

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT HbA1c VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA VINH

Hoàng Thị Cúc, Phạm Thị Thanh Huyền

Trường Đại học Y khoa Vinh

Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế 2024 báo cáo trên thế giới có khoảng 589 triệu người trưởng thành (20 - 79 tuổi) đang chung sống với bệnh đái tháo đường. Dự báo năm 2050 có 853 triệu người mắc, đái tháo đường típ 2 chiếm 90 - 95%. Kiểm soát đường huyết thông qua kiểm soát HbA1c là biện pháp hiệu quả ngăn ngừa các biến chứng của bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trường Đại học Y Khoa Vinh với mục tiêu mô tả thực trạng kiểm soát HbA1c và một số yếu tố liên quan. Kết quả: Tỷ lệ kiểm soát HbA1c < 7% khá cao chiếm 68,2%, glucose đói đạt mục tiêu là 48,2%, tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt 78,2%, LDL - C đạt 63,6%. Sau 3 tháng tỷ lệ kiểm soát huyết áp, glucose đói, LDL - C đều tăng; tỷ lệ đạt HbA1c tăng ít. Tuân thủ luyện tập thể lực đóng vai trò quan trọng và có liên quan đến đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, HbA1c, glucose đói.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh không lây nhiễm phổ biến và đang tiếp tục gia tăng trên thế giới. Theo Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (International Diabetes Federation - IDF), năm 2024, trên thế giới có khoảng 589 triệu người trưởng thành (20 - 79 tuổi) đang chung sống với bệnh ĐTĐ, gần một nửa trong số đó chưa được chẩn đoán. Dự báo đến năm 2050, có 853 triệu người sẽ mắc ĐTĐ, chiếm 90 - 95% là ĐTĐ típ 2 [1]. Ở Việt Nam, gần 4 triệu người trưởng thành mắc ĐTĐ năm 2021. Dự báo hơn 6 triệu người trưởng thành mắc ĐTĐ năm 2045 [2]. Nhưng chỉ 55% bệnh nhân ĐTĐ được chẩn đoán và đã có biến chứng, chỉ 36% bệnh nhân ĐTĐ đạt kiểm soát HbA1c [3], [4]. Bệnh ĐTĐ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ 3 ở Việt Nam với khoảng 57.220 ca tử vong mỗi năm [2]. Để làm giảm tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ có nhiều biện pháp, nhưng quan trọng nhất mà bệnh nhân, thầy thuốc đều mong muốn đó là đạt được mục tiêu đường huyết. Kiểm soát đường huyết thông qua kiểm soát làm giảm

HbA1c là một biện pháp quan trọng. HbA1c là yếu tố dự đoán mạnh mẽ nhất cho các biến cố tim mạch (đột quỵ, nhồi máu cơ tim). Thực tế cho thấy để đạt HbA1c mục tiêu là thách thức lớn trong điều trị [5]. Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh là bệnh viện hạng III, đang điều trị, quản lý khoảng trên 200 bệnh nhân ĐTĐ điều trị ngoại trú nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả kiểm soát HbA1c ở bệnh nhân ĐTĐ điều trị tại đây. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với 2 mục tiêu là mô tả thực trạng kiểm soát HbA1c ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh và khảo sát một số yếu tố liên quan đến kiểm soát HbA1c ở bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú, có tái khám sau 3 tháng. Có đầy đủ thông tin theo phiếu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân ĐTĐ típ 2 mới được chẩn đoán < 3 tháng; bệnh nhân có thiếu máu cấp hoặc mạn; bất thường hemoglobin, cắt lách, mới truyền máu, dùng erythropoietin.

2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu*: mô tả cắt ngang có theo dõi.

- *Địa điểm, thời gian nghiên cứu*:

Tại khoa khám bệnh - Bệnh viện Trường Đại học Y Khoa Vinh từ tháng 1/2025 đến 11/2025.

- *Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu*: toàn bộ bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và tiêu chí loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế chúng tôi chọn được 110 bệnh nhân.

- *Biến số nghiên cứu*:

+ Tuổi; giới tính; thời gian mắc ĐTD, bệnh mắc kèm; BMI.

+ Huyết áp (HA): đạt mục tiêu khi: HA tâm thu < 140, HA tâm trương < 90 mmHg; nếu có biến chứng thận hoặc có yếu tố nguy cơ tim mạch do xơ vữa cao: HA: < 130/80 mmHg.

+ HbA1c (%): đạt mục tiêu chung < 7%.

+ Glucose đói: (đạt: nồng độ Glucose đói từ 4,4 - 7,2 mmol/l).

+ LDL - C đạt: LDL - C < 2,6 mmol/l, nếu chưa có biến chứng tim mạch hoặc LDL - C < 1,8 mmol/l nếu đã có bệnh tim mạch vừa xơ.

Triglyceride (TG), đạt khi TG < 1,7 mmol/l [2].

+ Tuân thủ điều trị (đánh giá sau 3 tháng); tuân thủ điều trị thuốc (bệnh nhân dùng thuốc theo chỉ định về liều lượng, khoảng cách dùng thuốc, thời gian điều trị) Có/không;

+ Luyện tập thể lực (đạt mục tiêu khi ≥ 30 phút/ngày (hoặc ≥ 150 phút/ tuần, không ngưng tập 2 ngày liên tiếp).

- *Phương pháp thu thập số liệu*:

- Bước 1: Chọn bệnh nhân ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú thỏa mãn tiêu chuẩn.

- Bước 2: Phỏng vấn bệnh nhân bằng bộ câu hỏi; đo cân nặng, chiều cao, HA; thu thập chỉ số: glucose máu đói, HbA1c, TG, LDL-C, hướng dẫn điều trị, dặn tái khám sau 3 tháng.

- Bước 3: Thu thập các thông tin (như bước 2), phỏng vấn thông tin điều trị của bệnh nhân ở lần tái khám sau 3 tháng (T3).

- *Xử lý, phân tích số liệu*:

Số liệu được xử lý bằng phần mềm Medcalc 20.008, Excel 2023. Kết quả được trình bày theo tỷ lệ %, giá trị trung bình, Sử dụng kiểm định χ^2 so sánh hai tỷ lệ; kiểm định McNemar để so sánh biến định tính nhị phân có quan hệ ghép cặp. Test thống kê so sánh tỷ lệ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

3. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được giải thích mục đích, đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật. Đề tài được thông qua hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Khoa Vinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu (n=110)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ %
Giới	Nam	60	54,5
	Nữ	50	45,5
Tuổi	< 50	12	10,9
	50 - < 60	28	25,5
	≥ 60	70	63,6
BMI	< 18,5	3	2,7
	18,5 - < 23	60	54,5
	≥ 23	47	42,7
Thời gian mắc bệnh ĐTD típ 2	< 5 năm	46	41,8
	5 - 10 năm	61	55,5
	> 10 năm	3	2,7
Bệnh mắc kèm	Tăng HA	63	57,3
	Rối loạn lipid máu	83	75,5
	Bệnh tim mạch do xơ vữa	17	15,5
	Suy thận	1	0,9

Tỷ lệ bệnh nhân nam (54,5%) cao hơn bệnh nhân nữ (45,5%). Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ nhiều nhất (63,6%). 42,7% bệnh nhân có thừa cân, béo phì. Thời gian mắc ĐTD típ 2 từ 5 - 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 55,5%. ĐTD típ 2 có tiền sử rối loạn lipid máu hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 75,5%; 57,3% bệnh nhân có THA.

Bảng 2. Tỷ lệ kiểm soát HbA1c, glucose đói, HA, Lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 (n = 110)

Đặc điểm		T0	T3	p
		n (%)	n (%)	
HbA1c (%)	< 7	75 (68,2)	76 (69,1)	< 0,0001
	≥ 7	35 (31,8)	34 (30,9)	
	$\bar{X} \pm SD$	6,76 ± 1,04	7,03 ± 1,05	
Glucose đói	Đạt	53 (48,2)	63 (57,3)	< 0,0001
	Không đạt	57 (51,8)	47 (42,7)	
	$\bar{X} \pm SD$	7,55 ± 2,34	7,16 ± 1,61	
HA	Đạt	86 (78,2)	92 (83,6)	0,002
	Không	24 (21,8)	18 (16,4)	
TG	Đạt	50 (45,5)	55 (50)	0,0076
	Không	60 (55,5)	55 (50)	
LDL- C	Đạt	70 (63,6)	82 (74,5)	0,0001
	Không	40 (36,4)	28 (25,5)	

Tỷ lệ đạt HbA1c, HA, LDL - C thời điểm T0 khá cao (68,2%), đạt Glucose đói, TG còn thấp. Sau 3 tháng: tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c < 7% tăng ít. Tỷ lệ Glucose đói, HA, TG, LDL đạt mục tiêu đều tăng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Bảng 3: Mối liên quan giữa kiểm soát HbA1c với giới, tuổi, BMI, thời gian mắc, số bệnh mắc kèm thời điểm T3

Đặc điểm		HbA1c < 7 n (%)	HbA1c ≥ 7 n (%)	p
Giới	Nữ	33 (30,0)	17 (15,5)	0,5238
	Nam	43 (39,0)	17 (15,5)	
Tuổi	<50	7 (6,4)	5 (4,5)	0,4921
	50 - < 60	18 (16,4)	10 (9,1)	
	≥ 60	51 (46,4)	19 (17,2)	
BMI	< 18,5	1 (0,9)	2 (1,8)	0,0997
	18,5 - < 23	46 (41,8)	14 (12,7)	
	≥ 23	29 (26,4)	18 (16,4)	
Thời gian mắc ĐTĐ típ 2	< 5 năm	29 (63,0)	17 (27,0)	0,4913
	5 - 10	45 (73,8)	16 (26,2)	
	> 10 năm	2 (66,7)	1 (33,3)	
	$\bar{X} \pm SD$: 5,37 ± 2,32			
Số bệnh kèm	0 bệnh	7 (35,0)	13 (65,0)	0,1222
	1 bệnh	15 (41,1)	19 (55,9)	
	2 bệnh	7 (18,4)	31 (81,6)	
	≥ 3 bệnh	5 (27,8)	13 (72,2)	

Không nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát HbA1c với giới, tuổi, BMI và thời gian mắc, số bệnh mắc kèm với $p > 0,05$.

Bảng 4: Mối liên quan giữa kiểm soát HbA1c với đặc điểm điều trị thuốc hạ glucose, tuân thủ điều trị thuốc, luyện tập thể lực thời điểm T3

Đặc điểm		HbA1c < 7 n (%)	HbA1c ≥ 7 n (%)	p
Đường dùng thuốc	Uống	74 (69,8)	32 (30,2)	0,4021
	Tiêm, Uống + tiêm	2 (50,0)	2 (50,0)	
Số thuốc hạ glucose máu	1 thuốc	18 (85,7)	3 (14,3)	0,1838
	2 thuốc	53 (65,4)	28 (34,6)	
	≥ 3 loại	5 (62,5)	3 (37,5)	
Tuân thủ sử dụng thuốc hạ glucose máu	Có	70 (80,5)	17 (19,5)	< 0,0001
	Không	6 (26,1)	17 (73,9)	
Luyện tập thể lực	Đạt	37 (94,9)	2 (5,1)	< 0,0001
	Không đạt	39 (54,9)	32 (45,1)	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát HbA1c với tuân thủ sử dụng thuốc hạ glucose máu, luyện tập thể lực với $p < 0,05$. Không nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát HbA1c với đường dùng thuốc và số loại thuốc hạ glucose máu bệnh nhân sử dụng.

Bảng 5. Phân tích đa biến tìm yếu tố độc lập liên quan đến đạt mục tiêu HbA1c

Đặc điểm	HbA1C < 7 n, %	HbA1C ≥ 7 n, %	Hệ số hồi quy (β)	p	OR (CI 95%)
Tập thể dục	37 (94,9)	2 (5,2)	1,98315	0,0137	7,27 (1,31 - 11,66)
Tuân thủ dùng thuốc	70 (80,5)	17 (19,5)	1,19739	0,0558	3,31(0,97 - 11,29)

Tập thể dục là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với đạt mục tiêu HbA1c ($p = 0,0137$), bệnh nhân có tập thể dục có khả năng đạt mục tiêu HbA1c gấp khoảng 7,27 lần so với nhóm không tập thể dục. Nhóm tuân thủ dùng thuốc có xu hướng làm tăng khả năng đạt mục tiêu HbA1c nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0558$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Ở bảng 1, nam giới chiếm tỷ lệ 54,5% nhiều hơn nữ 45,5%. Tác giả Dương Thị Mai Phương ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân nam 51,4% nhiều hơn nữ [4]. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (63,6%); tương tự Lê Huỳnh Phương Trinh [5]. Chúng tôi nhận thấy 54,5% bệnh nhân ĐTĐ típ 2 thể trạng bình thường; thừa cân, béo phì chiếm 42,7%. Theo Phan Hữu Hên tỷ lệ bệnh nhân có BMI bình thường 51,8% [6]. Nguyễn Thị Thu Cúc 61,4% thừa cân, béo phì cao hơn so với kết quả chúng tôi [7]. Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 được chẩn đoán và điều trị, BMI có thể thay đổi theo nhiều xu hướng khác nhau tùy thuộc vào phương pháp điều trị, mức độ tuân thủ thay đổi lối sống và các bệnh lý kèm. Thời gian mắc ĐTĐ típ 2 trong nghiên cứu trung bình $5,37 \pm 2,32$ năm, nhóm mắc từ 5 - 10 năm cao nhất (55,5%) và > 10 năm

chỉ chiếm 2,7%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhung bệnh nhân mắc ĐTĐ típ 2 trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất [8]. Sự khác biệt này có thể do địa bàn nghiên cứu khác nhau. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có tăng HA là 57,3%; có rối loạn lipid máu chiếm nhiều nhất với 75,5%, Tác giả Lê Huỳnh Phương Trinh [5] và nhiều tác giả ghi nhận tăng HA, rối loạn lipid máu là những bệnh lý mắc kèm hay gặp ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Đây là các bệnh thuộc nhóm bệnh hội chứng chuyển hoá và có tác động qua lại lẫn nhau.

4.2. Thực trạng kiểm soát HbA1c và các chỉ số khác ở bệnh nhân nghiên cứu

Tỷ lệ kiểm soát HbA1c, glucose đói, lipid máu

Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tỷ lệ kiểm soát HbA1c < 7% đạt 68,2%; tương đương kết quả Trần Hà Linh (66,2%) [9], cao hơn Nguyễn Thị Nhung (30,7%) [8]. Sau 3 tháng, tỷ lệ này tăng ít (69,1%), tỷ lệ kiểm soát Glucose đói đạt

mục tiêu tăng đáng kể từ 48,2% lên 57,3%. Theo Phan Hữu Hên sau 3 tháng số lượng bệnh nhân đạt HbA1c không thay đổi nhiều [6]. Tác giả Trần Hà Linh sau 6 tháng điều trị, tăng tỷ lệ Glucose đói đạt mục tiêu từ 61,4% ở T0 lên 68,3% T6 [9]. Tuy nhiên HbA1c không thay đổi đáng kể, tương đồng kết quả chúng tôi. Mặc dù vậy, nồng độ HbA1c trung bình sau theo dõi $7,03 \pm 1,05$ cũng không quá cao. Nghiên cứu chúng tôi đa số bệnh nhân lớn tuổi (63,5%). Ở người lớn tuổi HbA1c cho phép từ 7,5% - 8%.

Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát, LDL - C, TG đạt mục tiêu của chúng tôi cao hơn so với ghi nhận Nguyễn Thị Nhung [8]. Sau 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân được kiểm soát HA, TG, LDL - C đều tăng lên. Dù vậy, vẫn còn khoảng 1/3 bệnh nhân trong nghiên cứu chưa đạt kiểm soát LDL - C. Việc chậm kiểm soát tích cực LDL - C trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có liên quan tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Chính vì vậy cần nhiều giải pháp tích cực để kiểm soát đa yếu tố trên bệnh nhân.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kiểm soát HbA1c

Liên quan giữa kiểm soát HbA1c với giới, tuổi, BMI, thời gian mắc, số bệnh mắc kèm

Chúng tôi cùng nhiều tác giả: Dương Thị Mai Phương, Nguyễn Thị Nhung, Trần Hà Linh đều nhận thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát HbA1c với tuổi, giới [4], [8], [9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có BMI bình thường thì tỷ lệ kiểm soát HbA1c (41,8%) tốt hơn so với nhóm thừa cân, béo phì (26,4%) và nhẹ cân. Nguyễn Thị Thu Cúc nhóm bệnh nhân BMI bình thường có tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu 63,4% [7]. Béo phì làm gia tăng đề kháng insulin làm cho việc kiểm soát đường huyết khó khăn hơn. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ là yếu tố ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát đường huyết. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân mắc > 10 năm ít (3 bệnh nhân), có thể đó là lý do chúng tôi chưa ghi nhận được mối liên quan giữa số năm mắc và khả năng đạt mục tiêu HbA1c. Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 nhiều bệnh mắc kèm có thể làm phức tạp việc điều trị, một số bệnh mắc kèm hạn chế việc lựa chọn thuốc dùng

trên bệnh nhân. Tuy nhiên với cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn, chúng tôi chưa ghi nhận được mối liên quan giữa số bệnh mắc kèm với kiểm soát HbA1c.

Liên quan giữa kiểm soát HbA1c với đặc điểm điều trị thuốc hạ glucose máu, tuân thủ điều trị, luyện tập thể dục

Bệnh viện trường Đại học Y khoa Vinh mới đưa insulin vào danh mục thuốc bảo hiểm y tế từ quý II năm 2025. Bệnh nhân đa số dùng thuốc uống (96,4%). Chúng tôi không ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phương pháp điều trị với kiểm soát HbA1c. Tuân thủ điều trị đóng vai trò rất quan trọng nhưng vẫn là thách thức trong điều trị bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Bệnh nhân tuân thủ điều trị dùng thuốc đạt tỷ lệ kiểm soát HbA1c < 7% chiếm 80,5% cao hơn nhóm không tuân thủ dùng thuốc 26,1% và có ý nghĩa thống kê. Nguyễn Thị Thu Cúc, Nguyễn Thị Nhung, ghi nhận kết quả tương tự [7], [8]. Luyện tập thể lực đóng vai trò quan trọng trong ĐTĐ típ 2. Bệnh nhân tuân thủ hoạt động thể lực đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c chiếm 94,9% cao hơn nhóm không tuân thủ, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Theo Nguyễn Thị Nhung nhóm bệnh nhân tuân thủ hoạt động thể lực có tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu rất cao 92,5% so với nhóm không tuân thủ 7,5% [8]. Chế độ ăn cũng đóng vai trò quan trọng đối với kiểm soát đường huyết. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân đa số là người cao tuổi, ảnh hưởng đến sai số nhớ lại khi phân tích khẩu phần ăn, hơn nữa chúng tôi không quan sát được hành vi ăn uống của bệnh nhân nên không đưa chế độ ăn vào để phân tích. Đây là hạn chế của đề tài.

Phân tích đa biến tìm yếu tố độc lập liên quan đến đạt mục tiêu HbA1c

Chúng tôi nhận thấy tuân thủ luyện tập thể lực có liên quan đến mục tiêu kiểm soát HbA1c. Từ đó nhấn mạnh lại vai trò luyện tập thể dục đối với việc đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiểm soát HbA1c < 7% khá cao (68,2%), Glucose đói: 48,2%, tỷ lệ kiểm soát HA: 78,2%, LDL - C: 63,6%. Sau 3 tháng tỷ lệ kiểm soát HA, Glucose đói, LDL - C đều tăng; tỷ lệ đạt HbA1c tăng ít. Tuân thủ luyện tập thể lực đóng vai trò quan trọng và có liên quan đến đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết. Như vậy, cần tăng cường hơn nữa công tác quản lý, thường xuyên nhấn mạnh vai trò tuân thủ điều trị đặc biệt là luyện tập thể lực đối với bệnh nhân ĐTĐ típ 2 để đạt được mục tiêu kiểm soát đường máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] **International Diabetes Federation.** IDF Global Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes - 2025. Brussels: International Diabetes Federation; 2025;35 - 76.
- [2] **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas, 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
- [3] **Nguyen KT, Diep BTT, Nguyen VDK, van Lam H, Tran KQ, Tran NQ.** A cross - sectional study to evaluate diabetes management, control and complications in 1631 patients with type 2 diabetes mellitus in Vietnam (DiabCare Asia). International Journal of Diabetes in Development Ctries. 2020; 40(1):70 - 79.
- [4] **Dương Thị Mai Phượng, Đinh Thị Huệ, Lê Quang Toàn, Nguyễn Hoàng Thanh.** Thực trạng kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;527(1):373 - 377.
- [5] **Lê Huỳnh Phương Trinh, Nguyễn Văn Dũng.** Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên. Tạp chí Khoa học Tây Nguyên. 2023;17(60):119 - 124.
- [6] **Phan Hữu Hên, Nguyễn Thị Hoàng Thơ, Lâm Văn Hoàng, Nguyễn Tri Thức.** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú và đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng tại Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;527(số đặc biệt):273 - 280.
- [7] **Nguyễn Thị Thu Cúc, Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ tim mạch cao. Tạp chí phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam. 2022;(39):66 - 74.
- [8] **Nguyễn Thị Nhung, Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Thực trạng kiểm soát glucose máu, lipid máu và ở bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 543(2):213 - 217.
- [9] **Trần Hà Linh, Phạm Hồng Thắm, Nguyễn Thị Thu Hương.** Yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú. Tạp chí khoa học Trường Đại học quốc tế Hồng Bàng. 2025;(35):15 - 24.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF HbA1c CONTROL AND SOME RELATED FACTORS IN OUTPATIENT TYPE 2 DIABETES PATIENTS AT VINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The International Diabetes Federation (2024) reports that approximately 589 million adults (aged 20 - 79) worldwide are living with diabetes. Projections indicate that the number of affected individuals will reach 853 million by 2050, with type 2 diabetes accounting for 90-95% of cases. Glycemic control, specifically managing HbA1c levels, is an effective strategy for preventing disease - related complications. We conducted a cross-sectional descriptive study involving 110 outpatients with type 2 diabetes at Vinh Medical University Hospital to assess the status of HbA1c control and identify associated factors. Results showed that the rate of achieving HbA1c < 7% was relatively high at 68.2%; target achievement rates were 48.2% for fasting glucose, 78.2% for blood pressure, and 63.6% for LDL - C. After three months, the rates of achieving targets for blood pressure, fasting glucose, and LDL - C increased, whereas the rate of achieving the HbA1c target showed only a slight increase. Adherence to physical exercise plays a crucial role and is associated with achieving glycemic control targets.

Keywords: type 2 diabetes, HbA1c, fasting glucose.