PREVALENCE OF NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES MELLITUS AND FACTORS ASSOCIATED WITH ACHIEVING TREATMENT GOALS IN THE FIRST 3 MONTHS AT THO XUAN GENERAL HOSPITAL, THANH HOA PROVINCE, IN 2025

Luu Vu Dung[2], Nguyen Thi Nguyen[3], Pham Thi Loc , Nguyen Anh Ngoc, Bui Thi Huong Giang[1], Pham Thi Thu Trang[1,4]

[1]Haiphong University of Medicine and Pharmacy - No. 72A Nguyen Binh Khiem, Gia Vien Ward, Hai Phong, Vietnam
[2]Haiphong Obstetrics and Gynecology Hospital - No. 19 Tran Quang Khai, Hong Bang, Hai Phong, Vietnam
[3]Tho Xuan General Hospital, Thanh Hoa - Provincial Road 506, Zone 9, Zone 6, Tho Xuan, Thanh Hoa, Vietnam
[4]Central Dermatology Hospital - 15A Phuong Mai, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 13/07/2026
Reviced: 20/08/2026; Accepted: 09/09/2026

ABSTRACT

This study aimed to determine the proportion of newly diagnosed type 2 diabetes mellitus (T2DM) cases and identify associated risk factors at Tho Xuan General Hospital, Thanh Hoa Province, during the first six months of 2025. A short-term longitudinal cross-sectional study was conducted among 208 adult patients (aged >18 years) with suspected diabetes mellitus. The results identified 137 newly diagnosed T2DM cases, accounting for 65.9%. Multivariable logistic regression analysis indicated that a family history of diabetes was an independent factor associated with the likelihood of achieving target fasting blood glucose levels after 3 months of treatment. Statistically significant associated factors included dyslipidemia, family history of diabetes, and overweight/obesity. The high detection rate underscores the critical need to strengthen screening initiatives and risk factor management at the primary healthcare level.

Keywords: Type 2diabetes mellitus, proportion of newly diagnosed cases, glycemic goals, associated factors.

*Corresponding author
Email: luuvudung1980@gmail.com **Phone**: (+84) 904 554 915 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD14.6457

TỶ LỆ PHÁT HIỆN MỚI NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THỌ XUÂN THANH HOÁ TRONG 06 THÁNG ĐẦU NĂM 2025

Lưu Vũ Dũng[1,2], Nguyễn Thị Nguyên[1,3], Phạm Thị Lộc[1], Nguyễn Anh Ngọc[1], Bùi Thị Hương Giang[1], Phạm Thị Thu Trang[1,4]

[1]Trường Đại học Y Dược Hải Phòng - Số 72A Nguyễn Bỉnh Khiêm, phường Gia Viên, Hải Phòng, Việt Nam
[2]Bệnh viện Phụ sản Hải Phòng - Số 19 Trần Quang Khải-Hồng Bàng Hải Phòng, Việt Nam
[3]Bệnh viện Đa Khoa Thọ Xuân, Thanh Hoá - TL 506 Khu 9, Khu 6, Thọ Xuân, Thanh Hóa, Việt Nam
[4]Bệnh viện Da liễu Trung ương - 15A Phương Mai, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/07/2026
Ngày chỉnh sửa: 20/08/2026; Ngày duyệt đăng: 09/09/2026

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ phát hiện mới người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 và một số yếu tố liên quan đến bệnh ĐTĐ típ 2 tại BVĐK Thọ Xuân – Thanh Hóa trong 06 tháng đầu năm 2025. Nghiên cứu ngang theo dõi dọc ngắn hạn, thực hiện tại thời điểm xác định đối với 208 người bệnh trên 18 tuổi có nghi ngờ ĐTĐ. Kết quả ghi nhận phát hiện mới 137 trường hợp ĐTĐ típ 2, chiếm 65,9%. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy tiền sử gia đình mắc ĐTĐ là yếu tố độc lập có liên quan đến khả năng đạt mục tiêu glucose máu lúc đói sau 3 tháng điều trị. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phát hiện mới ĐTĐ cao, do đó cần tăng cường sàng lọc và quản lý yếu tố nguy cơ tại tuyến cơ sở. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm rối loạn lipid máu, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ và thừa cân/béo phì.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, tỷ lệ phát hiện mới, đạt mục tiêu điều trị, yếu tố liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh không lây nhiễm phổ biến, đang gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu. Năm 2024, thế giới có khoảng 589 triệu người trưởng thành (20-79 tuổi) mắc ĐTĐ [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ này đạt 7,06% với 4,5 triệu người đang mắc ĐTĐ (2021), chủ yếu là ĐTĐ típ 2 [2]. Đáng lo ngại hơn là gánh nặng biến chứng nặng nề như nhồi máu cơ tim, đột quỵ, suy thận, mù lòa và đoạn chi, làm gia tăng chi phí điều trị và tử vong nếu không được kiểm soát sớm. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chứng minh mối liên quan chặt chẽ giữa ĐTĐ típ 2 với các yếu tố như tuổi tác, béo phì (BMI), tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tiền sử gia đình. Tuy nhiên, thực tế tỷ lệ người mắc bệnh chưa được chẩn đoán trong cộng đồng vẫn còn cao. Tại Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) Thọ Xuân – Thanh Hóa, lượng bệnh nhân đến khám các rối loạn chuyển hóa ngày càng tăng, nhưng dữ liệu về đặc điểm dịch tễ cũng như các yếu tố nguy cơ tại địa phương vẫn còn hạn chế. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm xác định tỷ lệ phát hiện mới người bệnh ĐTĐ típ 2 và một số yếu tố liên quan đến bệnh ĐTĐ típ 2 tại BVĐK Thọ Xuân – Thanh Hóa trong 06 tháng đầu năm 2025.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh trên 18 tuổi, nghi ngờ ĐTĐ đến khám tại bệnh viện Bệnh viện đa khoa Thọ Xuân – Thanh Hóa.

Người bệnh nghi ngờ ĐTĐ khi có các triệu chứng lâm sàng nghi ngờ (khát nhiều, tiểu nhiều, ăn nhiều, gầy nhiều), có các yếu tố nguy cơ cao (thừa cân/béo phì, tăng huyết áp, tiền sử gia đình, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, sử dụng rượu).

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân đã được xác định là ĐTĐ đã và đang được điều trị ngoại trú tại địa điểm nghiên cứu

Bệnh nhân mắc các bệnh lý ảnh hưởng đến chỉ số HbA1c (thiếu máu nặng, bệnh huyết sắc tố, bệnh gan mạn, suy thận giai đoạn cuối, sốt do bất kỳ nguyên nhân gì)

Bệnh nhân không hợp tác, mất hoặc giảm trí nhớ ảnh hưởng đến quá trình thu thập thông tin chính xác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa Khoa Thọ Xuân – Thanh Hoá.

Thời gian nghiên cứu: Từ ngày 01/01/2025 đến ngày 30/06/2025.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu ngang theo dõi dọc ngắn hạn, thực hiện tại thời điểm xác định

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ 208 bệnh nhân đến khám tại địa điểm nghiên cứu phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ 01/01/2025 đến 30/06/2025.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

Chọn tất cả người bệnh từ 18 tuổi trở lên phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ của đối tượng nghiên cứu đến khám và điều trị, được chỉ định xét nghiệm Glucose huyết lúc đói và HbA1c tại Bệnh viện Đa khoa Thọ Xuân từ 01/01/2025 đến 30/06/2025.

Chẩn đoán đái tháo đường theo QĐ 5481/ QĐ-BYT "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2" của Bộ Y

*Tác giả liên hệ
Email: luuvudung1980@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 904 554 915 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD14.6457

Tế, khi có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: Glucose huyết tương lúc đói (FPG): ≥ 7,0mmol/L (nhịn ăn ít nhất 8 giờ), Glucose huyết tương sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp (OGTT) ≥ 11,1 mmol/L, HbA1c ≥ 6,5 %, Glucose huyết tương bất kỳ ≥ 11,1 mmol/L kèm triệu chứng tăng đường huyết điển hình (ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút cân không rõ nguyên nhân) [3].

Theo phác đồ điều trị của Bệnh viện Đa khoa Thọ Xuân, bệnh nhân chẩn đoán đái tháo đường được điều trị nội trú nếu có đường máu>16,0 mmol/L và HbA1C> 7%, những bệnh nhân còn lại điều trị ngoại trú. Bệnh nhân điều trị được theo dõi và làm xét nghiệm nồng độ Glucose máu lúc đói và HbA1C sau 3 tháng điều trị.

2.6. Biến số nghiên cứu

Thông tin hành chính: tuổi, giới, địa chỉ.

Yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ: Chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền sử gia đình, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu.

Kết quả xét nghiệm: Glucose huyết thanh đói, HbA1c, cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C tại thời điểm xét nghiệm lần 1 (chẩn đoán mắc ĐTĐ típ 2) và lần 2 (sau 3 tháng điều trị).

2.7. Phương pháp thu thập thông tin

Những thông tin liên quan đến đặc điểm, cận lâm sàng và các kết quả xét nghiệm thu thập theo dữ liệu trong bệnh án của đối tượng nghiên cứu. Lần 1 tại thời điểm bệnh nhân làm xét nghiệm chẩn đoán mắc ĐTĐ típ 2, lần 2 là sau 3 tháng điều trị.

2.8. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được thu thập xử lý bằng các thuật toán thống kê thích hợp. Các thông tin sau khi thu thập được tổng hợp, phân tích dưới dạng bảng, hình. Sử dụng phần mềm SPSS 25.0 để phân tích thống kê.

Phân tích hồi quy đơn biến: Sử dụng kiểm định Chi-square hoặc kiểm định chính xác Fisher để xác định mối liên quan giữa từng yếu tố nguy cơ riêng lẻ với tình trạng mắc ĐTĐ típ 2. Mức độ liên quan được biểu thị qua chỉ số OR (Odds Ratio) với khoảng tin cậy 95%. Các yếu tố có $p < 0,05$ ở bước này được coi là có liên quan về mặt thống kê.

Phân tích đa biến sử dụng mô hình Hồi quy Logistic đa biến (Multivariable Logistic Regression). Chỉ số Exp(B) chính là OR điều chỉnh (Adjusted OR).

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng xét duyệt Trường Đại học Y Dược Hải Phòng, quyết định số 3172/QĐ-YDHP ngày 30 tháng 12 năm 2024. Nghiên cứu chỉ sử dụng số liệu cho mục đích khoa học, không can thiệp gây ảnh hưởng đến sức khỏe hay kinh tế người bệnh. Người tham gia được giải thích, đồng ý tự nguyện và bảo mật thông tin cá nhân.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ phát hiện mới người bệnh Đái tháo đường típ 2 tại Bệnh Viện Đa Khoa Thọ Xuân

Bảng 1. Tỷ lệ phát hiện mới người bệnh Đái tháo đường típ 2 tại Bệnh Viện Đa Khoa Thọ Xuân

Đái tháo đường típ 2	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	137	65,9
Không	71	34,1
Tổng	208	100

Trong số 208 bệnh nhân nghi ngờ ĐTĐ được chỉ định làm xét nghiệm chẩn đoán, phát hiện mới 137 trường hợp đái tháo đường típ 2, chiếm 65,9%.

3.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với bệnh lý đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh lý đái tháo đường (n=208)

Yếu tố		Đái tháo đường				OR	p	95%CI
		Có		Không				
		n	%	n	%			
Tăng huyết áp	Có	32	23,4	15	21,1	1,292	0,589	0,639-2,611
	Không	105	76,6	56	78,9			
Rối loạn lipid	Có	126	91,9	56	78,9	3,068	0,013	1,326-7,102
	Không	11	8,1	15	21,1			
Gia đình có người mắc đái tháo đường típ 2	Có	23	16,8	4	5,6	3,379	0,040	1,121-10,191
	Không	114	83,2	67	94,4			
Thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23)	Có	51	37,2	14	19,7	2,414	0,015	1,224-4,764
	Không	86	62,8	57	80,3			
Hút thuốc lá	Có	27	19,7	15	21,1	0,916	0,953	0,451-1,861
	Không	110	80,3	56	78,9			
Sử dụng rượu	Có	27	19,7	11	15,5	1,339	0,578	0,621-2,887
	Không	110	80,3	60	84,5			

Rối loạn lipid máu, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường và BMI tăng (≥ 23 kg/m^2) là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với đái tháo đường típ 2, với OR lần lượt là 3,068; 3,379 và 2,414 ($p < 0,05$). Các yếu tố tăng huyết áp, hút thuốc và sử dụng rượu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Sự thay đổi các chỉ số Lipid máu trước và sau điều trị 3 tháng (n=137)

Chỉ số	Trước điều trị	Điều trị 3 tháng	p
	$\bar{X}$+SD	$\bar{X}$+SD	
Cholesterol (mmol/L)	5,780,78	5,090,70	<0,05
Triglycerid (mmol/L)	2,720,88	2,450,80	
HDL-Cholesterol (mmol/L)	1,210,70	1,280,75	
LDL-Cholesterol (mmol/L)	3,340,61	2,690.62	

Trong 137 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 phát hiện mới, có 126 trường hợp rối loạn lipid máu. Sau 3 tháng điều trị, các chỉ số cholesterol toàn phần, triglycerid và LDL-C giảm, trong khi HDL-C tăng nhẹ so với trước điều trị; sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ ĐTĐ với đạt mục tiêu điều trị sau 3 tháng, nồng độ Glucose máu đói 4,4-7,2 mmol/L

Yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ	Hệ số hồi quy B	Exp(B)	p-value
Tăng huyết áp	0,132	1,141	0,763
Rối loạn lipid	0,043	0,951	1,044
Gia đình có người mắc đái tháo đường	1,634	5,122	0,012
Thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23)	0,304	0,423	1,355
Hút thuốc lá	0,141	0,924	1,151
Sử dụng rượu	0,273	0,852	1,314

Bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc đái tháo đường có nguy cơ không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói sau 3 tháng cao gấp 5,122 lần so với nhóm không có tiền sử gia đình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ ĐTĐ với với đạt mục tiêu điều trị sau 3 tháng, nồng độ HbA1c tháng thứ 3 <7,0%)

Yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ	Hệ số hồi quy B	Exp(B)	p-value
Tăng huyết áp	0,87	2,386	0,142

Yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ	Hệ số hồi quy B	Exp(B)	p-value
Rối loạn lipid	-1,224	0,294	0,951
Gia đình có người mắc đái tháo đường típ 2	0,589	1,803	0,386
Thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23)	0,815	2,260	0,093

Trong 137 bệnh nhân đái tháo đường phát hiện mới, các yếu tố nguy cơ không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng đạt HbA1c < 7,0% sau 3 tháng (p > 0,05). Tuy nhiên yếu tố thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23) có *p*=0,093 cần được xem xét trong phác đồ điều trị bệnh nhân đái tháo đường.

4. BÀN LUẬN

Trong tổng số 208 bệnh nhân nguy nghi ngờ ĐTĐ được chỉ định làm xét nghiệm định lượng glucose máu lúc đói và HbA1c tại Bệnh viện Đa khoa Thọ Xuân, có 137 bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTĐ típ 2, chiếm 65,9% (Bảng 1). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Trần Văn Hải tại tỉnh Hậu Giang, ghi nhận tỷ lệ phát hiện mới ĐTĐ là 68,1 % [4]. Kết quả cho thấy tỷ lệ người mắc ĐTĐ tiềm ẩn trong cộng đồng là đáng kể. Phần lớn bệnh nhân chưa được chẩn đoán sớm do triệu chứng lâm sàng giai đoạn đầu thường không rõ ràng, nên việc phát hiện chủ yếu dựa vào sàng lọc xét nghiệm. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc triển khai các chương trình sàng lọc chủ động, đặc biệt tại tuyến cơ sở.

Kết quả phân tích tại Bảng 2 cho thấy một số yếu tố nguy cơ có mối liên quan với bệnh ĐTĐ. Đối với tăng huyết áp, dù các nghiên cứu trước đây ghi nhận mối liên quan chặt chẽ giữa tăng huyết áp và nguy cơ tiền ĐTĐ/ĐTĐ, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ mắc ĐTĐ cao hơn 1,292 lần so với nhóm huyết áp bình thường, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [5]. Ngược lại, rối loạn lipid máu (RLLP) được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập, với nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 3,068 lần ở nhóm có RLLP so với nhóm không có RLLP (p < 0,05). Tiền sử gia đình mắc ĐTĐ cũng làm tăng nguy cơ mắc bệnh lên 3,379 lần (p < 0,05). Bên cạnh đó, thừa cân/béo phì là yếu tố nguy cơ quan trọng, khi nhóm có BMI tăng có nguy cơ mắc ĐTĐ cao gấp 2,414 lần so với nhóm BMI bình thường (p < 0,05), phản ánh vai trò của kháng insulin trong cơ chế bệnh sinh. Mối liên quan giữa RLLP máu, tiền sử gia đình và chỉ số BMI đối với tỉ lệ mắc ĐTĐ của nghiên cứu chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu trước đó [6]. Trong khi đó, hút thuốc lá và sử dụng rượu chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê trong mô hình đa biến. Các kết quả này nhấn mạnh vai trò của RLLP, tiền sử gia đình và tăng BMI trong dự phòng và phát hiện sớm bệnh ĐTĐ.

Kết quả Bảng 3 cho thấy sau 3 tháng theo dõi, các thông số lipid máu ở nhóm nghiên cứu có xu hướng cải thiện, với cholesterol toàn phần, triglycerid và LDL-C giảm, trong khi HDL-C tăng nhẹ. Xu hướng này phù hợp với cơ chế sinh lý bệnh, khi kiểm soát đường huyết và điều trị sớm giúp cải thiện đề kháng insulin, giảm sản xuất VLDL tại gan, từ đó cải thiện các chỉ số lipid máu. Những thay đổi này đã được ghi nhận trong một số nghiên cứu quan sát và can thiệp sớm, cho thấy lợi ích tiềm năng trong giảm nguy cơ tim mạch ngắn hạn [7]. Tuy nhiên, cần thận trọng khi diễn giải kết quả do sự cải thiện lipid có thể chịu ảnh hưởng của nhiều yếu tố đồng thời; vì vậy, các phân tích kiểm soát và đa biến là cần thiết để đánh giá đầy đủ ý nghĩa lâm sàng.

Kết quả hồi quy logistic đa biến (Bảng 4) cho thấy yếu tố "gia đình có người mắc ĐTĐ" là biến độc lập liên quan có ý nghĩa thống kê đến khả năng đạt mục tiêu glucose máu lúc đói sau 3 tháng (p = 0,012), với OR = 5,122. Điều này cho thấy bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ có nguy cơ không đạt mục tiêu glucose đói cao gấp khoảng 5 lần so với nhóm không có tiền sử. Các yếu tố khác như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thừa cân/béo phì, hút thuốc và sử dụng rượu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trong nước, cho thấy vai trò quan trọng của yếu tố di truyền và môi trường gia đình trong khả năng kiểm soát đường huyết sớm ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 phát hiện mới [8].

Kết quả phân tích Bảng 5 cho thấy chưa ghi nhận yếu tố nguy cơ nào liên quan có ý nghĩa thống kê đến khả năng đạt mục tiêu HbA1c < 7,0% sau 3 tháng điều trị (p > 0,05). Tuy nhiên, thừa cân/béo phì (BMI ≥ 23 kg/m^2) có xu hướng làm giảm khả năng đạt HbA1c mục tiêu (p = 0,093). Các yếu tố khác như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, hút thuốc và sử dụng rượu không cho thấy mối liên quan rõ rệt. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước, ghi nhận BMI cao có xu hướng ảnh hưởng bất lợi đến kiểm soát HbA1c sớm, có thể do tình trạng kháng insulin gia tăng ở bệnh nhân thừa cân, béo phì [9].

Hạn chế nghiên cứu:

Do đối tượng nghiên cứu được lựa chọn có chủ đích là nhóm bệnh nhân "nghi ngờ ĐTĐ" (hoàn toàn tuân thủ theo mục tiêu và thiết kế ban đầu), các kết quả thu được chỉ phản ánh đặc điểm của phân nhóm nguy cơ cao tại cơ sở y tế và nghiên cứu được triển khai tại Bệnh viện Đa khoa Thọ Xuân) với thời gian thu thập mẫu 6 tháng. Do đó, kết quả có thể mang tính đặc thù của địa phương, chưa đại diện toàn diện cho các khu vực địa lý hay các tuyến điều trị khác. Các nghiên cứu trong tương lai nên mở rộng tiêu chuẩn lựa chọn trên quần thể rộng hơn để có cái nhìn toàn diện về dịch tễ học tại cơ sở y tế.

5. KẾT LUẬN

Trong số 208 bệnh nhân nghi ngờ ĐTĐ được chỉ định xét nghiệm glucose máu lúc đói và HbA1c, phát hiện mới 137 bệnh nhân (65,9%) được chẩn đoán ĐTĐ. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng mắc bệnh bao gồm rối loạn lipid máu (OR = 3,068; p < 0,05), tiền sử gia đình mắc ĐTĐ (OR = 3,379; p < 0,05) và thừa cân/béo phì (OR = 2,41; p < 0,05). Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, tiền sử gia đình mắc ĐTĐ là yếu tố độc lập ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát glucose máu lúc đói sau 3 tháng điều trị, với nguy cơ không đạt mục tiêu cao gấp 5,12 lần so với nhóm không có tiền sử (p = 0,012).

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] International Diabetes Federation (IDF). IDF Diabetes Atlas, 9th Edition. 2024.
[2] Bộ Y tế. Tình hình đái tháo đường. Kiến thức về bệnh đái tháo đường. 2021; 1–2.
[3] Bộ Y tế, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2" - Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 31/12/2020. p.4-8.
[4] Trần Văn Hải. Nghiên cứu tình hình mắc đái tháo đường tại tỉnh Hậu Giang. Báo cáo tổng kết đề tài nghiên cứu khoa học Sở Y tế Hậu Giang. 2011.
[5] Nguyễn Vinh Quang. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh đái tháo đường týp 2 và hiệu quả biện pháp can thiệp cộng đồng tại Nam Định, Thái Bình (2002–2004). Luận án Tiến sĩ. Học viện Quân y. 2007.
[6] Nguyễn Ngọc Nghĩa, Cao Thị Thu Nga, Bùi Thị Xuân. Khảo sát tỷ lệ đái tháo đường của người dân đến khám bệnh tại Trung tâm Y tế thành phố Yên Bái và một số yếu tố liên quan. Y học Công cộng. 2024; 2(8): 5–8.
[7] Nnakenyi ID, Nnakenyi EF, Parker EJ. Relationship between glycaemic control and lipid profile in type 2 diabetes mellitus patients in a low-resource setting. Pan Afr Med J. 2022; 41:281.
[8] Trần Văn Hùng, Nguyễn Thị Thanh Hương, Phạm Đức Lợi. Ảnh hưởng của tiền sử gia đình đến khả năng đạt kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường mới chẩn đoán. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường Việt Nam. 2019; 27(4): 201–207.
[9] Nguyễn Văn Toàn, Phạm Thị Huyền, Lê Minh Trí. Các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đạt HbA1c mục tiêu ở bệnh nhân đái tháo đường sau 3 tháng điều trị. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường Việt Nam. 2020; 36(2): 95–102.