội thành là 27 cụm tương đương với 27 tổ dân phố, số cụm nghiên cứu của khu vực ngoại thành là 33 cụm tương đương với 33 thôn.

Khu vực nội thành:

Bước 1: Lập danh sách khung mẫu bao gồm dân số của 3031 tổ dân phố.

Bước 2: Tính khoảng cách chọn: $k = 3031 \text{ tổ}/27 \text{ cụm} = 112,26$.

Bước 3: Chọn cụm đầu tiên (i) là cụm nằm trong khoảng có số thứ tự từ 1 đến 112,26 (k) bằng cách chọn ngẫu nhiên đơn một số từ 1 đến 112,26.

Bước 4: Chọn cụm tiếp theo: cứ cách 1 khoảng k, thì chọn cụm tiếp theo cho đến khi đủ 27 cụm trên toàn thành phố. Các cụm được chọn theo thứ tự trong danh sách là i, i + k, i + 2k, i + 3k, i + 4k, i + 5k, i + 6k, i + 7k, i + 8k..., i + 26k

Khu vực ngoại thành: Tương tự phương pháp chọn cụm khu vực nội thành, đối với khu vực ngoại thành từ 2407 thôn chọn ra 33 cụm với khoảng cách mẫu k của khu vực ngoại thành là 72,94 (2407 thôn/33 cụm).

- Giai đoạn 2: Chọn đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành điều tra trên 2736 đối tượng tại 60 cụm, do vậy số đối tượng nghiên cứu ở mỗi cụm là 45 người. Áp dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn ra đủ số lượng đối tượng nghiên cứu theo yêu cầu, cụ thể như sau:

+ Lập danh sách đối tượng người dân từ 18-69 tuổi (trừ những đối tượng: khách vắng lại; người đang điều trị tại cơ sở y tế hoặc tại nhà; người mất năng lực hành vi, tâm thần.

+ Xác định khoảng cách mẫu cho từng cụm chọn ra 45 đối tượng điều tra từ danh sách đối tượng người dân từ 18-69 tuổi đã được lập ở mỗi cụm.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn đối tượng theo bộ câu hỏi được xây dựng sẵn, tham khảo bộ câu hỏi điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm của Tổ chức Y tế thế giới.

- Sử dụng máy OneTouch Verio (hãng Jonhson & Jonhson) để đo đường huyết mao mạch lúc đói.

- Đánh giá kiến thức phòng chống bệnh ĐTD của đối tượng điều tra: với 5 câu hỏi/24 ý, trả lời đúng mỗi ý đạt 1 điểm, trả lời sai đạt 0 điểm, tổng điểm kiến thức là 24, đối tượng nghiên cứu có kiến thức đạt khi trả lời ≥ 12 điểm, kiến thức không đạt khi trả lời được < 12 điểm.

2.6. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS, phiên bản 20.0. Sử dụng test χ^2 để xác định mối liên quan giữa biến phụ thuộc (tỷ lệ ĐTD) với biến độc lập, chọn mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự cho phép của Trung tâm Kiểm soát bệnh tật thành phố Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp thông tin đầy đủ và lấy ý kiến đồng thuận trước khi tham gia, được bảo mật thông tin cá nhân và đảm bảo quyền tự nguyện tham gia của người dân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu		Tổng	ĐTD	
			n	%
Nhóm tuổi	18-44 tuổi	976	45	4,61
	45-69 tuổi	1760	279	15,85
Giới tính	Nam	1129	161	14,26
	Nữ	1607	163	10,14
Trình độ học vấn	< Trung học phổ thông	1350	200	14,81
	Trung học phổ thông	780	71	9,09
	Trung cấp, cao đẳng, đại học	568	50	8,82
	Sau đại học	38	3	7,89
Khu vực	Nội thành	1243	165	13,27
	Ngoại thành	1493	159	10,65

Tỷ lệ mắc ĐTD tăng rõ rệt theo tuổi, cao gấp hơn 3 lần ở nhóm 45-69 tuổi so với nhóm 18-44 tuổi (15,85% so với 4,61%). Nam giới có tỷ lệ mắc cao hơn nữ (14,26% so với 10,14%). Đáng chú ý, tỷ lệ mắc cao nhất ở nhóm có trình độ học vấn thấp (14,81%) và có xu hướng giảm dần theo mức học vấn. Ngoài ra, khu vực nội thành ghi nhận tỷ lệ mắc ĐTD cao hơn ngoại thành (13,27% so với 10,65%).

Bảng 2. Tỷ lệ mắc ĐTD, tiền ĐTD sau xét nghiệm (n = 2736)

Kết quả xét nghiệm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử ĐTD	205	7,49
ĐTD	119	4,35
Tiền ĐTD	357	13,05
Bình thường	2055	75,11

Kết quả xét nghiệm cho thấy đa số đối tượng có đường huyết bình thường (75,11%). Nhóm tiền ĐTD chiếm 13,05%, trong khi ĐTD phát hiện qua xét nghiệm chiếm 4,35%. Ngoài ra, 7,49% đối tượng có tiền sử ĐTD.

Bảng 3. Thực trạng kiến thức về ĐTD của đối tượng nghiên cứu

Kiến thức	Tổng	ĐTD	
		n	%
Đạt (≥ 12 điểm)	135	17	12,59
Không đạt (< 12 điểm)	2601	307	11,80

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt về ĐTD còn thấp. Không ghi nhận sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ mắc ĐTD giữa nhóm có kiến thức đạt và không đạt (12,59% so với 11,80%).

Bảng 4. Phân bố đối tượng theo nhóm yếu tố nguy cơ mắc ĐTD

Nhóm tuổi		n	Không có yếu tố nguy cơ	1-2 yếu tố nguy cơ	3-5 yếu tố nguy cơ
Nam	18-44 tuổi	412	50 (12,1%)	256 (62,1%)	106 (25,7%)
	45-69 tuổi	717	50 (7,0%)	429 (59,8%)	238 (33,2%)
	18-69 tuổi	1129	100 (8,9%)	685 (60,7%)	344 (30,5%)
Nữ	18-44 tuổi	564	116 (20,6%)	418 (74,1%)	30 (5,3%)
	45-69 tuổi	1043	190 (18,2%)	717 (68,7%)	136 (13,0%)
	18-69 tuổi	1607	306 (19,0%)	1135 (70,6%)	166 (10,3%)
Tổng	18-44 tuổi	976	166 (17,0%)	674 (69,1%)	136 (13,9%)
	45-69 tuổi	1760	240 (13,6%)	1146 (65,1%)	374 (21,3%)
	18-69 tuổi	2736	406 (14,8%)	1820 (66,5%)	510 (18,7%)

Đối tượng có 1-2 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (66,5%), tiếp đến là nhóm có 3-5 yếu tố nguy cơ (18,7%) và nhóm không có yếu tố nguy cơ (14,8%). Tỷ lệ có 3-5 yếu tố nguy cơ cao hơn rõ rệt ở nam giới (30,5%) so với nữ (10,3%), đặc biệt tăng ở nhóm tuổi 45-69 tuổi (21,3%). Trong khi đó, nữ giới chủ yếu tập trung ở nhóm có 1-2 yếu tố nguy cơ (70,6%).

Bảng 5. Mô hình hồi quy logistic đơn biến, đa biến về mối liên quan giữa ĐTD với một số yếu tố nguy cơ

Đặc điểm		n	Có ĐTD	Không ĐTD	Đơn biến		Đa biến	
					OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Nhóm tuổi	18-44 tuổi	976	45 (4,6%)	931 (95,4%)				
	45-69 tuổi	1760	279 (15,9%)	1481 (84,2%)	3,9 (2,8-5,4)	< 0,001	2,9 (2-4,1)	< 0,001
Giới tính	Nữ	1607	163 (10,1%)	1444 (89,9%)				
	Nam	1129	161 (14,3%)	968 (85,7%)	1,5 (1,2-1,9)	0,001	1,2 (0,9-1,6)	0,244
Khu vực	Ngoại thành	1494	159 (10,6%)	1335 (89,4%)				
	Nội thành	1242	165 (13,3%)	1077 (86,7%)	1,3 (1,02-1,6)	0,034	1,2 (0,9-1,5)	0,130
Tiền sử tăng huyết áp Có	Không	1955	146 (7,5%)	1809 (92,5%)				
	781	178 (22,8%)	603 (77,2%)	3,7 (2,9-4,6)	< 0,001	2,5 (1,9-3,2)	< 0,001	
Kiến thức về ĐTD	Đạt	135	17 (12,6%)	118 (87,4%)				
	Không đạt	2601	307 (11,8%)	2294 (88,2%)	0,9 (0,6-1,6)	0,782	0,9 (0,5-1,6)	0,719
Ăn đủ rau, trái cây Có	Không	1035	116 (11,2%)	919 (88,8%)				
	1701	208 (12,2%)	1493 (87,8%)	1,1 (0,9-1,4)	0,8	1,04 (0,8-1,3)	0,757	
Ăn mặn Có	Không	1376	171 (12,4%)	1205 (87,6%)				
	1360	153 (11,3%)	1207 (88,8%)	0,9 (0,7-1,1)	0,341	0,9 (0,7-1,1)	0,369	
Hút thuốc hàng ngày Có	Không	2284	252 (11,0%)	2032 (89,0%)				
	452	72 (15,9%)	380 (84,1%)	1,5 (1,2-2)	0,003	1,2 (0,9-1,8)	0,217	

Đặc điểm		n	Có ĐTĐ	Không ĐTĐ	Đơn biến		Đa biến	
					OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Uống rượu bia mức nguy hại Có	Không	2532	296 (11,7%)	2236 (88,3%)				
	204	28 (13,7%)	176 (86,3%)	1,2 (0,8-1,8)	0,387	1,1 (0,7-1,8)	0,574	
Thừa cân, béo phì Có	Không	2147	232 (10,8%)	1919 (89,2%)				
	589	92 (15,7%)	493 (84,3%)	1,6 (1,2-2,1)	0,001	1,3 (1,01-1,8)	0,037	
Thiếu hoạt động thể lực Có	Không	1907	227 (11,9%)	1680 (88,1%)				
	829	97 (11,7%)	732 (88,3%)	0,98 (0,8-1,3)	0,88	1,1 (0,8-1,4)	0,484	

Phân tích hồi quy logistic cho thấy, sau hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu, tuổi và tiền sử tăng huyết áp là các yếu tố liên quan độc lập với ĐTĐ. Cụ thể, nhóm 45-69 tuổi có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 2,9 lần so với nhóm 18-44 tuổi (OR = 2,9; 95% CI: 2-4,1; $p < 0,001$). Người có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 2,5 lần so với người không mắc tăng huyết áp (OR = 2,5; 95% CI: 1,9-3,2; $p < 0,001$). Ngoài ra, thừa cân béo phì cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ĐTĐ (OR = 1,3; 95% CI: 1,01-1,8; $p = 0,037$). Các yếu tố như giới tính, khu vực sinh sống, kiến thức về ĐTĐ, chế độ ăn, hút thuốc, uống rượu bia và hoạt động thể lực không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ là 11,84% (bao gồm cả trường hợp có tiền sử và phát hiện mới), trong khi tỷ lệ tiền ĐTĐ chiếm 13,05%, phản ánh gánh nặng rối loạn đường huyết đáng kể trong cộng đồng. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả điều tra bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2015 (khoảng 4,1%), đồng thời phù hợp với xu hướng gia tăng nhanh của ĐTĐ trong các nghiên cứu gần đây tại Việt Nam và khu vực [5], [7]. So với quốc tế, kết quả này cũng tương đương với xu hướng gia tăng toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển, nơi quá trình đô thị hóa và thay đổi lối sống góp phần làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh [8]. Những người tiền ĐTĐ có thể làm chậm hoặc ngăn ngừa tiến triển thành ĐTĐ type 2 bằng các biện pháp như giảm cân hợp lý, tăng cường vận động và thực hiện chế độ ăn lành mạnh. Do đó, việc tầm soát, phát hiện sớm ĐTĐ và quản lý nhóm đối tượng tiền ĐTĐ là cần thiết nhằm hạn chế sự gia tăng tỷ lệ ĐTĐ trong cộng đồng và ngăn ngừa biến chứng do ĐTĐ gây ra.

Phân tích mối liên quan cho thấy tuổi là yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng ĐTĐ, với nhóm 45-69 tuổi có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 2,9 lần so với nhóm 18-44 tuổi sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nhiễu. Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh của ĐTĐ type 2, khi tình trạng kháng insulin tăng dần theo tuổi và chức năng tế bào beta tụy suy giảm [9]. Đồng thời, nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận nguy cơ mắc ĐTĐ tăng từ 2-4 lần ở nhóm tuổi trung niên và cao tuổi, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [8]. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Ngọc Oanh và cộng sự (2020) tại thành phố Hồ Chí Minh: những người từ 45 tuổi trở lên có khả năng mắc ĐTĐ cao gấp 4,67 lần so với nhóm người dưới 45 tuổi với $p < 0,001$ [10].

Bên cạnh đó, tiền sử tăng huyết áp được xác định là yếu tố liên quan độc lập với ĐTĐ, với nguy cơ cao gấp 2,5 lần so với nhóm không mắc tăng huyết áp. Kết quả này phản ánh mối liên quan chặt chẽ giữa hai bệnh lý trong hội chứng chuyển hóa, khi cả hai cùng chia sẻ các cơ chế bệnh sinh như kháng insulin, rối loạn chức năng nội mô và tình trạng viêm mạn tính [9]. Phát hiện này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong nước, cho thấy tỷ lệ đồng mắc giữa tăng huyết áp và ĐTĐ ngày càng gia tăng và là một thách thức lớn đối với hệ thống y tế [11].

Ngoài ra, thừa cân béo phì cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với ĐTĐ (OR = 1,3), phù hợp với các bằng chứng cho thấy sự tích tụ mỡ, đặc biệt là mỡ nội tạng, đóng vai trò quan trọng trong cơ chế kháng insulin và rối loạn chuyển hóa glucose [12]. Tuy nhiên, mức độ ảnh hưởng trong nghiên cứu này thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế, có thể do sự khác biệt về đặc điểm dân số, tiêu chuẩn phân loại béo phì ở người châu Á hoặc ảnh hưởng của các yếu tố nhiễu chưa được kiểm soát hoàn toàn.

Mặt khác, các yếu tố như giới tính, khu vực sinh sống và các hành vi lối sống (hút thuốc, uống rượu bia, chế độ ăn và hoạt động thể lực) không còn có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Điều này có thể được giải thích do tác động gián tiếp của các yếu tố này thông qua các yếu tố trung gian như béo phì hoặc tăng huyết áp, hoặc do sai số nhớ lại thông tin trong quá trình thu thập dữ liệu, đặc biệt khi các biến hành vi chủ yếu dựa trên tự báo cáo. Đồng thời, cách phân loại các yếu tố hành vi có thể chưa đủ chi tiết để phản ánh chính xác mức độ phơi nhiễm, làm giảm khả năng phát hiện mối liên quan thực sự.

Một điểm đáng chú ý khác là tỷ lệ đối tượng có kiến thức đạt về ĐTĐ còn thấp và không có mối liên quan với tình trạng mắc bệnh. Điều này cho thấy tồn tại khoảng cách giữa kiến thức và thực hành trong phòng chống bệnh, tương tự với các nghiên cứu tại Việt Nam, nơi việc chuyển đổi từ nhận thức sang thay đổi hành vi còn hạn chế [11]. Do đó, các can thiệp y tế công cộng cần được thiết kế toàn diện hơn, không chỉ tập trung vào truyền thông sức khỏe mà còn cần tác động đến môi trường sống và hỗ trợ thay đổi hành vi.

Với nhóm các yếu tố nguy cơ cho thấy phần lớn đối tượng có từ 1-2 yếu tố nguy cơ (66,5%), trong khi nhóm có 3-5 yếu tố nguy cơ chiếm 18,7% và tập trung chủ yếu ở nam giới và nhóm tuổi cao. Kết quả này phản ánh xu hướng tích lũy yếu tố nguy cơ theo thời gian và sự khác biệt giữa các nhóm dân số, phù hợp với mô hình dịch

tế học của bệnh không lây nhiễm trên thế giới [8]. Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không chỉ phản ánh thực trạng gia tăng rối loạn đường huyết tại Hà Nội mà còn khẳng định vai trò của các yếu tố nguy cơ truyền thống, đặc biệt là tuổi, tăng huyết áp và thừa cân béo phì, từ đó gợi ý các ưu tiên can thiệp trong phòng chống và quản lý bệnh tại cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ ở người từ 18-69 tuổi tại thành phố Hà Nội năm 2025 là 11,84% (tiền sử mắc ĐTĐ chiếm 7,49%; phát hiện mắc mới ĐTĐ chiếm 4,35%), phản ánh gánh nặng bệnh tật đáng kể trong cộng đồng. Những phát hiện này gợi ý rằng cần tăng cường các biện pháp dự phòng, sàng lọc và quản lý bệnh một cách phù hợp, đặc biệt ưu tiên đối với các nhóm nguy cơ cao, nhằm góp phần giảm nhẹ gánh nặng ĐTĐ trong cộng đồng. Những phát hiện này gợi ý rằng cần tăng cường các biện pháp dự phòng, sàng lọc và quản lý bệnh một cách phù hợp, đặc biệt ưu tiên đối với các nhóm nguy cơ cao, nhằm góp phần giảm nhẹ gánh nặng ĐTĐ trong cộng đồng.

6. TÀI LIỆU KHAM KHẢO

- [1] Magliano D.J, Boyko E.J. IDF Diabetes Atlas Committee. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels, 2021.
- [2] Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia, hoạt động phòng chống các rối loạn thiếu hụt iod (tài liệu nội bộ), Hà Nội, 2013: 3-12.
- [3] Bệnh viện Nội tiết Trung ương. Tóm tắt báo cáo nghiên cứu khoa học điều tra tỷ lệ đái tháo đường, tiền đái tháo đường và một số yếu tố liên quan tại Việt Nam năm 2020. <https://benhviennoitiet.vn/tom-tat-bao-cao-nghien-cuu-khoa-hoc-dieu-tra-ty-le-dai-thao-duong-tien-dai-thao-duong-va-mot-so-yeu-to-lien-quan-tai-viet-nam-nam-2020/> [truy cập ngày 3/4/2026].
- [4] Bộ Y tế. Khoảng 5 triệu người Việt đang mắc căn bệnh gây nhiều biến chứng về tim mạch, thần kinh, cắt cụt chi. https://moh.gov.vn/tin-noi-bat/-/asset_publisher/3Yst7YhbkA5j/content/khoang-5-trieu-nguoi-viet-dang-mac-can-benh-gay-nhieu-bien-chung-ve-tim-mach-than-kinh-cat-cut-chi- [truy cập ngày 3/4/2026].
- [5] Bộ Y tế. Điều tra bệnh không lây nhiễm về các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2015. Hà Nội: Bộ Y tế; 2016.
- [6] Bộ Y tế. Điều tra STEPS về các yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2021, Hà Nội, 2021.
- [7] Biswas T, Tran N et al. Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. *BMJ Open*, 2022, 12 (8): e052725. doi: 10.1136/bmjopen-2021-052725.
- [8] Mills K.T, Bundy J.D, Kelly T.N, Reed J.E, Kearney P.M, Reynolds K et al. Global disparities of hypertension prevalence and control. *Circulation*, 2020, 141 (9): 678-89.
- [9] American Diabetes Association. Cardiovascular disease and risk management: Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 2022, 45 (Suppl 1): S144-74.
- [10] Phạm Ngọc Oanh và cộng sự. Đái tháo đường và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2020. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, 2023, 19 (1-2): 57-65.
- [11] Nguyễn Lân Việt và cộng sự. Tăng huyết áp tại Việt Nam: thực trạng và giải pháp. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 2018, 82: 1-10.
- [12] World Health Organization. Hypertension, Geneva, 2021.

