

## Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có nguy cơ tim mạch cao

Nguyễn Thị Thu Cúc<sup>1</sup>, Nguyễn Khoa Diệu Vân<sup>1,2</sup>, Nguyễn Trần Thủy<sup>3,4\*</sup>

### TÓM TẮT

Nguy cơ tổn thương tim mạch và tử vong do tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 tăng lên 2 đến 4 lần so với người bình thường. Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có nguy cơ tim mạch cao được định nghĩa: thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ  $\geq 10$  năm chưa tổn thương cơ quan đích và/hoặc có thêm bất kỳ yếu tố nguy cơ (YTNC) nào như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì.

**Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có nguy cơ tim mạch cao.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 85 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có nguy cơ tim mạch cao đến khám tại khoa Khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2021 đến 8/2022.

**Kết quả:** Tuổi trung bình 55.9 tuổi; 60% nữ. Tại thời điểm bắt đầu thăm khám, tỷ lệ có HbA1c < 7 là 51.8%; trung bình là  $7.79 \pm 2.1\%$ , trung bình glucose máu lúc đói  $8.78 \pm 3.05$  mmol/L. Sau thời gian theo dõi, HbA1c < 7 là 50.8%, HbA1c trung bình là  $7.21 \pm 1.13\%$  với tỷ lệ không tuân thủ về dùng thuốc điều trị là 20%.

Các YTNC tim mạch cao ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 bao gồm: tăng huyết áp 44.7%, rối loạn mỡ máu 91.8%, hút thuốc lá 16.5%, béo phì 24.7%, tiền sử gia đình có bệnh tim mạch

sớm 3.5%. 80% bệnh nhân có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.

**Kết luận:** Kiểm soát glucose máu có liên quan đến chế độ luyện tập thể lực, tuân thủ điều trị thuốc, số nhóm thuốc hạ đường huyết, số năm mắc đái tháo đường. Đa số bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ tim mạch cao không đạt mục tiêu kiểm soát đa yếu tố và liên quan trực tiếp đến không tuân thủ dùng thuốc điều trị.

**Từ khóa:** đái tháo đường typ 2, yếu tố nguy cơ tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai

### BLOOD-GLUCOSE CONTROL STATUS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH HIGH CARDIOVASCULAR RISK

#### SUMMARY

The risk of cardiovascular injury and death in type 2 diabetes patients is 2 to 4 times higher than in the general population. Patients with type 2 diabetes at high cardiovascular risk were defined as having 10 years of diabetes without end-organ damage and/or any additional risk factors such as hypertension, dyslipidemia, smoking, or obesity.

**Aims:** To investigate blood-glucose control status and some related factors in patients with type 2 diabetes with high cardiovascular risk.

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội,

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai,

<sup>3</sup>Bệnh viện E

<sup>4</sup>Đại học Y dược, ĐH Quốc gia Hà Nội

\*Tác giả liên hệ: Nguyễn Trần Thủy,

Email: [drtranthuyvd@gmail.com](mailto:drtranthuyvd@gmail.com); Tel. 0944216866

Ngày gửi bài: 05/09/2022 Ngày chấp nhận: 25/10/2022

**Methods:** A cross-sectional, prospective study of 85 diabetes patients with high cardiovascular risk who visited the Outpatient Department, Bach Mai Hospital from November 2021 to August 2022.

**Results:** The average age is 55.9 years old, with 60.0% of the population being female. When follow-up began, the ratio of HbA1C < 7 was 51.8%; and the mean HbA1c was  $7.79 \pm 2.1\%$  and the mean fasting plasma glucose was  $8.78 \pm 3.05$  mmol/L. After the follow-up period, HbA1C < 7 was 50.8%, mean HbA1c was  $7.21 \pm 1.13\%$ , and the rate of noncompliance with treatment was 20%.

High cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes include: dyslipidemia

(91.8%) and hypertension (44.7%), smoking (16.5%), obesity (24.7%), and family history of early cardiovascular disease (3.5%). 80% of patients had 1-2 concomitant cardiovascular risk factors.

**Conclusion:** Blood glucose control is associated to exercise regimen, medication compliance, number of hypoglycemic drug classes, and years of diabetes. The majority of patients with type 2 diabetes who are at high cardiovascular risk do not achieve multi-risk factor control goals, which is mainly correlated to medication compliance.

**Keys word:** type 2 diabetes; cardiovascular risk factors; Bach Mai Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguy cơ tổn thương tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 tăng lên 2 đến 4 lần so với người bình thường, các yếu tố bảo vệ chống lại bệnh tim mạch do xơ vữa sẽ mất hoàn toàn ở bệnh nhân đái tháo đường [1]. Các yếu tố nguy cơ tim mạch cao ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 được định nghĩa: thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ  $\geq 10$  năm chưa tổn thương cơ quan đích và/hoặc có thêm bất kỳ yếu tố nguy cơ (YTNC) nào như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì [2]. Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh, kiểm soát đường huyết tích cực làm chậm tiến triển của bệnh vi mạch (võng mạc, thận, thần kinh), mặc dù lợi ích trên bệnh mạch máu lớn ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 không cải thiện thêm nhiều. Có rất nhiều bằng chứng từ các nghiên cứu lớn trên thế giới cho thấy kiểm soát sớm và đồng thời đồng thời đa yếu tố nguy cơ tim mạch trong điều trị bệnh ĐTĐ có hiệu quả nhiều hơn trong việc giảm biến cố tim mạch cũng

như tử vong cho bệnh nhân ĐTĐ. Tuy nhiên việc cá thể hóa điều trị với từng nhóm nguy cơ tim mạch chưa thực sự được quan tâm đúng mực, dẫn đến còn tỷ lệ kiểm soát đường huyết kém còn cao kéo theo nguy cơ tiến triển biến chứng mãn tính còn cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “*Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có nguy cơ tim mạch cao.*”

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2021 đến tháng 8/2022, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau :

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 chưa có tổn thương cơ quan đích ( protein niệu, suy thận, bệnh lí

võng mạc, phì đại thất trái) và:

+ Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ  $\geq 10$  năm và/hoặc

+ Kèm thêm ít nhất 1 trong các yếu tố nguy cơ tim mạch sau: tuổi cao, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì

- Chẩn đoán và quản lý ngoại trú ĐTĐ typ 2 tại bệnh viện Bạch Mai ít nhất từ 3- 6 tháng.

#### **-Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Đái tháo đường trong thai kỳ.

+ Mức bệnh ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: Cường giáp, suy giáp, Cushing, U tủy thượng thận, hội chứng buồng trứng đa nang...

+ Mức bệnh nhiễm trùng cấp tính và các bệnh cấp tính khác...

+ Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose: Corticoid...

+ Bệnh ĐTĐ mới được phát hiện dưới 6 tháng.

#### **2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu .

- Cỡ mẫu: thuận tiện, toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu nói trên .

- Nội dung và tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu: Chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2 theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2020

**3. Xử lý số liệu:** phần mềm IBM SPSS Statistics 20.

### **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới và nhóm tuổi (n=85)**

Thông tin		Số lượng	Tỉ lệ (%)	X ± SD
Giới tính	Nam	34	40.0	
	Nữ	51	60.0	
Nhóm tuổi	≤ 40	8	9.4	55.9 ± 10.9
	41 – 59	45	52.9	
	60 - 79	31	36.5	
	≥ 80	1	1.2	

Nhận xét: Nghiên cứu được tiến hành trên 85 bệnh nhân, trong đó có 34 bệnh nhân là nam giới, chiếm 40.0% , 51 bệnh nhân nữ , chiếm 60.0%. Nhóm bệnh nhân từ 41 đến 59 tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất, 52.9%, tuổi trung bình  $55.9 \pm 10.9$ .

#### **2. Khảo sát glucose máu và các yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2: Đặc điểm bệnh Đái tháo đường typ 2 của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	X ± SD ( năm)
Số năm mắc ĐTĐ typ 2	5.5 ± 4.6
Số năm sử dụng thuốc hạ đường huyết	5.2 ± 4.5

Nhận xét: Số năm mắc ĐTĐ typ 2 trung bình là  $5.5 \pm 4.6$  năm . Số năm bắt đầu sử dụng thuốc hạ đường huyết cho đến nay trung bình  $5.2 \pm 4.5$  năm.

**Bảng 3: Kết quả kiểm soát glucose máu đói và HbA1c (%) (n=85)**

Chỉ số	BN kiểm soát được		BN không kiểm soát được	
	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
Glucose máu đói	31	36.9	53	63.1
$X \pm SD$	$8.78 \pm 3.05$			
HbA1c	44	51.8	41	48.2
$X \pm SD$	$7.79 \pm 2.10$			

Nhận xét: HbA1c trung bình thời điểm bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu:  $7.79 \pm 2.1$  (%) với 51.8% bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c < 7%. Glucose máu đói trung bình :  $8.78 \pm 3.05$  mmol/l , tỉ lệ đạt mục tiêu glucose máu lúc đói từ 4.4 – 7.2 mmol/L là 36.9%

**Bảng 4: Các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm của bệnh nhân (n=85)**

Yếu tố nguy cơ tim mạch	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)	
Tăng huyết áp	38	44.7	
Rối loạn mỡ máu	78	91.8	
Hút thuốc lá	14	16.5	
Béo phì	21	24.7	
TS gia đình bệnh tim mạch sớm	3	3.5	
Số lượng YTNC đi kèm	1 YTNC	34	40.0
	2 YTNC	34	40.0
	3 YTNC	16	18.8
	4 YTNC	1	1.2

Nhận xét: Các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm ở đối tượng nghiên cứu bao gồm: tăng huyết áp 44.7%, rối loạn mỡ máu 91.8% , hút thuốc lá 16.5% , béo phì 24.7% , tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm 3.5%.

Số lượng bệnh nhân có 1 và 2 yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm chiếm ưu thế với tỷ lệ bằng nhau là 40.0 %

### 3. Kiểm soát glucose máu và các yếu tố liên quan ở đối tượng bệnh nhân được theo dõi sau thời gian điều trị.

Theo dõi tiến cứu trên 85 bệnh nhân trong nghiên cứu, thời gian theo dõi trung bình  $76 \pm 41$  ngày.

**Bảng 5: Kiểm soát glucose máu và một số YTNC tim mạch khác**

Chỉ số	Đạt mục tiêu điều trị		Không đạt mục tiêu điều trị	
	Số lượng (n)	Tỉ lệ(%)	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
HbA1c	43	50.6	42	49.4
$X \pm SD$ (%)	7.21 $\pm$ 1.13			
Glucose máu đói	45	52.9	40	47.1
$X \pm SD$ (mmol/L)	7.34 $\pm$ 1.49			
HA tâm thu	68	80	17	20
LDL-C	51	60.0	27	31.8
HbA1c, HA tâm thu và LDL-C	21	24.7	64	75.3

Nhận xét: Theo dõi 85 bệnh nhân, sau thời gian điều trị: HbA1c(%) trung bình  $7.21 \pm 1.13$ (%), tỉ lệ đạt mục tiêu HbA1c < 7% là 50.6% số bệnh nhân theo dõi. Đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu đói 4.4 – 7.2 mmol/L có 45 bệnh nhân, chiếm 52.9%. 80% bệnh nhân sau điều trị đạt mục tiêu huyết áp tâm thu < 140 mmHg. 51 bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C < 2.6 mmol/L, chiếm 60%. Chỉ có 21 bệnh nhân đạt mục tiêu kiểm soát cả HbA1c, huyết áp tâm thu và LDL-C sau thời gian theo dõi, chiếm 24.7% bệnh nhân.

#### 4. Mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có yếu tố nguy cơ tim mạch cao

**Bảng 6: Mối liên quan đạt mục tiêu HbA1c và một số yếu tố (n=85)**

Chỉ số	Đạt mục tiêu HbA1c	Không đạt mục tiêu HbA1c	OR (95%CI)
<b>BMI</b>			
< 23	26(63.4%)	15(36.6%)	2.8 (1.1-6.6)
$\geq$ 23	17(38.6%)	27(61.4%)	
<b>Luyện tập thể lực &gt;150ph trên tuần</b>			
Có	35(63.8%)	20(36.4%)	4.8 (1.8 -12.8)
Không	8(26.7%)	22(73.3%)	
<b>Tuân thủ dùng thuốc điều trị</b>			
Có	42(61.8%)	26(38.2%)	25.8
Không	1(5.9%)	16(94.1%)	(3.2 – 206.6)
<b>Số nhóm thuốc hạ đường huyết được sử dụng</b>			
1-2 nhóm	28(63.6%)	16(36.4%)	3.0 (1.3-7.3)
3-4 nhóm	15(36.6%)	26(64.3%)	

Nhận xét:

- Nhóm bệnh nhân có chỉ số BMI  $\geq 23$  kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu kém hơn so với nhóm BN có chỉ số BMI  $< 23$  (OR=0.6; 0.4 – 0.9)
- Nhóm BN tuân thủ theo khuyến cáo luyện tập thể lực  $> 150$ ph/tuần kiểm soát HbA1c tốt hơn nhóm ít luyện tập thể lực(OR=4.8;1.8 -12.8)
- Nhóm BN tuân thủ chế độ dùng thuốc đạt mục tiêu HbA1c tốt hơn nhóm không tuân thủ chế độ dùng thuốc(OR=25.8;3.2-206.6)
- Nhóm BN được sử dụng 1-2 nhóm thuốc hạ đường huyết đạt mục tiêu HbA1c tốt hơn nhóm dùng 3-4 nhóm thuốc hạ đường huyết (OR=3.0;1.3-7.3)

**Bảng 7: Mối liên quan đạt mục tiêu Glucose đối với một số yếu tố (n=85)**

Chỉ số	Đạt mục tiêu Glucose đối	Không đạt mục tiêu Glucose đối	OR (95%CI)
<b>Glucose máu lúc đói trước điều trị</b>			
Đạt mục tiêu	24 (77.4%)	7 (22.6%)	5.7 (2.1-15.5)
Không đạt mục tiêu	20 (37.7%)	33 (62.3%)	
<b>Số năm mắc ĐTĐ</b>			
<10 năm	43 (59.7%)	29 (40.3%)	3.9 (1.1-14.1)
$\geq 10$ năm	2 (15.4%)	11 (84.6%)	

Nhận xét:

- Nhóm BN có Glucose máu lúc đói trước điều trị đạt mục tiêu (4.4 -7.2 mmol/L) đạt mục tiêu Glucose máu lúc đói sau điều trị tốt hơn nhóm trước điều trị không đạt mục tiêu glucose lúc đói (OR=5.7;2.11-15.5).
- Nhóm BN số năm mắc ĐTĐ typ 2 <10 năm đạt mục tiêu Glucose máu lúc đói sau điều trị tốt hơn nhóm BN mắc ĐTĐ typ 2  $\geq 10$  năm(OR=3.9; 1.11-14.1)

**Bảng 8: Mối liên quan đạt mục tiêu HbA1c, Huyết áp, LDL-C với tuân thủ điều trị thuốc (n=85)**

Chỉ số	Đạt mục tiêu n(%)	Không đạt mục tiêu n(%)	OR (95%CI)
<b>Tuân thủ điều trị thuốc</b>			
Có	21(30.9%)	47 (69.1%)	0.7 (0.6-0.8)
Không	0 (0%)	17 (100%)	

Nhận xét:

- Nhóm BN tuân thủ dùng thuốc đạt kiểm soát HbA1c, Huyết áp tâm thu và LDL-C tốt hơn nhóm BN không tuân thủ dùng thuốc (OR=0.7; 0.6-0.8).

#### IV. BÀN LUẬN

Các thử nghiệm lâm sàng đã chứng minh, kiểm soát đường huyết tích cực làm chậm tiến triển của bệnh vi mạch ( võng mạc, thận, thần kinh), mặc dù lợi ích trên bệnh mạch máu lớn ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 không cải thiện thêm nhiều. Có rất nhiều bằng chứng từ các nghiên cứu lớn trên thế giới cho thấy kiểm soát sớm và đồng thời đồng thời đa yếu tố nguy cơ tim mạch trong điều trị bệnh ĐTĐ có hiệu quả nhiều hơn trong việc giảm biến cố tim mạch cũng như tử vong cho bệnh nhân ĐTĐ.

\*Về kiểm soát HbA1c % và glucose máu lúc đói:

Ở nhóm đối tượng được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi tập trung ở lứa tuổi trung niên 41-59 tuổi, bắt đầu quan tâm nhiều hơn đến sức khỏe, thời gian mắc bệnh ĐTĐ < 5 năm và có thể trạng BMI bình thường chiếm đa số, với tỷ lệ kiểm soát HbA1c là 51.8% và HbA1c là  $7.79 \pm 2.10$  %, nói chung kết quả của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu: Nguyễn Thị Khuê(2015)[3] có tỷ lệ kiểm soát HbA1c là 36.1% ; Viên Văn Đoàn(2014)[4]: tỷ lệ kiểm soát đạt mục tiêu HbA1c là 37.5%;Kết quả này cũng tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Loan(2019)[5] tỷ lệ kiểm soát HbA1c là 50.26% . Tuy nhiên, khảo sát về glucose máu lúc đói của chúng tôi có trung bình glucose máu lúc đói là  $8.78 \pm 3.05$  mmol/L và tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát 4.4 – 7.2 là 36.9%, tỷ lệ này thấp hơn của Nguyễn Thị Hồng Loan(2019) với 58.21% BN đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu lúc đói. Có sự khác nhau về tỷ lệ kiểm soát mục tiêu là do nhiều yếu tố: tiếp cận với nguồn thuốc điều trị, nhân lực bác sĩ chuyên khoa điều trị, nhận thức của bệnh nhân về bệnh, tuân thủ điều trị thuốc của bệnh nhân, ... Nhận thấy rằng, chỉ số glucose máu đói chỉ cho phép đánh giá tình trạng bệnh nhân ở thời điểm xét nghiệm , ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như chế

độ ăn, lối sống, tình trạng các bệnh lý đi kèm gần nhất tại thời điểm xét nghiệm, do vậy ít có ý nghĩa hơn so với HbA1c để đánh giá kiểm soát glucose máu, nhưng cũng cho thấy việc kiểm soát glucose máu lúc đói chưa tốt và cũng là thực trạng chung ở nước ta.

\* Về tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm trên bệnh nhân ĐTĐ:

Tỷ lệ rối loạn mỡ máu của đối tượng nghiên cứu là 92.3% , cao hơn tỷ lệ BN Đái tháo đường typ 2 có Rối loạn mỡ máu của các nghiên cứu: Nguyễn Thy Khuê (2015) với 81.2% ; Viên Văn Đoàn(2014) tỷ lệ RLMM là 83.9%. Có sự khác biệt là do các đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm Đái tháo đường typ 2 có nguy cơ tim mạch cao, đa phần đã đi kèm từ 2 yếu tố nguy cơ tim mạch khác bao gồm tăng huyết áp, hút thuốc lá, béo phì, tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm, cộng thêm đa phần ĐTĐ typ 2 nằm trong bối cảnh hội chứng chuyển hóa. Càng tăng số lượng các yếu tố nguy cơ tim mạch, càng tăng tỉ lệ rối loạn mỡ máu ở bệnh nhân đái ĐTĐ typ 2 và tăng nguy cơ tiến triển bệnh tim mạch do xơ vữa.

Tỷ lệ Tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu là 44.2%, thấp hơn tỷ lệ BN ĐTĐ typ 2 có Tăng huyết áp ở các nghiên cứu: Nguyễn Thy Khuê(2015) với 78.4% bệnh nhân có tăng huyết áp; Viên Văn Đoàn có 87.36% bệnh nhân . Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi khảo sát các bệnh nhân ở phòng khám Nội tiết – Khoa khám bệnh BV Bạch Mai, trong khi đó đa phần bệnh nhân tăng huyết áp sẽ khám tại các phòng khám tim mạch hoặc nội chung.

Một vài phân tích gộp chứng minh, nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường typ 2 tăng 16% cho mỗi lần hút 10 điếu thuốc lá và người hút thuốc lá cũng làm tăng nguy cơ tiến triển biến chứng suy thận, mù mắt, hoại tử bàn chân và đột quỵ ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử Hút

thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 16.5% tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Kim Thúy(2021) với 15.3%. Trong 14 bệnh nhân có hút thuốc lá, chỉ có 4 bệnh nhân chiếm 28.6 % bệnh nhân tuân thủ khuyến cáo về bỏ thuốc lá. Như vậy, vẫn là thách thức lớn với bác sĩ và cả bệnh nhân ĐTĐ về việc bỏ thuốc lá.

Thừa cân, béo phì liên quan tới một loạt các yếu tố nguy cơ của xơ vữa động mạch và bệnh tim mạch gồm THA, đề kháng insulin, rối loạn dung nạp đường, rối loạn lipid máu. Bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 24.7%, tính cả thừa cân và béo phì chiếm 50.6% , kết quả này thấp hơn kết quả Hoàng Minh Khoa[6] với 62.6% bệnh nhân thừa cân béo phì. Tương đương với nghiên cứu của Tào Thị Minh Thúy (2020)[7]tr với 50.5% bệnh nhân. Tuổi cao hạn chế hoạt động thể lực, các vấn đề cơ xương khớp đi kèm ảnh hưởng đến sự duy trì cân nặng lý tưởng, làm tăng nguy cơ béo phì,...

\* Về liên quan giữa kiểm soát glucose máu và các yếu tố liên quan

Quản lí BMI góp phần làm tăng khả năng đạt được mục tiêu điều trị ở những người bệnh ĐTĐ typ 2. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả có sự khác biệt về tỷ lệ kiểm soát HbA1c với nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì và nhóm bình thường với  $p < 0.05$ ; Nhóm BMI bình thường có tỷ lệ kiểm soát đạt mục tiêu (63.4%) ; 61.4% BN của nhóm BMI  $\geq 23 \text{ kg/m}^2$  ( thừa cân, béo phì) không đạt mục tiêu HbA1c. Kết quả này cũng tương tự kết quả Tào Thị Minh Thúy(2020) nghiên cứu trên 101 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cũng thấy có mối liên quan giữa BMI và kiểm soát HbA1c.

Đối với đái tháo đường typ 2, chương trình luyện tập thể lực được giám sát có hiệu quả cải thiện kiểm soát đường huyết, giảm nhu cầu thuốc

uống đái tháo đường và insulin, giảm và duy trì cân nặng. Theo ADA 2020[8], khuyến cáo nên luyện tập thể lực ít nhất 150 phút mỗi tuần được đưa ra cho các bệnh nhân Đái tháo đường typ 2. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân tuân thủ luyện tập thể lực theo khuyến cáo đạt mục tiêu HbA1c (63.8%) cao hơn nhóm không thực hiện thực hiện tập luyện theo khuyến cáo (26.7%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc đạt tỉ lệ kiểm soát HbA1c là 61.8% cao hơn nhóm không tuân thủ dùng thuốc 5.9% có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ . Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Loan(2019) cho kết quả ở những bệnh nhân tuân thủ điều trị HbA1c trung bình (  $7.06 \pm 1.0\%$  so với  $7.92 \pm 1.76\%$ ) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ dùng thuốc với  $P < 0.005$ . Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng nhóm bệnh nhân dùng 1-2 nhóm thuốc hạ đường huyết đạt tỷ lệ kiểm soát HbA1c tốt hơn nhóm dùng 3-4 nhóm thuốc hạ đường huyết với  $p < 0.05$ . Lí giải cho kết quả này có thể là do những bệnh nhân càng sử dụng nhiều nhóm thuốc cộng thêm các thuốc chữa các bệnh đi kèm là 1 khó khăn với các bệnh nhân khi thực hiện chế độ dùng thuốc. Hơn nữa, những bệnh nhân cao tuổi, đái tháo đường lâu năm, nhiều bệnh lí đi kèm có sự tăng kháng insulin, chức năng gan và thận suy giảm, việc sử dụng nhiều nhóm thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau chưa thực sự phù hợp.

Biến chứng tim mạch chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân ĐTĐ và xuất hiện sớm ở ĐTĐ typ 2. Kiểm soát sớm và đồng thời HbA1c, Huyết áp và LDL cholesterol được nhấn mạnh ở những bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 có nguy cơ tim mạch cao do có hiệu quả trong việc giảm biến cố tim mạch cũng như tử vong cho bệnh nhân[9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đạt cả 3 mục tiêu điều trị về HbA1c, huyết áp tâm thu, LDL cholesterol



có 24.7% bệnh nhân và kết quả cũng chỉ ra bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc điều trị đạt mục tiêu kiểm soát đa yếu tố (30.9%) tốt hơn nhóm bệnh nhân không tuân thủ điều trị với  $p < 0.05$ . Điều này cho thấy đối với cán bộ y tế ngoài việc khám chẩn đoán và điều trị đúng cho người bệnh thì một phần không kém trọng đó là việc tư vấn, giáo dục bệnh nhân hiểu được về lợi ích kiểm soát đa yếu tố và tuân thủ phác đồ điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 đạt mục tiêu kiểm soát glucose máu có liên quan đến chế độ luyện tập thể lực, tuân thủ điều trị thuốc, số nhóm thuốc hạ đường huyết, số năm mắc đái tháo đường. Đa số bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ tim mạch cao không đạt mục tiêu kiểm soát đa yếu tố do liên quan trực tiếp đến không tuân thủ dùng thuốc điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội(2020)**. Bệnh học nội khoa tập 2. tr 360–381

2. **ESC 2019** Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. Eur Heart J. 2020;41(2):255–323

3. **Nguyen Thy Khue(2015)**. A cross-sectional study to evaluate diabetes management, control and complications in 1631 patients with type 2 diabetes

mellitus in Vietnam (DiabCare Asia). Int J Diabetes Dev Ctries. 2020;40(1):70-79

4. **Viên Văn Đoàn(2014)**. Kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người đái tháo đường typ 2 tại khoa Khám bệnh BV Bạch Mai. Đại hội tim mạch toàn quốc lần thứ 14, 2014.

5. **Nguyễn Thị Hồng Loan(2019)**. Thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Tuệ Tĩnh. Tạp chí Y học Việt Nam, tháng 9, số 1, tập 482, năm 2019, tr 135-139

6. **Hoàng Minh Khoa(2016)**. Thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Xanh pôn, Luận văn chuyên khoa cấp II, đại học Y Hà Nội.

7. **Tào Thị Minh Thúy(2020)**. Thực trạng về kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Châm cứu Trung ương. Luận văn chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Hà Nội.

8. **American Diabetes Association(2020)**. 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020 Jan;43(Suppl 1):S66–76

9. **Chan JCN(2009)**. Multifaceted determinants for achieving glycemic control: the International Diabetes Management Practice Study (IDMPS). Diabetes Care. 2009 Feb;32(2):227–33.