Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 10, 129-133

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND FACTORS ASSOCIATED WITH GLYCEMIC CONTROL IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT HA TINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2026

Thai Tho[1,2], Ke Thi Lan Anh[1]

[1]*Hai Phong University of Medicine and Pharmacy*
[2]*Ha Tinh General Hospital*

Received: 23/7/2026
Reviced: 31/7/2026; Accepted:

ABSTRACT

Background: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is an endocrine disease and one of the most common metabolic disorders globally. The disease progresses insidiously, affecting multiple organ systems. Timely assessment and management of clinical, paraclinical, and comorbid factors are essential.

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and factors associated with glycemic control status in patients with type 2 diabetes at Ha Tinh Provincial General Hospital in 2026.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 217 inpatients with type 2 diabetes at the Department of Endocrinology, Ha Tinh Provincial General Hospital, using a convenience sampling method from December 2025 to June 2026.

Results: The majority of patients failed to achieve target levels for HbA1c, fasting blood glucose, and random blood glucose. Significant differences in HbA1c control were observed in factors such as smoking status, self-monitoring of blood glucose, adherence to follow-up schedules, and dietary compliance. A relationship was found between glycemic control status and vascular complications. **Conclusion:** The factors relate with management and treatment are statistically significantly associated with HbA1c levels.

Keywords: Type 2 diabetes, HbA1c, fasting blood glucose, random blood glucose.

*Corresponding author
Email: kelananh1980@gmail.com **Phone**: (+84) 906084336 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT ĐƯỜNG MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ TĨNH NĂM 2026

Thái Thọ[1,2], Kê Thị Lan Anh[1]

[1]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
[2]*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh*

Ngày nhận bài: 23/7/2026
Ngày chỉnh sửa: 31/7/2026; Ngày duyệt đăng:

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý nội tiết và là một rối loạn chuyển hóa phổ biến nhất ở nhiều quốc gia. ĐTĐ tiến triển âm thầm, từ từ gây ảnh hưởng tới nhiều cơ quan. Điều cần thiết là các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh lý đồng mắc nên được đánh giá và quản lý kịp thời.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh năm 2026.

Đối tượng – phương pháp nghiên cứu: 217 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện không xác suất từ tháng 12/2025 đến tháng 6/2026.

Kết quả: Phần lớn bệnh nhân không đạt kiểm soát HbA1c, đường huyết đói và bất kỳ. Có sự khác biệt về khả năng kiểm soát HbA1c giữa các nhóm tình trạng hút thuốc, tự theo dõi đường huyết, tái khám định kỳ, tuân thủ thực đơn. Có mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát đường huyết với biến chứng mạch máu.

Kết luận: Các yếu tố liên quan quản lý và điều trị liên quan có ý nghĩa thống kê với mức HbA1c.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, HbA1c, đường huyết đói, đường huyết bất kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý nội tiết và là một rối loạn chuyển hóa phổ biến nhất ở nhiều quốc gia. Bệnh có xu hướng tăng nhanh vào những năm gần đây, cùng với nhiều biến chứng nguy hiểm gây tàn phế và tử vong. Đái tháo đường tiến triển âm thầm, từ từ gây ảnh hưởng tới nhiều cơ quan như tim mạch, thận, mắt, tổn thương thần kinh, và cắt cụt chi,... Hàng năm, hiệp hội đái tháo đường thế giới (International Diabetes Federation – IDF) đều đưa ra những báo cáo về tình hình bệnh đái tháo đường diễn ra trên toàn cầu, theo ước tính năm 2015 có 415 triệu người trưởng thành sống chung với bệnh ĐTĐ và con số này vào năm 2040 ước tính sẽ là 642 triệu người [1]. Tuy nhiên, trong thực tế hiện nay phần lớn bệnh nhân không được kiểm soát tốt đường huyết và các yếu tố nguy cơ tim mạch, mức kiểm soát glucose máu kém và tỷ lệ HbA1c chưa đạt mục tiêu còn cao, các biến chứng có xu hướng tăng lên. Điều cần thiết là các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và bệnh lý kèm theo nên được đánh giá và quản lý kịp thời nhằm kéo dài thời gian diễn tiến của bệnh và góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống. Do đó, để cung cấp thêm thông tin và cơ sở cho việc quản lý và điều trị bệnh nhân đái tháo đường, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng kiểm soát đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh năm 2026".

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

217 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị nội trú tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 12/2025 đến tháng 6/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ ADA – 2025 [2].
- Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đang có các bệnh lý nội tiết khác: cường giáp, hội chứng Cushing, to đầu chi,... ảnh hưởng đến đường huyết.
- Đang có các biến chứng nặng cấp tính: nhiễm trùng nặng, hôn mê nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu,...
- Phụ nữ có thai, đái tháo đường thai kỳ, đái tháo đường típ 1.
- Có các bệnh lý ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm HbA1c: các bệnh lý về máu bao gồm hồng cầu hình liềm, thiếu hụt Glucose 6 phosphat dehydrogenase, HIV, chạy thận nhân tạo, mất máu hoặc truyền máu gần đây hoặc hemoglobin < 80 G/L.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

*Tác giả liên hệ
Email: kelananh1980@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 906084336 **DOI:** 10.52163/yhc.v66iCD14.3052

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp lựa chọn:

Lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện không xác suất.

Cỡ mẫu được xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang mô tả với độ tin cậy 95%, sai số ước lượng 0.05

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu; α là độ tin cậy, với độ tin cậy 95%

p là tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đường huyết đạt mục tiêu, trong nghiên cứu tại khoa nội tiết Bệnh viện Bạch Mai của Nguyễn Minh Sang là 11,9% [3].

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi chọn được 217 bệnh nhân vào nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu và tiêu chuẩn chẩn đoán trong nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, BMI, hút thuốc, khám định kỳ, tự theo dõi đường huyết, tuân thủ thực đơn.

Trong đó:

BMI (kg/m^2) phân loại theo WHO áp dụng cho các nước châu Á [4]: Gầy: BMI < 18,5; Bình thường: BMI = 18,5 – 22,9; Thừa cân: BMI = 23,0 – 24,9; Béo phì: BMI >25.

Khám định kỳ: Khám thường xuyên: khám theo lịch hẹn của bác sĩ; Thỉnh thoảng khám lại: chỉ khám khi có bất thường; Không khám lại.

Tuân thủ thực đơn: Mức độ tuân thủ chế độ dinh dưỡng: BN tự đánh giá theo tần suất sử dụng các thực phẩm nên ăn, hạn chế ăn và cần tránh [5], với các mức: luôn luôn (ăn ≥ 6 lần/tuần), thỉnh thoảng (ăn 3-5 lần/tuần), hiếm khi (ăn 0-2 lần/tuần).

+ Đặc điểm lâm sàng: huyết áp tâm thu; huyết áp tâm trương, triệu chứng 4 nhiều, nhìn mờ, tê bì tay chân.

+ Bộ câu hỏi: Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky (MMAS-8), đánh giá hoạt động thể lực theo thang điểm IPAQ-Short Form (IPAQ-SF).

+ Các bệnh lý kèm theo: bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị trước đó.

+ Chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ ADA – 2025 [2].

+ Biến chứng mạch máu nhỏ của bệnh ĐTĐ là những biến chứng lâu dài do tổn thương mạch máu nhỏ: Bệnh võng mạc,bệnh thận, bệnh thần kinh.

+ Biến chứng mạch máu lớn bao gồm các nhóm: bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, bệnh động mạch chi dưới.

+ Đặc điểm cận lâm sàng:

HbA1c (%): Đạt mục tiêu (7%) và không đạt mục tiêu (7 – < 10%), kiểm soát rất kém (≥ 10%) [6].

Glucose máu đói: được chia làm hai nhóm đạt mục tiêu: 4.4 -7,2 mmol/l [6] và không đạt mục tiêu: glucose máu đói nằm ngoài khoảng trên.

Glucose máu bất kỳ: chia thành 2 nhóm đạt mục tiêu < 10 mmol/l [6] và không đạt mục tiêu.

2.3. Xử lý số liệu:

- Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Microsoft EXCEL 2016 và STATA 14.0.

- Biến định lượng phân phối chuẩn được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn.

- So sánh tỷ lệ phần trăm của hai nhóm bằng kiểm định chi-square test với biến nhị phân có số đối tượng mỗi ô ≥ 5 và bằng kiểm định fisher's exact test với biến nhị phân có số đối tượng mỗi ô < 5. Hồi quy logistic đơn biến với biến định lượng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Khoa Học của Trường Đại học Y Dược Hải Phòng thông qua theo quyết định số 3457/QĐ – YDHP ngày 19/11/2025. Đối tượng tự nguyện tham gia sau khi được giải thích rõ về mục đích và ý nghĩa của nghiên cứu. Thông tin thu thập trung thực, khách quan, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu (n = 217)

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	6	2,76
	40 – < 70 tuổi	108	49,77
	≥ 70 tuổi	103	47,47
	Trung bình ± SD (Min – Max)	67,76 ± 12,44 (34 – 94 tuổi)	
Giới tính	Nam	105	48,39
	Nữ	112	51,61
BMI	Nhẹ cân	11	5,07
	Bình thường	146	67,28
	Thừa cân	46	21,2
	Béo phì	14	6,45
	Trung bình ± SD (Min – Max)	21,79 ± 2,2 (16,4 – 33,3)	

Nhận xét: Tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu từ 40 tuổi trở lên. Tuổi trung bình là 67,76 ± 12,44 tuổi. Bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ cao hơn (51,61%) so với nam giới (48,39%). BMI trung bình là 21,79 ± 2,2.

Bảng 2. Đặc điểm thói quen của bệnh nhân nghiên cứu (n = 217)

Đặc điểm thói quen		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc	Đang hút	22	10,14
	Đã từng hút	36	16,59
	Không bao giờ hút	159	73,27
Khám định kỳ	Thường xuyên	189	87,1
	Thỉnh thoảng	21	9,68
	Không khám lại	7	3,22
Tuân thủ điều trị	Tuân thủ cao	38	17,51
	Tuân thủ trung bình	117	53,92
	Tuân thủ thấp/ Không tuân thủ	62	28,57
Hoạt động thể lực	Hoạt động thể lực tăng cường	2	0,92
	Hoạt động thể lực tối thiểu	67	30,88
	Không hoạt động thể lực	148	68,2
Tự theo dõi đường huyết	Có	65	29,95
	Không	152	70,05
Tuân thủ thực đơn	Luôn luôn	152	70,05
	Thỉnh thoảng	33	15,21
	Không bao giờ	32	14,75

Nhận xét: BN không hút thuốc lá (73,27%). Có 87,44% BN thường xuyên đi tái khám định kỳ; 53,92% BN tuân thủ

điều trị mức độ trung bình; 70,05% BN tuân thủ thực đơn; 68,2% BN không hoạt động thể lực; 70,05% BN không theo dõi đường huyết.

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng 4 nhiều	83	38,25
Nhìn mờ	73	33,64
Tê bì tay chân	43	19,82
Tăng HA tâm thu	67	30,88
Tăng HA tâm trương	32	14,75

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng 4 nhiều, nhìn mờ, tê bì tay chân, tăng HA tâm thu, tăng HA tâm trương lần lượt là 38,25%; 33,64%; 19,82%; 30,88%; 14,75%.

Bảng 4. Chỉ số theo dõi đường huyết của bệnh nhân nghiên cứu (n = 217)

Chỉ số		n	Tỷ lệ (%)	Trung bình ± SD (Min – Max)
HbA1c	< 7%	23	10,6	9,7 ± 2,07 (6,41 – 14,37)
	7 – < 10%	98	45,16	
	≥ 10%	96	44,24	
Đường huyết đói (mmol/l)	Đạt mục tiêu	35	16,13	9,33 ± 2,27 (4,9 – 16,4)
	Không đạt mục tiêu	182	83,87	
Đường huyết bất kỳ (mmol/l)	Đạt mục tiêu	80	36,87	13,77 ± 6,61 (3,19 – 39,2)
	Không đạt mục tiêu	137	63,13	

Nhận xét: Bệnh nhân chưa đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c là 89,4%. Tỷ lệ bệnh nhân không đạt mục tiêu kiểm soát đường máu đói và bất kỳ lần lượt là 83,87% và 63,13%.

Bảng 5. Nồng độ HbA1c và các yếu tố liên quan của bệnh nhân nghiên cứu (n = 217)

		< 7%		7 – < 10%		≥ 10%		p
		n	%	n	%	n	%	
Hút thuốc	Đang hút	0	0	4	18,18	18	81,82	0,001
	Đã từng hút	2	5,56	15	41,67	19	52,78	
	Không bao giờ hút	21	13,21	79	49,69	59	37,1	
Tự theo dõi đường huyết	Có	15	23,08	43	66,15	7	10,77	< 0,0001
	Không	8	5,26	55	36,18	89	58,55	
Tuân thủ thực đơn	Luôn luôn	21	13,82	79	51,97	52	34,21	< 0,0001
	Thỉnh thoảng	2	6,06	12	36,36	19	57,58	
	Không bao giờ	0	0	7	21,88	25	78,13	
Khám định kỳ	Thường xuyên	23	12,23	91	48,4	74	39,36	0,005
	Thỉnh thoảng	0	0	7	33,33	14	66,67	
	Không khám lại	0	0	0	0	6	100	
Tuân thủ điều trị	Tuân thủ cao	1	2,63	17	44,74	20	52,63	0,158
	Tuân thủ trung bình	12	10,26	58	49,57	47	40,17	
	Tuân thủ thấp/ Không tuân thủ	10	16,13	23	37,1	29	46,77	
Hoạt động thể lực	Hoạt động thể lực tăng cường	0	0	1	50	1	50	0,875
	Hoạt động thể lực tối thiểu	9	13,43	29	43,28	29	43,28	
	Không hoạt động thể lực	14	9,46	68	45,95	66	44,59	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng kiểm soát HbA1c giữa các tình trạng hút thuốc, tự theo dõi đường huyết, tái khám định kỳ, tuân thủ thực đơn (p < 0,05). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tình trạng tuân thủ điều trị và hoạt động thể lực.

Bảng 6. Mối liên quan giữa kiểm soát đường máu với biến chứng ĐTĐ của bệnh nhân nghiên cứu (n = 217)

OR (95% CI)		Biến chứng mạch máu lớn		Biến chứng mạch máu nhỏ	
		p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)
HbA1c	< 7%	1	-	1	-
	7 – < 10%	2,4 (0,87 – 6,62)	0,089	1,14 (0,44 – 2,94)	0,79
	≥ 10%	2,02 (0,73 – 5,58)	0,174	1,13 (0,43 – 2,92)	0,81
Đường huyết đói	Đạt mục tiêu	1	-	1	-
	Không đạt mục tiêu	0,41 (0,2 – 0,87)	0,02	1,17 (0,55 – 2,5)	0,69
Đường huyết bất kỳ	Đạt mục tiêu	1	-	1	-
	Không đạt mục tiêu	0,55 (0,31 – 0,96)	0,034	2,19 (1,2 – 4)	0,011

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát đường huyết đói với biến chứng mạch máu lớn (OR = 0,41; 95% CI (0,2 – 0,87); p = 0,02). Có mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát đường máu bất kỳ với biến chứng mạch máu lớn (OR = 0,55; 95% CI (0,31 – 0,96); p = 0,034) và biến chứng mạch máu nhỏ (OR = 2,19; 95% CI (1,2 – 4); p = 0,011).

4. BÀN LUẬN

Phần lớn bệnh nhân nghiên cứu có tuổi từ 40 trở lên, chiếm 97,24%; tuổi trung bình là 67,76 ± 12,44. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương năm 2022 thực hiện trên 122 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có xét nghiệm HbA1c ≥ 8% có tỷ lệ bệnh nhân trên 45 tuổi là 97,5% [7]. Bệnh nhân nữ trong nghiên cứu có tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nam (51,61% so với 48,39%). Bệnh nhân có thể trạng trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,28%; tỷ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì tổng là 27,65%; BMI trung bình là 21,79 ± 2,2. Nghiên cứu của Nguyễn Sinh Hiền có tỷ lệ thừa cân và béo phì là 28,9%, BMI trung bình 23,4 ± 3,1 [8]; nghiên cứu của Nguyễn Thị Lan Hương thì tỷ lệ này là 50,4% [7]. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt trong tiêu chuẩn chọn mẫu của chúng tôi lấy tất cả bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trong khi 2 nghiên cứu trên chọn bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng 4 nhiều là thường gặp nhất với tỷ lệ 38,25%, sau đó nhìn mờ và tăng huyết áp.

Ở bảng 3.4, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát HbA1c ở mức 7 – < 10% là 45,16%; mức ≥ 10% là 44,24%; mức HbA1c trung bình là 9,7 ± 2,07%. Nghiên cứu của Nguyễn Sinh Hiền cũng cho kết quả HbA1c trung bình là 9,2 ± 1,2 [8]. Về tình trạng kiểm soát đường máu đói có 83,87% bệnh nhân không đạt mục tiêu. Trong khi đó, tỷ lệ không đạt mục tiêu đường máu bất kỳ là 63,13%. Nghiên cứu của Vũ Thanh Bình năm 2022 thực hiện trên 336 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú cho thấy tỷ lệ không đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c và đường máu đói lần lượt là 55,7% và 59,2%; HbA1c trung bình là 7,1 ± 1,11% [9]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn chọn mẫu ở nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân điều trị nội trú, bệnh nhân thường có tình trạng nặng hơn cần nhập viện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân đang hút thuốc, đã từng hút và không bao giờ hút lần lượt là 10,14%; 16,59%; 73,27%. Tỷ lệ kiểm soát HbA1c không đạt và rất kém cao hơn ở nhóm đang hút thuốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,001). Đồng thời kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức HbA1c giữa các tình trạng tự theo dõi đường huyết, tuân thủ thực đơn, tái khám định kỳ. Tỷ lệ kiểm soát HbA1c không đạt và rất kém cao hơn ở nhóm không tuân thủ. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị trung bình và tuân thủ thấp trong nghiên cứu lần lượt là 53,92% và 28,57%. Phần lớn bệnh nhân có hoạt động thể lực tối thiểu và không hoạt động thể lực (lần lượt là 30,88% và 68,2%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức HbA1c ở hai yếu tố này. Nghiên cứu của Nguyễn Sinh Hiền năm 2025 cho thấy tỷ lệ HbA1C 8 – 10% và > 10% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 yếu tố tuân thủ điều trị và hoạt động thể lực [8]. Như vậy, việc giáo dục bệnh nhân nâng cao nhận thức về các biện pháp quản lý bệnh cùng với điều trị thuốc là cần thiết để đạt mục tiêu kiểm soát bệnh, tránh các biến chứng mạch máu gây tổn thương các cơ quan.

Khi chạy phân tích hồi quy logistic của biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ với các chỉ số theo dõi đường huyết, bao gồm: HbA1c, đường huyết đói, đường huyết bất kỳ, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức đường huyết đói với biến chứng mạch máu lớn (OR = 0,41; 95% CI (0,2 – 0,87); p = 0,02). Kiểm soát đường huyết bất kỳ cũng có liên quan với biến chứng mạch máu lớn (OR = 0,55; 95% CI (0,31 – 0,96); p = 0,034) và biến chứng mạch máu nhỏ (OR = 2,19; 95% CI (1,2 – 4); p = 0,011). Có sự khác biệt về mức HbA1c ở các biến chứng mạch máu lớn (HbA1c 7 – < 10% có OR = 2,4; 95% CI (0,87 – 6,62). HbA1c ≥ 10% có OR = 2,02; 95% CI (0,73 – 5,58)); và biến chứng mạch máu nhỏ (HbA1c 7 – < 10% có OR = 1,14; 95% CI (0,44 – 2,94). HbA1c ≥ 10% có OR = 1,13; 95% CI (0,43 – 2,92)). Mối liên quan chưa có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Nguyễn Sinh Hiền cũng cho kết quả tương tự, mặc dù chưa có ý nghĩa thống kê ở biến chứng mạch máu lớn [8]. Các kết quả cho thấy rằng kiểm soát đường huyết tốt làm giảm các biến chứng mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường.

5. KẾT LUẬN

Kết quả cho thấy bệnh nhân ở độ tuổi trung niên trở lên chiếm tỷ lệ cao. Tình trạng kiểm soát đường huyết không đạt mục tiêu ở mức cao. Có sự khác biệt về khả năng kiểm soát HbA1c giữa các nhóm tình trạng hút thuốc, tự theo dõi đường huyết, tái khám định kỳ, tuân thủ thực đơn. Có mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát đường huyết với biến chứng mạch máu.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, et al. (2018). IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract;* 138:271–81. doi:10.1016/j.diabres.2018.02.023.

[2] American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2024) 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care;* 47(Suppl 1):S20-S42. doi: 10.2337/dc24-S002.

[3] Nguyễn Minh Sang. (2026). Bước đầu nghiên cứu tình hình kiểm soát glucose máu ở các bệnh nhân đái tháo đường mới vào điều trị nội trú tại khoa Nội Tiết – Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai. *Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Trường đại học Y Hà Nội.*

[4] Tham, K. W., Abdul Ghani, R., Cua, S. C., et al. (2023). Obesity in South and Southeast Asia-A new consensus on care and management. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *24*(2), e13520. https://doi.org/10.1111/obr.13520.

[5] Phạm Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Lâm. (2008). *Hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh đái tháo đường theo đơn vị chuyển đổi thực phẩm.* Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

[6] American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). 6. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes-2025. *Diabetes Care;* 48(1 Suppl 1):S128-S145. doi: 10.2337/dc25-S006.

[7] Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Quang Bảy. (2023). Đặc điểm và các yếu tố liên quan của các bệnh nhân đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết kém tại khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai. *Vietnam Medical Journal,* 521(1). https://doi.org/10.51298/vmj.v521i1.3998.

[8] Nguyễn Sinh Hiền, Nguyễn Thị Thu Thủy, Trần Thanh Hoa. (2025). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ của kiểm soát đường huyết kém trên bệnh nhân đái tháo đường ngoại trú tại Bệnh viện tim Hà Nội. *The Vietnam Journal of Cardiovascular and Thoracic Surgery,* 52, 101 - 114. https://doi.org/10.47972/vjcts.v52i.1496.

[9] Vũ Thanh Bình, Lưu Đức Cường. (2022). 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. *Vietnam Medical Journal,* 514(1). https://doi.org/10.51298/vmj.v514i1.2549.