

Tìm hiểu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tình trạng hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

The research of the characteristic and some factors relative to the type 2 diabetic patients hospitalized at 108 Military Central Hospital

Lưu Thuý Quỳnh, Lê Thanh Hà, Nguyễn Thị Thuý,
Vũ Thị Loan, Lê Bích Nhân, Nguyễn Văn Mạnh,
Phạm Thanh Huyền, Nguyễn Thị Hải,
Đồng Thị Thuý Điều, Ngô Thị Phụng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tình trạng hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 107 bệnh nhân hạ đường huyết điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 4/2020 đến tháng 5/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $74,0 \pm 10,6$ năm, tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1. Giá trị đường huyết trung bình lúc nhập viện là $1,99 \pm 0,69$ mmol/l. HbA1c trung bình là $6,4\% \pm 1,2\%$. Tỷ lệ mắc bệnh trên 10 năm là 38,4%. 100% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng và 83,2% có rối loạn ý thức. Tỷ lệ ăn kém/bỏ ăn bị hạ đường huyết chiếm 71%. 89% bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp đi kèm, 66,3% có suy thận kèm theo. Tỷ lệ các trường hợp có tiền căn hạ đường huyết chiếm 50,3%. Tỷ lệ bệnh nhân hạ đường huyết có dùng thuốc insulin là cao nhất sau đó là đến sulfonylurea với tỷ lệ lần lượt là 53,2% và 50,4%. **Kết luận:** Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tuổi cao, thời gian mắc bệnh kéo dài, có suy thận và sử dụng thuốc hạ đường huyết là insulin hoặc nhóm sulfonylurea thì có nguy cơ bị hạ đường huyết cao.

Từ khóa: Đái tháo đường, hạ đường huyết.

Summary

Objective: To research the characteristic and some factors relative to the type 2 diabetic patients with complications of hypoglycemia hospitalized at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** Descriptive and cross-sectional study 107 hypoglycemic patients hospitalized at 108 Military Central hospital from 4/2020 to 5/2021. **Result:** The mean age was 74.0 ± 10.6 years. Male/female: 1.3/1. Mean blood glucose was 1.99 ± 0.69 mmol/l. Mean hemoglobin A1C was $6.4\% \pm 1.2\%$. Diabetes duration ranged over 10 years. Symptomatic patients accounted for 100% and 83.2% patients had neurologic symptoms. The rate of eating disorders/skipping meals was 71%. During the study we found that 89% diabetes melitus patients had hypertension and 66.3% had chronic kidney disease. 50.3% patients had

Ngày nhận bài: 03/6/2021, ngày chấp nhận đăng: 15/6/2021

Người phản hồi: Lưu Thuý Quỳnh, Email: quynhluuthuy@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

hypoglycemia in the past. Symptomatic patients accounted for 100% and 83.2% patients had neurologic symptoms. The proportion of patients with hypoglycemia due to taking drugs including Insulin was the highest at 53.2% and including sulfonylurea was 50.4%. *Conclusion:* Elderly diabetic patients who were on long term treatment, had renal failure and using Insulin or Sulfonylurea had the risk of hypoglycemia.

Keyword: Diabetes, hypoglycemia.

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh rối loạn chuyển hoá phổ biến với biểu hiện là tình trạng tăng đường máu mạn tính đưa đến một loạt các biến chứng [1]. Theo khuyến cáo việc điều trị đái tháo đường cần phối hợp nhiều phương pháp và kết hợp thuốc sớm. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu lớn đã chứng minh việc kiểm soát đường huyết quá tích cực lại dẫn đến gia tăng biến cố hạ đường huyết [4] gây tăng tỷ lệ tử vong cũng như làm giảm sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân (BN). Hạ đường huyết (HĐH) được coi là rào cản chính trong ĐTĐ mà cả bác sĩ và bệnh nhân đều phải vượt qua. Nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới đã đề cập đến vấn đề này, như Lý Đại Lương, Nguyễn Thy Khuê (2011), Holstein (2003) Masahiro (2015) và Mary George (2017). Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng: HĐH nặng có thể gây tử vong nếu không được phát hiện kịp thời, tuy nhiên HĐH lại hoàn toàn có thể phòng trừ bằng cách giáo dục BN và thân nhân. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tình trạng hạ đường huyết của bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ đó đưa ra khuyến nghị việc quản lý ngoại trú bệnh nhân đái tháo đường tại viện tốt hơn.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 107 bệnh nhân ĐTĐ type 2 bị hạ đường huyết vào nhập viện tại Khoa Cấp cứu và Khoa Nội tiết Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 04/2020 đến 05/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ típ 2.

Đang điều trị ngoại trú bằng thuốc hạ đường huyết uống đơn thuần hoặc tiêm insulin đơn thuần hoặc phối hợp cả hai.

Có giá trị đường huyết lúc nhập viện $< 3,9\text{mmol/l}$.

Tiêu chuẩn loại trừ

Các bệnh nhân bị hạ đường huyết nhưng không bị ĐTĐ trước đó.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang không đối chứng.

Cách tiến hành nghiên cứu: Các BN được hỏi, khám lâm sàng, điền thông tin, thu thập số liệu theo mẫu nghiên cứu đã thiết kế.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, BMI, thời gian mắc bệnh, tiền căn hạ đường huyết (tiền sử có hạ đường huyết trước đó), các yếu tố nguy cơ hạ đường huyết, các bệnh lý đi kèm, đặc điểm hạ đường huyết, mức độ kiểm soát đường huyết, thuốc điều trị đái tháo đường.

Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo ADA 2021.

Tiêu chuẩn chẩn đoán hạ đường huyết theo ADA 2021: Glucose huyết tương $< 3,9\text{mmol/l}$.

Tiêu chuẩn hạ đường huyết nặng: Glucose huyết tương $< 2,8\text{mmol/l}$.

(Cục Quản lý khám chữa bệnh - Bộ Y tế).

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp theo JNC8.

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu theo Hội Tim mạch học Việt Nam 2015.

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận theo KDIGO 2012.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 12.0, sử dụng thuật toán chi bình phương khi so sánh 2 tỷ lệ %. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi, giới, BMI

Đặc điểm		Số BN (n = 107)	Tỷ lệ %
Tuổi	< 50	1	0,9
	50 - 59	7	6,5
	60 - 69	26	24,4
	≥ 70	73	68,2
	Trung bình: 74,0 ± 10,6		
Giới	Nam	60	56,1
	Nữ	47	43,9
BMI	< 18,5	7	6,5
	18,5 - 22,9	56	52,4
	≥ 23,0	44	41,1
Trung bình: 22,3 ± 2,6			

Nhận xét: Bệnh nhân HĐH chủ yếu gặp ở nhóm tuổi ≥ 70 với tỷ lệ 68,2%. Tỷ lệ nam bị HĐH nhiều hơn nữ chiếm 56,1% với tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1. 52,4% BN có mức BMI trong giới hạn bình thường, 41,1% BN có trạng thái thừa cân. BMI trung bình là 22,3 ± 2,6, thấp nhất là 17 và cao nhất là 32.

3.2. Đặc điểm hạ đường huyết

Bảng 2. Triệu chứng HĐH và giá trị đường huyết lúc nhập viện

Đặc điểm		Số BN (n = 107)	Tỷ lệ %
Triệu chứng hạ đường huyết	Triệu chứng giao cảm (run tay, hồi hộp...)	18	16,8
	Triệu chứng TKTW (hôn mê, tiền hôn mê)	61	57,0
	Cả 2 nhóm triệu chứng	28	26,2
Giá trị đường huyết (mmol/l)	< 2,8	95	88,7
	≥ 2,8	12	11,3
Trung bình: 1,99 ± 0,69			

Nhận xét: Nghiên cứu nhận thấy 83,2% các trường hợp nhập viện đều có triệu chứng TKTW. Có 88,7% bệnh nhân có HĐH nặng (Glucose < 2,8mmol/l) và mức đường huyết thấp nhất ghi nhận được là 0,3mmol/l.

Bảng 3. Phân bố HbA1c

Nhóm HbA1c	Số BN (n = 107)	Tỷ lệ %
< 5%	3	2,8
5 - 5,9%	36	33,6
6 - 6,9%	44	41,2
7 - 7,9%	16	18,0
≥ 8%	8	7,4
Trung bình: 6,4% ± 1,2%		

Nhận xét: HbA1c trung bình là $6,4\% \pm 1,2\%$, HbA1c từ 6 - 6,9% chiếm tỷ lệ cao nhất, trong khi đó tỷ lệ nhóm BN có HbA1c ≥ 8 chiếm 7,4%.

3.3. Các yếu tố liên quan

Bảng 4. Thời gian mắc bệnh và tiền căn hạ đường huyết

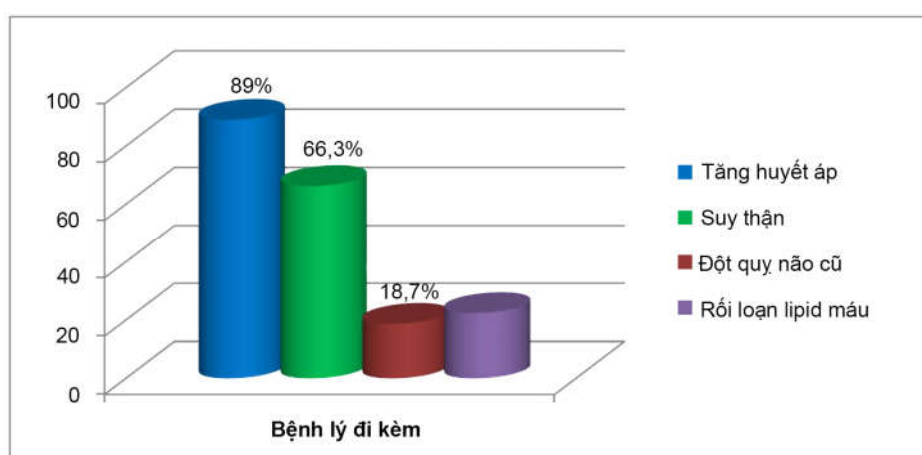
Đặc điểm		Số BN (n = 107)	Tỷ lệ %
Tiền căn hạ đường huyết	0 lần	50	46,7
	1 lần	23	21,4
	2 lần	21	19,6
	> 2 lần	13	12,3
Thời gian mắc bệnh	1 - 5 năm	33	30,8
	5 - 10 năm	33	30,8
	≥ 10 năm	41	38,4

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy có tới 53,3% các trường hợp có tiền căn hạ đường huyết. Nhóm BN mắc bệnh trên 10 năm có tỷ lệ HbA1c cao nhất là 38,4%.

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ hạ đường huyết

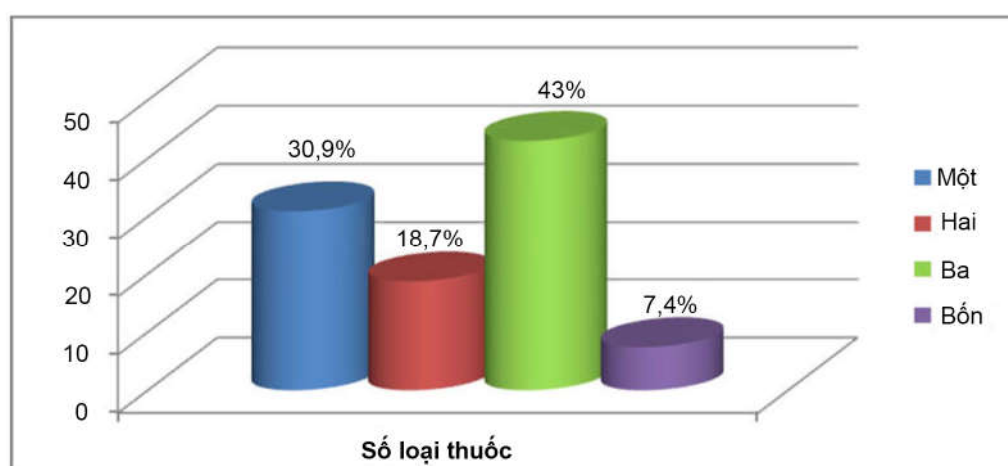
Yếu tố nguy cơ	Số BN (n = 107)	Tỷ lệ %
Ăn kém/Bỏ ăn	76	71,0
Thay đổi liều thuốc	20	18,7
Gắng sức	1	0,9
Uống rượu	6	5,6
Bệnh lý cấp tính	19	17,8

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ ăn kém/bỏ ăn gây tỷ lệ HbA1c cao nhất tới 71%.



Biểu đồ 1. Bệnh lý đi kèm

Nhận xét: Biểu đồ cho thấy tỷ lệ BN hạ đường huyết có tăng huyết áp và suy thận kèm theo lần lượt là 89% và 66,3%.

**Biểu đồ 2.** Số loại thuốc ĐTĐ đang điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ BN đang sử dụng hơn 1 loại thuốc là 69,1% và dùng hơn 2 loại thuốc là 50,4%.

Bảng 6. Các dạng phối hợp thuốc

STT	Các dạng phối hợp thuốc	Số BN (n = 107)	Tỷ lệ %
1	Insulin đơn thuần	33	30,9
2	Sulfonylurea + Metformin + Ức chế DPP4	30	28,0
3	Insulin + Metformin + Ức chế DPP4	16	15,0
4	Sulfonylurea + Metformin	14	13
5	Insulin + Metformin + Ức chế DPP4 + Sulfonylurea	8	7,4
6	Sulfonylurea + Ức chế DPP4	4	3,8
7	Metformin + Ức chế DPP4	2	1,9

Nhận xét: Tiêm insulin đơn thuần hoặc kết hợp insulin với thuốc viên có tỷ lệ gây HĐH cao nhất chiếm 53,3% sau đó tương ứng là nhóm sulfonylurea với tỷ lệ gây HĐH là 50,5%.

Bảng 7. Mối liên quan giữa hạ đường huyết nặng và một số yếu tố

Các yếu tố		Đường huyết (mmol/l)		p
		< 2,8	≥ 2,8	
Thời gian mắc bệnh	< 10 năm	51 (53,7%)	8 (66,7%)	>0,05
	≥ 10 năm	44 (46,3%)	4 (33,3%)	
Tăng huyết áp	Có	85 (89,5%)	10 (83,3%)	>0,05
	Không	10 (10,5%)	2 (16,7%)	
Đột quỵ não	Có	16 (16,8%)	4 (33,3%)	>0,05
	Không	79 (83,2%)	8 (66,7%)	
Rối loạn lipid máu	Có	22 (23,1%)	2 (16,6%)	>0,05
	Không	73 (76,9%)	10 (83,4%)	
Suy thận	Có	79 (83,2%)	8 (66,7%)	=0,006
	Không	32 (33,7%)	4 (33,3%)	<0,05

Nhận xét: HĐH nặng liên quan đến tình trạng suy thận với p rất có ý nghĩa thống kê = 0,006.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình là 74, chủ yếu ở nhóm tuổi > 70 với tỷ lệ 68,2%. Nghiên cứu của Lý Đại Lương và Nguyễn Thy Khuê (2011) tuổi trung bình là 69,5 tuổi [2], Holstein (2003): 65,9 tuổi [8], Masahiro (2015): 74 tuổi [5]. Các nghiên cứu trong nước và trên thế giới thấy rằng: Tuổi cao là yếu tố thuận lợi dẫn đến hạ đường huyết do khả năng nhận biết triệu chứng giảm đi, do đó dễ bị rơi vào tình trạng hạ đường huyết nặng [2], [7]. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm về tuổi cao hơn so với các tác giả trong nước nhưng tương tự với các tác giả nước ngoài.

Giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới bị HĐH cao hơn chiếm 56,1%, trong khi đó nữ chỉ chiếm 43,9%. Đặc điểm giới trong nghiên cứu của chúng tôi khác với các tác giả khác: Tác giả Lý Đại Lương và Nguyễn Thy Khuê chỉ ra nữ chiếm đa số (71,6%) [2], Holstein (2003) nữ chiếm 71,8% [8]. Có thể lý giải điều này do đối tượng bệnh nhân chúng tôi đang quản lý chủ yếu là bộ đội hưu nên đa số là nam giới.

BMI

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thường có chỉ số khối cơ thể nằm trong giới hạn bình thường, BMI trung bình là $22,3 \pm 2,6$. Tỷ lệ này thấp hơn các nghiên cứu ở nước ngoài, theo nghiên cứu của Masahiro tại Nhật Bản, BMI trung bình là $24,1 \pm 3,7$ [5], của Holstein, BMI trung bình là $23,5 \pm 3,7$ [8].

4.2. Đặc điểm hạ đường huyết

Triệu chứng hạ đường huyết

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các BN nhập viện đều có triệu chứng, gồm các triệu chứng giao cảm (như run tay, hồi hộp trống ngực, vã mồ

hôi...), triệu chứng TKTW như hôn mê, tiền hôn mê (ngủ gà, lú lẫn, u ám) hoặc cả hai. Chúng tôi ghi nhận số BN có triệu chứng TKTW là 83,2%. Nghiên cứu của Nguyễn Thy Khuê nhận thấy 65,8% bệnh nhân có triệu chứng TKTW [2].

Giá trị đường huyết lúc nhập viện

Chúng tôi nhận thấy có 95 bệnh nhân (88,7%) có hạ đường huyết nặng, glucose huyết tương < 2,8mmol/l, có trường hợp ghi nhận thấp nhất là 0,3mmol/l. Giá trị đường huyết trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $1,99 \pm 0,69$ mmol/l, khá tương đồng với các tác giả khác, của tác giả Châu Mỹ Chi là $2,2 \pm 0,88$ [3], của tác giả Holstein là $1,88 \pm 0,88$ [8].

Mức độ kiểm soát HbA1c

Theo nghiên cứu ADVANCE, hạ đường huyết nặng liên quan đến tăng nguy cơ biến cố mạch máu lớn, mạch máu nhỏ và tử vong do cả nguyên nhân tim mạch và không tim mạch. Nghiên cứu ACCORD cũng chứng minh có sự gia tăng nguy cơ tử vong khi kiểm soát đường huyết quá chặt chẽ với HbA1c < 6% so với HbA1c 7 - 7,9% [7]. Điều này cho thấy cần đưa ra mục tiêu điều trị cá thể hóa theo từng trường hợp cụ thể, có cân nhắc đến nguy cơ hạ đường huyết. Theo khuyến cáo của ADA 2021 [4], mục tiêu kiểm soát đường huyết đối với BN người lớn không có thai là HbA1c < 7%. Dựa trên thời gian mắc bệnh, kỳ vọng sống, các bệnh đi kèm, khả năng nhận biết hạ đường huyết mà mục tiêu ít chặt chẽ hơn, có thể chấp nhận mức HbA1c đến 8%. Nghiên cứu của chúng tôi, HbA1c trung bình là $6,4\% \pm 1,2\%$, 36,4% BN có HbA1c < 6%. Vậy nghiên cứu của chúng tôi có HbA1c thấp hơn Lý Đại Lương và Nguyễn Thy Khuê (HbA1c trung bình là 7,3%) [2] và Masahiro HbA1c là $7,0 \pm 1,0\%$ [5]. Điều này cho thấy BN của chúng tôi được kiểm soát đường huyết chặt, nên cần nói lỏng mục tiêu và cá thể hoá điều trị.

Đặc điểm điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 50,4% BN được dùng kết hợp trên 2 nhóm thuốc, trong đó gần 8% BN được dùng tới 4 nhóm thuốc, bao gồm cả insulin và SU. Việc sử dụng thuốc insulin đơn thuần

hoặc kết hợp có tỷ lệ gây HĐH cao nhất 53,3%, sau đó đến SU 50,5%, metformin và ức chế DPP4 ít gây HĐH nhất, tỷ lệ HĐH khi dùng 2 thuốc này phối hợp là 3,8%. Nguyễn Thy Khuê, HĐH hay gặp nhất khi phối hợp thuốc uống là SU + Met (26,3%), phối hợp 3 loại thuốc 10,5% [2]. Trong nghiên cứu của Holstein, các BN HĐH thì tỷ lệ sử dụng Insulin và SU lần lượt là 53% và 30% và có tới 17% BN dùng cả insulin và SU [8]. HĐH dễ gặp trên bệnh nhân sử dụng insulin do insulin ngoại sinh không chịu ảnh hưởng của các yếu tố điều hòa nội sinh, nên dù đường huyết giảm nhưng nồng độ insulin không giảm theo và càng gây HĐH. SU gây HĐH tương tự insulin do cơ chế kích thích tăng tiết insulin.

4.3. Các yếu tố liên quan

Thời gian mắc bệnh

Nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 10 năm trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất 38,4%, tương tự với các nghiên cứu của nước ngoài có thời gian mắc ĐTĐ 12 - 17 năm, nghiên cứu của Mary George, thời gian mắc bệnh trung bình $12,2 \pm 7,9$ năm [6], nghiên cứu của Masahiro là $12,8 \pm 8,9$ năm [5], nhưng khác với các nghiên cứu với Lý Đại Lương và Nguyễn Thy Khuê (thời gian trung bình là 5,5 năm) [2]. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu chúng tôi, chủ yếu là các bệnh nhân quân hưu trí đã được quản lý sức khỏe nhiều năm tại bệnh viện, có tuổi thọ khá cao do có đầy đủ trang thiết bị y tế và được chăm sóc tốt nên thời gian mắc ĐTĐ cũng cao, mà thời gian mắc bệnh càng dài thì nguy cơ có các đợt HĐH càng cao.

Tiền căn hạ đường huyết

Chúng tôi nhận thấy có 53,3% các trường hợp có tiền căn HĐH, cao hơn nhiều so với các tác giả trước đây, trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thy Khuê tỷ lệ này là 27,6% [2]. Trong nghiên cứu của Masahiro, tần suất có cơn HĐH được ghi nhận bởi nhân viên y tế và chính bệnh nhân trong vòng 1 tháng lần lượt là 7,8% và 10,4%, trong vòng 1 năm là 15,5% và 21%.

Điều này cho thấy, các BN của chúng tôi cần được hỏi bệnh kỹ hơn nữa về tiền sử HĐH trước đây

để tránh HĐH tái phát, bởi sau lần HĐH đầu tiên, các cảnh báo về đáp ứng giao cảm và triệu chứng thần kinh tự chủ của BN đã giảm đi, BN rất dễ rơi vào HĐH nặng.

Các yếu tố nguy cơ

Ăn kém/bỏ ăn là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất trên BN hạ đường huyết do thuốc, kế tiếp là do thay đổi liều thuốc. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ăn kém/bỏ ăn chiếm tỷ lệ cao nhất tới 71%, thay đổi liều thuốc chiếm 18,7%, uống rượu 5,6%. Nghiên cứu của Lý Đại Lương và Nguyễn Thy Khuê (2011) ăn kém/bỏ (42,1%) [2], của Holstein ăn kém bỏ ăn chiếm 59% [8]. Uống rượu cũng là yếu tố thuận lợi của HĐH, đặc biệt là HĐH tái phát, vì bệnh nhân khó thay đổi hành vi. Các nghiên cứu của nước ngoài như Holstein cho thấy uống rượu là yếu tố nguy cơ có tỷ lệ gây HĐH cao hơn các nghiên cứu trong nước: Chiếm tới 13% [8].

Các bệnh lý đi kèm

Suy thận là một bệnh lý đi kèm thường gặp và là yếu tố làm nặng thêm tình trạng HĐH do ở bệnh nhân suy thận thường có hiện tượng tích lũy liều (cả insulin và thuốc uống HĐH). Nghiên cứu của chúng tôi 66,3% BN có suy thận. Kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của Châu Mỹ Chi với tỷ lệ BN có suy thận là 53,3% [3] và Holstein là 54% [8].

4.4. Mối liên quan giữa hạ đường huyết nặng với các yếu tố

Nghiên cứu ghi nhận HĐH nặng liên quan đến tình trạng suy thận với p rất có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$). Điều này được lý giải, ở BN ĐTĐ có suy thận thường có hiện tượng tích lũy thuốc kèm theo, đặc biệt là khi tích lũy insulin và thuốc uống hạ đường huyết sẽ làm nặng lên cũng như kéo dài tình trạng HĐH. Mối liên quan này cũng được ghi nhận ở nghiên cứu của tác giả Châu Mỹ Chi với $p=0,04$ và tác giả Masahiro với $p<0,0001$.

5. Kết luận

Nghiên cứu qua 107 trường hợp đái tháo đường típ 2 có biến chứng HĐH phải nhập viện chúng tôi nhận thấy: Tuổi trung bình là 74,0 năm. Tỷ lệ

nam/nữ = 1,3/1. Giá trị đường huyết trung bình lúc nhập viện là $1,99 \pm 0,69$ mmol/l. HbA1c trung bình là $6,4\% \pm 1,2\%$. BN có thời gian mắc bệnh trên 10 năm chiếm 38,4%. 53,3% các trường hợp có tiền căn hạ đường huyết. 66,3% BN có suy thận đi kèm. Tỷ lệ BN dùng hơn 2 loại thuốc HĐH là 44%, sử dụng insulin có tỷ lệ gây HĐH cao nhất chiếm 53,3%, tiếp theo là sulfonylurea chiếm 50,5%.

Kiến nghị

Qua nghiên cứu, chúng tôi xin đưa ra một vài kiến nghị như sau. Trước hết, cần thực hiện cá thể hoá BN, cần quan tâm hơn đến nguy cơ hạ đường huyết, đặc biệt với nhóm BN tuổi cao, thời gian mắc bệnh kéo dài và có suy thận kèm theo. Tiếp theo, cần nâng cao hơn nữa công tác tư vấn, giáo dục ĐTĐ cho BN và thân nhân giúp họ nắm được triệu chứng cũng như cách xử trí HĐH sớm tại gia đình.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế - Cục Quản lý khám chữa bệnh (2011) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2*.
2. Lý Đại Lương, Nguyễn Thy Khuê (2011) *Các yếu tố gây hạ đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường và tình trạng sống còn sau 03 năm theo dõi*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh 2011, tập 15, số 1, tr. 235-239.
3. Châu Mỹ Chi (2021) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường cao tuổi*. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, số 46, tr. 96-107.
4. American Diabetes Association (2021) *Standards of medical care in Diabetes*. Diabetes Care: 2-6.
5. Masahiro FD, Masahiro S, Yoshikazu N, Kouichi M (2015) *Survey of hypoglycemia in elderly people with type 2 diabetes mellitus in Japan*. J Clin Med Res 7(12): 967-978.
6. Mary G, Betsy M, Jyothi I (2017) *Risk factors for hypoglycemia in the elderly: A cross sectional analytical study*. Journal of Mahatma Gandhi Institute of Medical Sciences 22(1): 18-21.
7. Bonds DE, Miller ME et al (2010) *The association between symptomatic, severe hypoglycemia and mortality in type 2 diabetes: Retrospective epidemiological analysis of the ACCORD Study*. BMJ 340: 4909.
8. Holstein A, Plaschke A et al (2003) *Clinical characterisation of severe hypoglycemia - a prospective population - based study*. Experimental and clinical endocrinology & diabetes 111(6): 364-3698.