

**MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH THEO MỤC TIÊU  
KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ CỦA ESC-EASD 2019 Ở BỆNH NHÂN  
ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ  
HUYỆN CƯ JUT, ĐẮK NÔNG NĂM 2020.**

***Huỳnh Lê Thái Bảo<sup>1</sup>, Nguyễn Sinh Huy<sup>2</sup>, Đinh Văn Hoàng<sup>2</sup>,  
Bùi Trọng Thức<sup>2</sup>, Hoàng Thị Thủy<sup>2</sup>, Võ Ngọc Như Quỳnh<sup>2</sup>***

***1. Khoa Y, Đại học Duy Tân, Đà Nẵng, Việt Nam  
2. Khoa Y Dược, Đại học Tây Nguyên, Đắk Lăk, Việt Nam***

DOI: 10.47122/vjde.2020.42.7

**ABSTRACT**

***Cardiovascular risk factors in type 2 diabetic outpatient receiving treatment at Cu Jut District General Hospital, Dak Nong province in 2020 according to the recommendations of esc-easd 2019***

**Objectives:** To evaluate some cardiovascular risk factors in type 2 diabetes outpatient receiving treatment at Cu Jut district general hospital, Dak Nong province in 2020 according to the recommendations of ESC-EASD 2019. **Methodology:** The study used a descriptive cross-sectional design with a continuous sampling method during the study to evaluate some cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes mellitus treatment. reside at the medical center of Cu Jut district, Dak Nong in 2020 according to the recommended treatment recommendations of ESC-EASD 2019. Each patient in the study sample was examined and given the contents of the prepared questionnaire. Each was designated any required subclinical processes as necessary. **Results obtained:** Target characteristics of controlling some cardiovascular risk factors in diabetic patients according to ESC - EASD 2019 guidelines: BMI ratio over 25 kg / m<sup>2</sup> is 31.3%, round rate increase abdomen was 76.05%, incidence of uncontrolled blood pressure was 47.3%. Total cholesterol 49.3%, Tryglicerid 50.7%, HDL-C 34.7% and non-HDL-C 54.6% and LDL-C 82.8%.

**Keywords:** Type 2 diabetes, ESC - EASD 2019, cardiovascular risk stratification, cardiovascular disease, target organ damage.

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại trung tâm y tế huyện Cư Jut, Đắk Nông năm 2020 theo mục tiêu khuyến cáo điều trị của ESC-EASD 2019.

**Phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả với phương pháp lấy mẫu liên tiếp trong thời gian nghiên cứu để đánh giá một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại trung tâm y tế huyện Cư Jut, Đắk Nông năm 2020 theo mục tiêu khuyến cáo điều trị của ESC-EASD 2019. Mỗi bệnh nhân trong nghiên cứu được hỏi bệnh và thăm khám nội dung của bảng câu hỏi chuẩn bị sẵn, được chỉ định các cận lâm sàng cần thiết. **Kết quả:** Đặc điểm mục tiêu kiểm soát một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường theo hướng dẫn của ESC – EASD 2019: tỷ lệ BMI trên 25 kg/m<sup>2</sup> là 31,3%, tỷ lệ tăng vòng bụng là 76,05%; tỷ lệ không kiểm soát được huyết áp là 47,3%, Cholesterol toàn phần là 49,3%, Tryglicerid là 50,7%, HDL-C là 34,7%, non HDL-C là 54,6% và LDL-C là 82,7%.

**Từ khóa:** Đái tháo đường típ 2, ESC – EASD 2019, yếu tố nguy cơ tim mạch, phân tầng nguy cơ tim mạch, bệnh tim mạch, tổn thương cơ quan đích.

Chủ trách nhiệm chính: Huỳnh Lê Thái Bảo

Ngày nhận bài: 05/8/2020

Ngày phản biện khoa học: 06/9/2020

Ngày duyệt bài: 07/11/2020

Email: hlthaibao@gmail.com

Điện thoại: 0888838539

## 1. ĐẶT VÂN ĐỀ

Trong những năm gần đây, bệnh lý tim mạch luôn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo thông điệp của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2016, hàng năm có khoảng 17,9 triệu người chết do bệnh tim mạch, chiếm 31% tổng số tử vong trên toàn thế giới[6]. Tại Việt Nam, theo WHO tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch cũng là 31%[7]. Việc phòng ngừa các bệnh tim mạch giúp giảm gánh nặng bệnh tật cho xã hội. Để phòng ngừa hiệu quả, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ là vô cùng cần thiết.

Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch, đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ quan trọng và độc lập. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường trên thế giới đang ngày càng gia tăng, ước tính có khoảng 60 triệu người châu Âu mắc bệnh[9]. Tại các nước Á Đông, với lối sống đang thay đổi theo kiểu phương Tây, tỷ lệ bệnh đái tháo đường đang tiếp tục gia tăng, lên tới 10% dân số như ở Trung Quốc, Ấn Độ[9]. Tại Việt Nam, có đến 5,42% số người trong độ tuổi 30-69 mắc đái tháo đường. Những con số này đặt ra một thách thức nghiêm trọng cho các nền kinh tế đang phát triển, khi những biến chứng tim mạch của đái tháo đường có thể gây tử vong sớm, tàn phế, mất sức lao động kéo theo hàng loạt hậu quả về kinh tế - xã hội [1].

Năm 2019, ESC và EASD đã phối hợp đưa ra bộ Hướng dẫn về “Đái tháo đường, tiền đái tháo đường và bệnh tim mạch” nhằm cung cấp những hướng dẫn về quản lý và phòng ngừa bệnh lý tim mạch ở những người đã mắc bệnh hoặc có nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường. Các hướng dẫn này nhấn mạnh về phát triển cách phòng ngừa và quản lý tác động của đái tháo đường tới bệnh tim mạch. Hướng dẫn cũng sử dụng phân tầng nguy cơ tim mạch của ESC 2016 và có những cập nhật mới về cá thể hóa điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại trung tâm y tế huyện Cư Jut, Đăk Nông năm 2020 theo mục tiêu khuyễn cáo

điều trị của ESC- EASD 2019.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**Khoa Khám và Cấp cứu, trung tâm Y tế huyện Cư Jut tỉnh Đăk Nông từ tháng 01/2020 đến tháng 6/2020.

**Đối tượng nghiên cứu:**Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định đái tháo đường típ 2 đến khám và tái khám. Thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

### •Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD theo tiêu chuẩn của hội ĐTD Hoa Kỳ năm 2017 [10]:

-Khi có triệu chứng lâm sàng ĐTD (uống nhiều, tiểu nhiều, sụt cân) hoặc mất bù cấp tính kèm theo ≥ 1 xét nghiệm:

+ Glucose lúc đói ≥ 7,0 mmol/l.

+ HbA1 C ≥ 6,5%.

+ Đường huyết bất kỳ ≥ 11,1mmol/l.

-Khi không có triệu chứng lâm sàng ĐTD và mất bù cấp tính, dựa vào xét nghiệm:

+ Glucose lúc đói ≥ 7,0 mmol/l, ≥ 2 lần cách nhau ít nhất 1 ngày.

+ HbA1 C ≥ 6,5%, ≥ 2 lần cách nhau ít nhất 3 tháng.

+ Glucose lúc đói ≥ 7,0 mmol/l và HbA1 C ≥ 6,5%.

Trường hợp bị bệnh ĐTD trước đó

- Trước đó đã được chẩn đoán ĐTD, hiện tại đang dùng thuốc ĐTD với bất kỳ con số đường máu nào.

- Trước đó được chẩn đoán ĐTD, bỏ điều trị và xét nghiệm chỉ cần glucose lúc đói hoặc HbA1C cao.

### Chẩn đoán ĐTD típ 2

- Tuổi khởi phát > 40 tuổi;

- Khởi bệnh thường kín đáo;

- Đường huyết thường ổn định khi thay đổi lối sống hoặc thuốc điều trị không phải insulin;

- Loại trừ ĐTD típ 1 và típ đặc biệt khác

### •Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bệnh nhân đang có biến chứng cấp tính

của đái tháo đường.

### **Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**Chọn mẫu:** Điều tra toàn bộ dân số mục tiêu thông qua chọn mẫu liên tiếp trong thời gian nghiên cứu.

### **Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu**

- Bệnh lý tim mạch đã xác định: Là bệnh tim mạch đã được xác định bằng lâm sàng hoặc rõ ràng bằng hình ảnh, bao gồm: tiền sử nhồi máu cơ tim, hội chứng vành cấp, tái thông mạch vành, đột quy não và bệnh động mạch ngoại biên.

- Phân tầng yếu tố nguy cơ tim mạch theo ESC 2016 đối với bệnh nhân đái tháo đường[12]:

- **Nguy cơ rất cao:** Bệnh nhân đái tháo đường đã có bệnh lý tim mạch

- + **Hoặc** có tổn thương cơ quan đích khác (Protein niệu, suy thận khi eGFR < 30mL/phút, phì đại thất trái, bệnh võng mạc)

- + **Hoặc** ≥ 3 yếu tố nguy cơ chính (tuổi cao hơn 65, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì)

- + Hoặc đái tháo đường khởi phát sớm với thời gian dài (>20 năm)

- **Nguy cơ cao:** Thời gian đái tháo đường ≥ 10 năm, không tổn thương cơ quan đích + không có yếu tố nguy cơ thêm vào khác.

- **Nguy cơ trung bình:** Bệnh nhân trẻ (<50 tuổi) với thời gian đái tháo đường <10 năm, không có yếu tố nguy cơ khác.

- Các mục tiêu khuyến cáo điều trị theo Hướng dẫn của ESC – EASD 2019 đối với bệnh nhân đái tháo đường [9]:

Hướng dẫn của ESC – EASD 2019 có nhiều điểm cập nhật so với ESC – EASD 2016, trong đó mục tiêu khuyến cáo điều trị được cá thể hóa:

- **Huyết áp mục tiêu:** Đối với bệnh nhân ≤ 65 tuổi: Huyết áp tâm thu mục tiêu là 130 mmHg, nếu dung nạp được có thể đưa về <130 mmHg nhưng không được <120 mmHg. Đối với bệnh nhân >65 tuổi, huyết áp tâm thu mục tiêu là từ 130 mmHg đến 139 mmHg. Mục tiêu huyết áp tâm trương là < 80 mmHg

nhung không được < 70 mmHg.

- **Mỡ máu mục tiêu:** Đối với nguy cơ tim mạch trung bình, LDL-C mục tiêu <2,5mmol/L, đối với nguy cơ tim mạch cao, LDL-C <1,8 mmol/L, đối với nguy cơ tim mạch rất cao , LDL-C <1,4 mmol/L. Các chỉ số lipid khác: Cholesterol toàn phần (TC) < 4,5 mmol/L, Triglycerid < 2,3 mmol/L, HDL-C > 1,0 mmol/L, non HDL – C < 3,3 mmol/L.

- **Đường huyết mục tiêu:** Glucose đói < 7,2 mmol/L, Glucose sau ăn < 10 mmol/L, HbA1C < 7%.

- **Hút thuốc lá:** Ngưng bất buộc.

- **Luyện tập thể lực:** 30 – 45 phút/ngày

- **BMI:** nhỏ hơn 25 kg/m<sup>2</sup>

- **Vùng bụng:** < 90 cm đối với nam và < 80 cm đối với nữ.

**Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1, xử lý số liệu bằng phần mềm R Studio 4.0. Giá trị các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (TB ± DLC) hay trung vị và giá trị nhỏ nhất, lớn nhất khi phân phối lệch. Số liệu định tính được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

## **3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

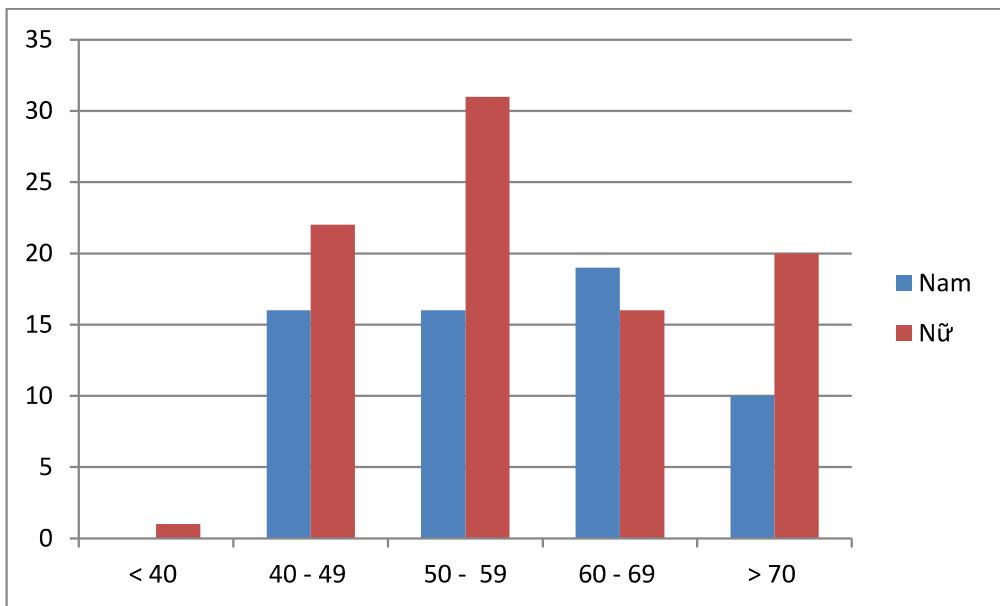
### **Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

Trong thời gian thực hiện, có 150 đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi.

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 60,06 ± 10,88. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm 50 – 59 tuổi với 31,3% và nhóm 60-69 với 30,0%.

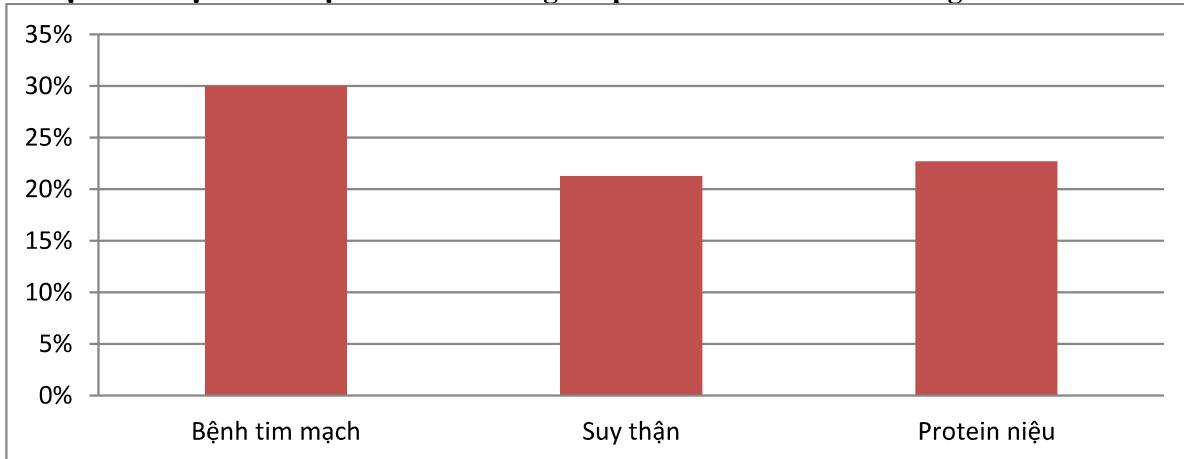
Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu, trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Phương Anh (2019) tại bệnh viện Quận 3 – TP Hồ Chí Minh, hai nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 60-69 tuổi với 34,9% và 50-59 tuổi với 27%[2].

Trong nghiên cứu của Viên Văn Đoan (2012) tại bệnh viện Bạch Mai, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 50-60 tuổi với 41,2%, tiếp theo là nhóm 60 – 70 tuổi với 33,8%. Có thể thấy rằng, nhóm tuổi 50 – 70 tuổi luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nghiên cứu[5].

**Biểu đồ 1.** Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

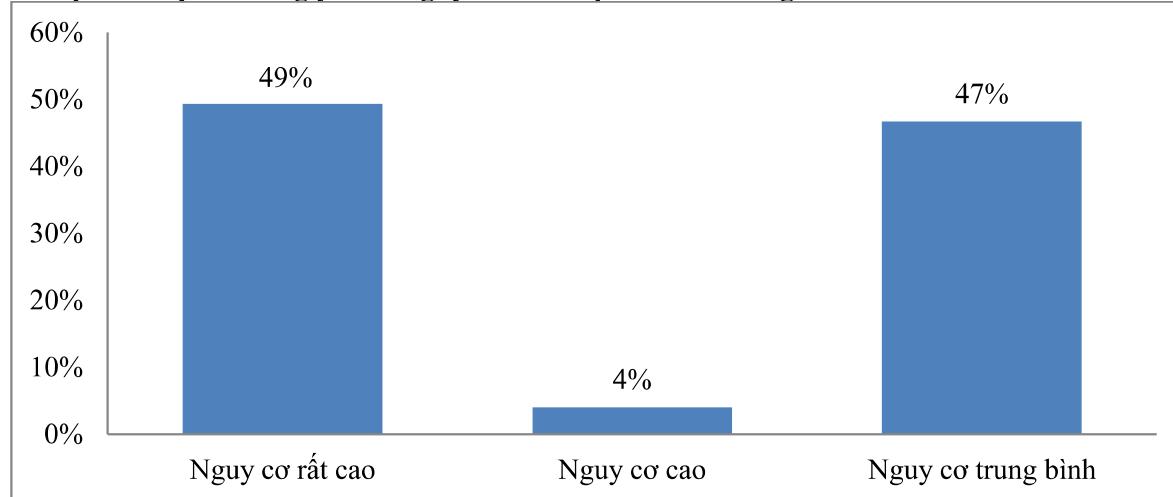
Trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm tỷ lệ 59,3% cao hơn nam giới với 40,7%. Tỷ lệ này cũng tương đồng với nghiên cứu của Viên Văn Đoan (2012) với nữ chiếm 59,8%, nam chiếm 40,2% và nghiên cứu của Nguyễn Lê Phương Anh (2019) với nữ giới chiếm 53% và nam giới chiếm 47%[2],[5]. Trong đó số các nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới luôn cao hơn nam giới.

#### **Đặc điểm bệnh tim mạch và tổn thương cơ quan đích khác của mẫu nghiên cứu**



Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh tim mạch là 30%, tỷ lệ suy thận là 21,3% và tỷ lệ có protein niệu là 22,7%. Kết quả của chúng tôi cao hơn khá nhiều so với nghiên cứu của Viên Văn Đoan (2012) với tỷ lệ nhồi máu cơ tim là 1,8%, suy thận là 2,8%, protein niệu là 9,8%[5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số y văn trên thế giới, theo Joshua A. Beckman và cộng sự, tỷ lệ mắc bệnh tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường là 20%, theo ADA 2016, tỷ lệ suy thận ở bệnh nhân đái tháo đường là từ 20 - 40%[8].

### **Đặc điểm phân tầng yếu tố nguy cơ tim mạch của mẫu nghiên cứu**



Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất với 49%, tiếp theo là nhóm nguy cơ trung bình với 47% và thấp nhất là nhóm nguy cơ cao với 4%. Theo chúng tôi, nhóm nguy cơ rất cao chiếm một tỷ lệ lớn bởi vì đa số bệnh nhân sau khi phát hiện ra bệnh lý tim mạch (đột quỵ, nhồi máu cơ tim...) hoặc tồn thương cơ quan đích (suy thận...) mới được

chẩn đoán đái tháo đường típ 2. Điều này đặt ra vấn đề phải tầm soát sớm đái tháo đường típ 2 trong cộng đồng để có chiến lược điều trị sớm và dự phòng các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Nhóm yếu tố nguy cơ trung bình cũng chiếm tỷ lệ khá cao bởi vì thời gian phát hiện đái tháo đường của mẫu nghiên cứu là khá thấp, 95,3% là dưới 10 năm.

### **Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống của mẫu nghiên cứu**

Yếu tố	Phân nhóm	Tần số	Tỷ lệ %	TB ± DLC
<b>Tuổi</b>	> 60 tuổi	75	50,0%	$60,06 \pm 10,88$ (Tuổi)
	$\leq 60$ tuổi	75	50,0%	
<b>Thời gian</b>	$\geq 10$ năm	7	4,7%	$4,3 \pm 3,0$ (Năm)
	< 10 năm	143	95,3%	
<b>Hút thuốc lá</b>	Có	32	21,3%	
	Không	118	78,7%	
<b>Hoạt động thể lực</b>	Có	49	32,7%	
	Ít hoạt động	101	67,3%	

Đã từ lâu, các hiệp hội về tim mạch, tăng huyết áp và đái tháo đường đã xếp tuổi cao, thời gian đái đường, hút thuốc lá và hoạt động thể lực vào nhóm các yếu tố nguy cơ tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên là 50,0%, kết quả này tương đối phù hợp với một số nghiên cứu khác như của Trần Thị Trúc Linh (2016) với tỷ lệ 60 tuổi trở lên là 68,1% [4] và Ina Maria Ruckert (2012) với tỷ lệ này là 54,32% [13].

Có đến 95,3% bệnh nhân phát hiện bệnh đái tháo đường dưới 10 năm, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Linh

(2016) với 78,4%[4]. Tỷ lệ thời gian phát hiện bệnh đái đường dưới 10 năm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có lẽ do ý thức tầm soát phát hiện bệnh của mẫu nghiên cứu chưa tốt, một phần không nhỏ phát hiện đái tháo đường sau khi đã nhập viện vì tồn thương cơ quan đích. Tỷ lệ hút thuốc lá và ít hoạt động thể lực trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,3% và 67,3%, kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như của Trần Thị Trúc Linh (2016) khi hai tỷ lệ này là 10,3% và 28,4%[4], nghiên cứu của Leiter.Lawrence A (2013) tỷ lệ hút thuốc là 36,1%[11].

**Đặc điểm kiểm soát BMI, vòng bụng, huyết áp động mạch theo ESC – EASD 2019**

Yếu tố mục tiêu	Không đạt		Đạt		TB ± DLC
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ	
BMI < 25 kg/m <sup>2</sup>	47	31,3%	103	68,7%	23,99 ± 1,44
Vòng bụng < 90 cm (nam) < 80 cm (nữ)	114	76,05%	36	24,0%	87,13 ± 5,44
Huyết áp*	71	47,3%	79	52,7%	Huyết áp tâm thu 143,88 ± 8,37(mmHg) Huyết áp tâm trương 81,21 ± 12,73 (mmHg)

(\* Tiêu chuẩn cá thể hóa được nêu trong phần “các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu”)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BMI trên 25 kg/m<sup>2</sup> là 31,3% và tỷ lệ tăng vòng bụng là 76,05%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị An Nhàn (2019) với tỷ lệ BMI trên 25 kg/m<sup>2</sup> là 28,9% [3], nghiên cứu của Trần Thị Trúc Linh (2016) với tỷ lệ BMI trên 25 kg/m<sup>2</sup> là 27,6% và tỷ lệ tăng vòng bụng là 64,7% [4]. Có thể thấy rằng, tình trạng béo bụng có tỷ lệ cao hơn nhiều so với thừa cân, theo chúng tôi cần có một nghiên cứu lớn hơn để tìm ra mối liên quan

giữa tăng vòng bụng và tình trạng đái tháo đường típ 2.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ không kiểm soát được huyết áp theo mục tiêu của ESC – EASD 2019 là 47,3%, thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Linh (2016) với tỷ lệ này là 59,5% [4], sự khác nhau này là do đặc điểm mẫu nghiên cứu của nghiên cứu trên là các bệnh nhân vừa mắc đái tháo đường típ 2 vừa có tăng huyết áp và nghiên cứu này sử dụng mục tiêu kiểm soát huyết áp theo ESC – EASD 2013.

**Đặc điểm kiểm soát lipid máu theo ESC – EASD 2019**

Yếu tố (Đơn vị tính)	Không đạt		Đạt		TB ± DLC (mmol/L)
TC < 4,5 mmol/L	74	49,3%	76	50,7%	4,57 ± 1,47
TG < 2,3 mmol/L	76	50,7%	74	49,3%	2,55 ± 1,57
HDL-C ≥ 1 mmol/L	52	34,7%	98	65,3%	1,1 ± 0,30
Non HDL-C < 3,3 mmol/L	82	54,6%	68	55,4%	3,95 ± 1,33
LDL-C **	124	82,7%	26	17,3%	3,05 ± 1,12

(\*\*) Tiêu chuẩn cá thể hóa được nêu trong phần “các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu”)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ không đạt các mục tiêu kiểm soát lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường theo ESC – EASD 2019 là: Cholesterol toàn phần 49,3%, Tryglicerid 50,7%, HDL-C 34,7% và non HDL-C 54,6%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Lê Phương Anh (2019) với Cholesterol toàn phần 52,1%, Tryglicerid 43,3% và nghiên cứu của Trần Thị

Trúc Linh (2016) với Cholesterol toàn phần 60,3%, Tryglicerid 40,5%, HDL-C 35,3% và non HDL-C 71,6 % [2], [4]. Riêng đối với LDL-C sau khi áp dụng mục tiêu điều trị cá thể hóa theo phân tầng nguy cơ tim mạch, tỷ lệ không đạt là khá cao với 82,7%. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Lê Phương Anh (2019) với 46,0% và Trần Thị Trúc Linh (2016) với 79,3% [2], [4]. Sự cao hơn này là vì mục tiêu khuyến cáo điều trị trong kiểm soát LDL-C của ESC – EASD 2019 “khắt khe” hơn so với ESC – EASD

2013 nên tỷ lệ không đạt mục tiêu LDL-C trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao.

#### **Đặc điểm kiểm soát đường huyết theo ESC – EASD 2019**

Yếu tố (Đơn vị tính)	Không đạt		Đạt		TB ± DLC (mmol/L)
Glucose đói < 7,2 mmol/L	95	60,3%	55	36,7%	10,68 ± 4,91
Glucose sau ăn < 10 mmol/L	98	65,3%	52	34,7%	13,45 ± 4,24
HbA1C < 7%	91	60,7%	55	36,7%	8,16 ± 1,95
Cả 3 mục tiêu glucose máu	118	78,7%	32	21,3%	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân không đạt mục tiêu glucose đói là 60,3%, glucose sau ăn là 65,3%, HbA1c 60,7%. Nhóm kiểm soát không đạt cả ba mục tiêu glucose máu chiếm tỷ lệ khá cao là 78,7%. Việc kiểm soát đường máu trong nghiên cứu của chúng tôi có phần tốt hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Trúc Linh (2016) với tỷ lệ không đạt các mục tiêu glucose máu là: glucose đói 74,1%, glucose sau ăn 77,6%, HbA1c là 66,4%, cả ba mục tiêu glucose máu 90,5% [4]. Theo chúng tôi, điều này là do nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tổn thương cơ quan đích khá cao nên sự tuân thủ điều trị của các bệnh nhân có phân tích cực hơn.

#### **4. KẾT LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi:

1. Đặc điểm về bệnh tim mạch và tổn thương cơ quan đích: tỷ lệ bệnh tim mạch là 30%, tỷ lệ suy thận là 21,3% và tỷ lệ có protein niệu là 22,7%.

2. Đặc điểm phân tầng yếu tố nguy cơ tim mạch: nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất với 49%, tiếp theo là nhóm nguy cơ trung bình với 47% và thấp nhất là nhóm nguy cơ cao với 4%.

3. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống: tỷ lệ bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên là 50,0%, 95,3% bệnh nhân phát hiện bệnh đái tháo đường dưới 10 năm, tỷ lệ hút thuốc lá và ít hoạt động thể lực trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,3% và 67,3%.

4. Đặc điểm mục tiêu kiểm soát một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường theo hướng dẫn của ESC – EASD 2019: tỷ lệ BMI trên 25 kg/m<sup>2</sup> là 31,3%, tỷ lệ tăng vòng bụng là 76,05%, tỷ lệ không kiểm

soát được huyết áp là 47,3%.

5. Đặc điểm kiểm soát lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường theo hướng dẫn của ESC – EASD 2019: Cholesterol toàn phần 49,3%, Tryglicerid 50,7%, HDL-C 34,7% và non HDL-C 54,6% và LDL-C 1 à 82,7%.

6. Đặc điểm soát đường huyết theo hướng dẫn của ESC – EASD 2019: tỷ lệ nhóm bệnh nhân không đạt mục tiêu glucose đói là 60,3%, glucose sau ăn là 65,3%, HbA1c 60,7%.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Hải Thủy, L. V. C. (2018). *Đái tháo đường, Giáo trình Đại học, Bệnh học Nội khoa*. Nhà xuất bản Đại học Huế: Thừa Thiên Huế.
2. Nguyễn Lê Phương Anh. (2019). Khảo sát tinh hình rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Quận 3 - TPHCM Khóa luận tốt nghiệp, Đại học Văn Lang.
3. Trần Thị An Nhàn. (2019). *Chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện đa khoa Vùng Tây Nguyên năm 2019*. Đề tài khoa học cấp cơ sở: Đại học Tây Nguyên.
4. Trần Thị Trúc Linh. (2016). *Nghiên cứu mối liên quan giữa biểu hiện tim với mục tiêu theo khuyến cáo ESC - EASD ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp*. Luận án Tiến sĩ Y học: Đại học Y dược - Đại học Huế.
5. Viên Văn Đoan. (2012). Kết quả kiểm soát Một số Yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân Đái tháo đường được quản lý, điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh,

- Bệnh viện Bạch Mai. . *Bệnh viện Bạch Mai*.
6. WHO. (2020). Viet Nam statistics summary (2002 - present). Global Health Observatory country views.
  7. Institute for Health Metrics and Evaluation (2017).Global Burden of Disease Study 2017. Global health data
  8. Beckman, J. A., Creager, M. A. & Libby, P. (2002). Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *JAMA*, 287(19), 2570-2581.
  9. Cosentino, F., Grant, P. J., Aboyans, V., Bailey, C. J., Ceriello, A., Delgado, V., et al. (2020). 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*, 41(2), 255-323.
  10. Goyal, A., Gupta, Y., Singla, R., Kalra, S. & Tandon, N. (2020). American Diabetes Association "Standards of Medical Care-2020 for Gestational Diabetes Mellitus": A Critical Appraisal. *Diabetes Ther*.
  11. Halperin, I. J., Ivers, N. M. & Wong, R. (2013). Re: Leiter LA, Berard L, Bowering CK, et al. Type 2 Diabetes mellitus management in Canada: is it improving? *Can J Diabetes* 37;2:82-9. *Can J Diabetes*, 37(4), 213.
  12. Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., et al. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts)Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*, 37(29), 2315-2381.
  13. Ruckert, I. M., Maier, W., Mielck, A., Schipf, S., Volzke, H., Klutigg, A., et al. (2012). Personal attributes that influence the adequate management of hypertension and dyslipidemia in patients with type 2 diabetes. Results from the DIAB-CORE Cooperation. *Cardiovasc Diabetol*, 11, 120.