

## NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ SỬ DỤNG LIỆU PHÁP INSULIN NỀN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN 199

*Nguyễn Thị Mỹ Lý  
Bệnh viện 199*

DOI: 10.47122/vjde.2021.46.24

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có chỉ định dùng Insulin nền. Đánh giá hiệu quả kiểm soát đường huyết khi sử dụng liệu pháp insulin nền. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu có can thiệp 62 bệnh nhân chẩn đoán ĐTĐ típ 2 có chỉ định điều trị insulin nền tại bệnh viện 199 Bộ công an. Trước khi điều trị liệu pháp insulin nền bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, xét nghiệm đánh giá glucose máu lúc đói, HbA1c, bilan lipit... Tiến hành điều trị liệu pháp insulin nền. Sau 3 tháng đánh giá hiệu quả kiểm soát đường huyết bằng cách khám lâm sàng, xét nghiệm glucose máu lúc đói, HbA1c. thống kê các tham số này, Nghiên cứu mối liên quan bằng thuật toán y học, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS. 20.0. **Kết quả:** Tuổi của nhóm nghiên cứu ghi nhận trung bình là  $58,06 \pm 9,941$  năm, nam giới chiếm tỷ lệ 58,1%. Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ trung bình  $7,98 \pm 3,160$  năm. Bệnh nhân có G0 trung bình là  $11,96 \pm 3,22$  mmol/l, HbA1c trung bình là  $9,46 \pm 1,36$  %, tỷ lệ béo phì là 27,4%, béo phì dạng nam là 46,8 %, và có 66,1% bệnh nhân có tăng huyết áp trong đó có 80,5 % bệnh nhân chưa đạt mục tiêu điều trị. Nồng độ Cholesterol toàn phần là  $5,04 \pm 1,21$  mmol/l, Triglycerid là  $3,2 \pm 2,6$  mmol/l. Có 54,8% bệnh nhân có glucose máu lúc đói đạt mục tiêu, 62,9 % bệnh nhân có HbA1c đạt mục tiêu điều trị theo ADA 2015. 100% bệnh nhân cao tuổi đạt mục tiêu điều trị. Có mối liên quan chặt chẽ giữa tuân thủ điều trị cũng như tuân thủ chế độ ăn với sự kiểm soát đường huyết. Có 33,9 % bệnh nhân sử dụng liệu pháp insulin nền có hạ đường huyết nhẹ, không có trường hợp nào phải nhập viện. Có sự tương quan thuận giữa liều trung bình Insulin / ngày với BMI ( $r=0,812$ ) và thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường ( $r=0,253$ ). **Kết luận:** Sử dụng liệu pháp Insulin nền trong điều trị Đái tháo

đường típ 2 cho kết của tương đối tốt.

**Từ khóa:** *liệu pháp, insulin nền, đái tháo đường*

### ABSTRACT

**Study the therapeutic efficacy of basal insulin therapy in type 2 diabetes at 199 hospital**

*Nguyen Thi My Ly  
199 hospital*

**Objectives:** To evaluate the clinical and subclinical characteristics in patients with type 2 diabetes are basal insulin treatment. **Methods:** This is a prospective study, performed on 62 patients with type 2 diabetes treated at the Endocrinology Department in 199 Hospital between 10/2018 and 9/2019. **Results:** Patients had a mean age of  $58,06 \pm 9,941$  years, the proportion of men than women (58,1% and 41,9%). The mean duration of diabetes was  $7,98 \pm 3,160$  years. The averaged fasting plasma glucose was  $11,96 \pm 3,22$  mmol/l, the HbA1c was  $9,46 \pm 1,36$  %, 27,4 % patients with overweight. After 3 months research, of patients is good blood glucose control with HbA1c  $<7\%$  was 62,9%. **Conclusion:** Using basal insulin therapy treatment for diabetes resulted in fair reduction in HbA1c and fasting plasma glucose.

**Từ khóa:** *basal insulin, therapy, diabetes*  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mỹ Lý

Ngày nhận bài: 09/01/2021

Ngày phản biện khoa học: 09/02/2021

Ngày duyệt bài: 01/04/2021

Email: myly005@yahoo.com.vn

Điện thoại: 0905401996

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong số

những bệnh lý được xem là đại dịch của thế kỷ XXI. Theo Liên đoàn đái tháo đường quốc tế hiện nay có khoảng 415 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, dự báo đến năm 2040 con số này sẽ tăng lên 642 triệu người [18]. Tại Việt Nam, qua các điều tra dịch tễ gần đây cho thấy bệnh ĐTD có khuynh hướng ngày càng gia tăng, được xếp vào hàng những quốc gia có tỷ lệ gia tăng đái tháo đường cao nhất thế giới, năm 2000 Việt Nam có 791.653 người mắc ĐTD và tăng lên 2.342.879 người vào năm 2030. Bệnh đái tháo đường ngày càng gia tăng với tốc độ đáng sợ, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường tại Việt Nam là 5,2% dân số và tỷ lệ tử vong ngày càng gia tăng. Kiểm soát đường huyết tốt cũng như giảm tỷ lệ hạ đường huyết do sử dụng Insulin làm giảm tỷ lệ tử vong cũng như biến chứng của bệnh nhằm giảm thiểu tử vong cũng như tránh tàn phế và nâng cao nâng cao chất lượng cuộc sống.

Tại Việt Nam, có rất nhiều nghiên cứu trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 với các phác đồ điều trị thuốc uống tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá các bệnh nhân sử dụng liệu pháp Insulin nên. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài “**Nghiên cứu kết quả sử dụng liệu pháp Insulin nền trong điều trị ĐTD típ 2 tại Bệnh viện 199**”, nhằm 2 mục tiêu sau:

- *Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân ĐTD típ 2 có chỉ định dùng Insulin nền.*

- *Đánh giá hiệu quả kiểm soát đường huyết khi sử dụng liệu pháp insulin nền.*

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu**

62 bệnh nhân ĐTD típ 2 được điều trị nội trú, ngoại trú tại Bệnh viện 199 Bộ Công An, đã được chẩn đoán ĐTD típ 2 và có chỉ định điều trị liệu pháp insulin nền, thời gian từ tháng 10 /2018 đến tháng 08 /2019.

Chẩn đoán ĐTD theo ADA 2015, phân loại ĐTD típ 2 theo TCYTTG 2002

Tiêu chuẩn loại trừ: Có các biến chứng nặng như hôn mê, nhiễm khuẩn, đái máu đại thể, mất nước cấp. Những bệnh nhân rối loạn tâm thần, phụ nữ có thai, không làm đủ các xét nghiệm, chỉ tiêu nghiên cứu, bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu tiền cứu, có can thiệp. Các thông tin tuổi, giới, tiền sử hút thuốc lá, thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường được thu thập. Khám lâm sàng đo các chỉ số nhân trắc, chiều cao, cân nặng, vòng bụng, vòng hông, đánh giá béo phì của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2000 dành cho người trưởng thành châu Á [7],[19].

Chẩn đoán béo phì dạng nam theo WHO 2008 đối với người Châu Á. Đo huyết áp động mạch, đánh giá tăng huyết áp dựa vào khuyến cáo chẩn đoán- điều trị- phòng THA 2015 của phân hội tăng huyết áp Hội tim mạch Việt Nam [3].

Xét nghiệm glucose máu lúc đói, huyết sắc tố A1c, đánh giá mức kiểm soát đường huyết theo khuyến cáo ADA 2015. Xét nghiệm Bilanlipid máu, đánh giá rối loạn lipid máu dựa vào khuyến cáo năm 2008 của Hội tim mạch học Việt nam [5].

Điều trị liệu pháp insulin nền. Lựa chọn 1 trong hai phác đồ sau:

- Insulin nền + 01loại thuốc viên uống.
- Insulin nền + hai loại thuốc viên uống.

Theo dõi, đánh giá điều trị.

Sau 3 tháng điều trị kiểm tra lại lâm sàng và các xét nghiệm.

### **2.3. Xử lý số liệu**

Phân tích thống kê được thực hiện bằng SPSS, phiên bản 20.0. Dữ liệu được thể hiện dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (SD), đánh giá sự khác biệt bằng thống kê kiểm định Test Student Fischer (t-test). Giá trị p hai phía là 0,05 được xem là có ý nghĩa.

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1.** Đặc điểm các yếu tố

<b>Đặc điểm</b>	<b>Trung bình</b>
Tuổi (năm)	58,06 ± 9,941
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24,278 ± 2,485
VB (cm)	84,90 ± 4,44
Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ (năm)	7,98 ± 3,160
Triglycerid (mmol/l)	3,2 ± 2,6
Cholesterol TP (mmol/l)	5,04 ± 1,21
HATT	147,5 ± 21,05
HATTr	90,4 ± 13,52
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	11,96 ± 3,22
HbA1c %	9,46 ± 1,36

**Bảng 3.2.** Các liệu pháp insulin nền được sử dụng

<b>Liệu pháp</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Một mũi nền + Hai loại thuốc viên uống.	34	54,8
Một mũi nền + Một loại thuốc viên uống.	28	45,2
<b>Tổng</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Có 34 trường hợp chiếm tỷ lệ 54,8% bệnh nhân sử dụng Insulin nền phối hợp hai loại thuốc viên uống

**Bảng 3.3.** Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1c theo ADA 2015

	<b>Mức</b>	<b>Lần 1</b>		<b>Lần 2</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
G0 (mmol/l)	<7,2	2	3,2	34	54,8
	≥ 7,2	60	96,8	28	45,2
HbA1c (%)	< 7	0	0	39	62,9
	≥ 7	62	100	23	37,1

Lần 1 có 2 trường hợp glucose máu lúc đói <7,2 mmol/l chiếm 3,2 %, không có trường hợp nào kiểm soát được HbA1c < 7%. Lần 2 sau điều trị có 62,9 % đạt HbA1c < 7%.

**Bảng 3.4.** Các yếu tố liên quan đến sự kiểm soát glucose máu sau 3 tháng theo ADA 2015

<b>Yếu tố nguy cơ</b>		<b>HbA1c (%) Lần 2(n=62)</b>		<b>Tổng (n=62)</b>
		<b>&lt; 7</b>	<b>≥ 7</b>	
Tuổi	< 65 năm	38	15	53
	≥ 65 năm	1	8	9
	OR (95% KTC); p	0,049 (0,006 – 0,429); 0,006		
Hút thuốc lá	Có hút thuốc lá	9	13	22
	Không hút thuốc lá	30	10	40
	OR (95% KTC); p	4,333 (1,427 – 13,163); 0,01		
Bệnh kèm	Không, hoặc có 1 bệnh kèm	29	9	38

	Có hai bệnh kèm trở lên	10	14	24
	OR (95% KTC); p	0,222 (0,074 – 0,668); 0,007		
Tuân thủ chế độ ăn	Tuân thủ tốt	31	10	41
	Tuân thủ không tốt	8	13	21
	OR (95% KTC); p	0,342 (0,117 – 0,995); 0,049		
Tuân thủ điều trị	Tuân thủ tốt	33	10	43
	Tuân thủ không tốt	6	13	19
	OR (95% KTC); p	7,150 (2,157 – 23,702); 0,001		
Liệu pháp điều trị	Một loại thuốc viên uống + một mũi nền	5	29	34
	Hai loại thuốc viên uống + một mũi nền	16	12	28
	OR (95% KTC); p	7,733 (2,309 – 25,900); 0,01		

Ở nhóm tuổi  $\geq 65$  năm, hút thuốc lá, có 2 bệnh kèm trở lên làm giảm hiệu quả đạt HbA1c mục tiêu với  $p < 0,05$ . Tuân thủ chế độ ăn tốt, tuân thủ chế độ điều trị làm tăng hiệu quả đạt HbA1c mục tiêu với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.5.** Kiểm soát đường huyết cho bệnh nhân người cao tuổi ( $\geq 65$  tuổi) của Hội ĐTD Hoa kỳ và Hội Lão Khoa Hoa Kỳ 2015.

	Mức HbA1c	Tuổi $\geq 65$ năm (1)	Bệnh kèm (2)	ĐTD $\geq 10$ năm (3)	1+2+3
Lần 1	$<7$	0	0	0	0
	7-8,4	1(11,1%)	17(34,7%)	3(23,1%)	0
	$\geq 8,5$	8 (88,9%)	32(65,3%)	10(76,9%)	8(100%)
Lần 2	$<7$	1(11,1%)	29(59,2%)	6(46,2%)	2(25%)
	7-8,4	8 (88,9%)	18 (36,7%)	7(53,8%)	6(75%)
	$\geq 8,5$	0	2 (4,1%)	0	0

Với độ tuổi  $\geq 65$  năm mức kiểm soát đường huyết mục tiêu với HbA1c  $< 8,5\%$  lần 1 là 1, lần 2 là 100%. Với đối tượng có bệnh kèm theo mức kiểm soát đường huyết mục tiêu với HbA1c  $< 8,4\%$  lần 1 là 34,7% lần 2 là 36,7%. Với đối tượng có thời gian mắc bệnh ĐTD  $\geq 10$  năm có mức kiểm soát đường huyết mục tiêu với HbA1c  $< 8,4\%$  lần 1 là 23,1% lần 2 là 100%.

**Bảng 3.6.** Tương quan giữa tổng liều insulin trung bình trong ngày và một số yếu tố

Tổng liều Insulin trong ngày		
Các yếu tố	r	p
BMI	0,812	$<0,01$
Tuổi	0,263	$<0,05$
Thời gian ĐTD	0,253	$<0,05$
HbA1c	0,375	$<0,01$
Go	0,111	$>0,05$

Tổng liều insulin trung bình trong ngày tương quan thuận mức độ vừa với thời gian phát hiện đái tháo đường ( $r= 0,253$ ), tuổi ( $r=0,263$ ), HbA1c ( $r=0,375$ ) tương quan thuận mức độ nhiều với BMI ( $r=0,812$ ,  $n=62$ ) có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.7.** Hạ đường huyết trong 3 tháng điều trị.

Hạ Đường huyết	N(62)	%
Không hạ đường huyết	41	66,1
Có hạ đường huyết, tự xử trí tại nhà	21	33,9
Nhập viện điều trị	0	0
Tổng	62	100

Tỷ lệ hạ đường huyết trong quá trình điều trị liệu pháp Insulin nên là 33,9%. Trong đó không có trường hợp nào phải nhập viện điều trị.

**Bảng 3.8.** Các yếu tố liên quan đến hạ đường huyết trong điều trị.

Yếu tố nguy cơ		Hạ đường huyết		Tổng (n=62)
		Có	Không	
Tuổi	< 65 năm	15	38	53
	≥ 65 năm	6	3	9
	OR(95% KTC); p	5,067 (1,120- 22,919); 0,035		
Bệnh kèm	Không, hoặc có 1 bệnh kèm	9	29	38
	Có hai bệnh kèm trở lên	12	12	24
	OR(95% KTC); p	3,222 (1,078- 9,634); 0,036		
Liệu pháp điều trị	Một loại thuốc viên uống + một mũi nền	5	29	34
	Hai loại thuốc viên uống + một mũi nền	16	12	28
	OR(95% KTC); p	7,733 (2,309 – 25,900); 0,01		

BN ở độ tuổi ≥65 năm, hoặc bệnh nhân có từ hai bệnh kèm tăng nguy cơ hạ đường huyết với  $p < 0,05$ . Dùng hai loại thuốc viên uống kết hợp insulin nền làm tăng nguy cơ hạ đường huyết hạ lên gấp 7,733 lần so với nhóm dùng một loại thuốc viên kết hợp với insulin nền với  $p < 0,01$ .

**4. BÀN LUẬN**

Qua kết quả nghiên cứu trên 62 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có chỉ định điều trị insulin nền đến khám và điều trị tại bệnh viện 199 từ tháng 10 năm 2018 đến tháng 8 năm 2019, cho thấy có 54,8% bệnh nhân được sử dụng phác đồ: một mũi insulin nền kết hợp một loại thuốc viên uống. Ngày nay cá nhân hóa trong điều trị là yêu cầu bắt buộc trong điều trị với bệnh nhân ĐTĐ típ 2, việc chọn lựa phác đồ sử dụng đơn giản, dễ tuân thủ điều trị hay dựa vào việc kiểm soát glucose máu mục tiêu từng đối tượng cụ thể, lấy bệnh nhân làm trung tâm bởi họ là người quyết định chủ yếu trong sự thành

công của việc theo dõi và kiểm soát đường huyết của mình. Thực tế cho thấy, trong nghiên cứu của chúng tôi insulin nền phối hợp với một loại thuốc viên được sử dụng nhiều hơn và điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới về khởi trị insulin nền. Nghiên cứu Galani V, Patel HM trên 45 bệnh nhân lựa chọn ngẫu nhiên, tác giả thấy rằng lựa chọn Insulin phối hợp thuốc viên khi khởi trị Insulin nền cho kết quả kiểm soát đường huyết tốt hơn [13].

Đã có nhiều bằng chứng cho thấy kiểm soát tối ưu đường huyết làm giảm tử vong và tàn phế cho bệnh nhân ĐTĐ.

Giá trị glucose máu khi đói trong nghiên cứu của chúng tôi là  $11,96 \pm 3,22$  mmol/l, sau 3 tháng điều trị là  $7,35 \pm 1,20$  mmol/l. Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát glucose máu khi đói đạt mục tiêu trước và sau 3 tháng điều trị lần lượt là 1,6% và 56,5%. Giá trị HbA1c trung bình ban đầu, sau 3 tháng lần lượt là  $9,46 \pm 1,36$  % và  $9,46 \pm 1,36$  %.

Theo ADA 2015, HbA1c đạt mục tiêu khi HbA1c < 7% thì tỷ lệ kiểm soát HbA1c đạt mục tiêu sau 3 tháng điều trị của chúng tôi là 62,9 %.

Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hải Thủy và cộng sự, nồng độ HbA1c được đánh giá theo cả 3 mức độ: Tốt (HbA1c < 6,5%), chấp nhận (6,6-7,5%) và kém (>7,5%). So sánh với nghiên cứu của Tác giả Galani V, Patel HM kiểm soát HbA1c đạt 26%, thì nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả cao hơn.

Từ trước đến nay, vấn đề kiểm soát glucose máu luôn luôn được quan tâm hàng đầu và cũng chính là một áp lực rất lớn không chỉ là đối với bản thân người bệnh mà còn đối với chính bản thân nhân viên y tế. Tuy nhiên gần đây các khuyến cáo cần cá nhân hóa trong điều trị ĐTĐ típ 2. Nên mục tiêu kiểm soát glucose máu khác nhau giữa các đối tượng bệnh nhân.

Theo khuyến cáo của Hội ĐTĐ Hoa kỳ và Hội lão khoa Hoa Kỳ 2015, kiểm soát HbA1c cho bệnh nhân người cao tuổi  $\geq 65$  tuổi, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 9 trường hợp trên 65 tuổi, kiểm soát glucose máu đạt mục tiêu với HbA1c từ 7-8,4% đạt 88,9 %, có 1 trường hợp HbA1c < 7% chiếm tỷ lệ 11,1%. Điều này cho chúng ta thấy điều trị liệu pháp Insulin nên ở người cao tuổi làm giảm nguy cơ hạ đường huyết, kiểm soát tốt glucose máu.

Theo Nguyễn Thanh Mạnh, Nguyễn Hải Thủy (2008) nghiên cứu trên 122 bệnh nhân ĐTĐ người cao tuổi trong đó có 35 bệnh nhân sử dụng Insulin tỷ lệ kiểm soát đường máu tốt 31,42%, thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

Sự kiểm soát glucose máu phụ thuộc vào việc tuân thủ chế độ ăn, chế độ điều trị, kiểm tra glucose máu thường xuyên, điều chỉnh liều insulin thích hợp. Đối với những bệnh nhân

lớn tuổi, thường có nhiều bệnh kèm theo không đòi hỏi kiểm soát đường huyết quá tích cực.

Liều trung bình insulin / ngày tương quan thuận thời gian phát hiện ĐTĐ với  $r = 0,253$ ,  $p < 0,05$ . Tế bào beta hủy hoại dần theo thời gian kết hợp với tuổi làm cho bệnh nhân phụ thuộc vào insulin ngoại sinh. Thời gian phát hiện ĐTĐ càng dài càng làm tăng liều insulin. Thời gian trì hoãn việc sử dụng insulin trong một số nghiên cứu trung bình 7-8 năm. Vì vậy việc sử dụng insulin nên cho bệnh nhân ĐTĐ típ 2 nên được tiến hành sớm.

BMI càng cao đồng nghĩa với sự gia tăng tình trạng đề kháng insulin, có sự tương quan thuận giữa liều trung bình Insulin / ngày với BMI có hệ số  $r = 0,812$ ,  $p < 0,01$  chính vì vậy lựa chọn sớm liệu pháp insulin nên nhằm kiểm soát glucose máu tốt hơn ở những bệnh nhân béo phì.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21/62 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 33,9% có hạ đường huyết nhẹ, tự xử trí tại nhà không có trường hợp nào hạ đường huyết phải nhập viện điều trị. So sánh với các nghiên cứu khác nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ hạ đường huyết rất thấp, như nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Thọ nghiên cứu trên 66 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 sử dụng Insulin tăng cường có 90,9% bệnh nhân có triệu chứng hạ đường huyết nhẹ tự xử trí tại nhà, 10% bệnh nhân hạ đường huyết phải nhập viện. So sánh với tác giả Riddle và cộng sự (2014) nghiên cứu trên 588 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 theo dõi trong 1 năm khi sử dụng liệu pháp insulin tăng cường thì tỷ lệ có hạ đường huyết là 72% [15].

Hạ đường huyết là yếu tố quan trọng trong điều trị bệnh ĐTĐ típ 2. Nếu không phát hiện kịp thời, điều trị không đúng cách có thể gây tử vong hoặc tàn phế. Điều trị liệu pháp insulin nên làm giảm khả năng hạ đường huyết khi khởi trị Insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hạ đường huyết ở nhóm bệnh nhân sử dụng hai loại thuốc viên và insulin nên chiếm 76,2% trên tổng số bệnh nhân hạ đường huyết, tuy nhiên hạ đường huyết ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi là hạ đường huyết nhẹ. Sử dụng hai

loại thuốc viên và insulin nên làm tăng nguy cơ hạ đường huyết.

Bên cạnh đó, tuổi lớn, tự chăm sóc bản thân cũng có nguy cơ hạ đường huyết, những người quá lớn tuổi, thường có nhiều bệnh kèm không đòi hỏi kiểm soát đường huyết quá tích cực. Nghiên cứu DCCT và UKPDS nhận thấy sự gia tăng biến cố hạ đường huyết nặng khi điều trị tích cực ở nhóm bệnh nhân ngoại trú. Ước tính mỗi người bệnh đái tháo đường điều trị bằng insulin có nguy cơ bị 0.5-1.0 cơn hạ đường huyết nặng hàng năm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm tuổi  $\geq 65$  tuổi tăng nguy cơ hạ đường huyết trên 5 lần, chính vì vậy mục tiêu kiểm soát đường huyết đối với người cao tuổi nên thực hiện theo khuyến cáo của Hội ĐTĐ Hoa kỳ và Hội lão khoa Hoa kỳ.

Mặt khác bệnh nhân có bệnh kèm theo cũng tăng nguy cơ hạ đường huyết, trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh nhân có hai bệnh kèm trở lên nguy cơ hạ đường huyết tăng lên gấp 3 lần so với nhóm chỉ một bệnh kèm hoặc không có bệnh kèm.

Như vậy lựa chọn insulin nên mặc dù có xảy ra hạ đường huyết trong quá trình điều trị, nhưng với sự theo dõi, chăm sóc, giáo dục cho bệnh nhân đái tháo đường tốt làm giảm tần suất hạ đường huyết nặng trong quá trình điều trị Insulin nên.

## 5. KẾT LUẬN

Tuổi của nhóm nghiên cứu ghi nhận trung bình là  $58,06 \pm 9,941$  năm, nam giới chiếm tỷ lệ 58,1%. Hút thuốc lá là 32,3 %, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ trung bình  $7,98 \pm 3,160$  năm, tỷ lệ béo phì là 27,4%, béo phì dạng nam là 46,8 %, và có 66,1% bệnh nhân có tăng huyết áp trong đó có 80,5 % bệnh nhân chưa đạt mục tiêu điều trị. Nồng độ Cholesterol toàn phần là  $5,04 \pm 1,21$ mmol/l, Triglycerid là  $3,2 \pm 2,6$  mmol/l.

Có 54,8% bệnh nhân có glucose máu lúc đói đạt mục tiêu, 62,9 % bệnh nhân có HbA1c đạt mục tiêu điều trị theo ADA 2015. 100% bệnh nhân cao tuổi đạt mục tiêu điều trị. Có mối liên quan chặt chẽ giữa tuân thủ điều trị cũng như tuân thủ chế độ ăn với sự kiểm soát

đường huyết. Có 33,9 % bệnh nhân sử dụng liệu insulin nên có hạ đường huyết nhẹ, không có trường hợp nào phải nhập viện.

Sau cùng có sự tương quan thuận giữa liều trung bình Insulin / ngày với BMI ( $r=0,812$ ) và thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường ( $r=0,253$ ).

Như vậy, khởi trị insulin sớm ở những bệnh nhân thất bại khi sử dụng thuốc viên là vấn đề cần thiết.

Lựa chọn sớm liệu pháp insulin nên nhằm kiểm soát tốt glucose máu, nhằm giảm biến chứng bệnh. Bên cạnh đó, giảm nguy cơ hạ đường huyết. Giáo dục sử dụng Insulin và các biện pháp liên quan đến hạ đường huyết cho bệnh nhân và thân nhân của bệnh nhân đái tháo đường.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Cẩm và cộng sự (2014), “Đánh giá kiểm soát một số chỉ số lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện nội tiết Nghệ an”, Kỷ yếu hội nghị nội tiết - Đái tháo đường- Rối loạn chuyển hóa miền trung mở rộng lần thứ IX, tr. 47-57.
2. Trần Thị Kiều Diễm, Nguyễn Thị Nhạn (2014), “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân Đái tháo đường típ 2 được sử dụng liệu pháp Insulin”, Kỷ yếu hội nghị nội tiết - Đái tháo đường- Rối loạn chuyển hóa miền trung mở rộng lần thứ IX, tr. 142- 153.
3. Huỳnh Văn Minh (2015), “Một số điểm chính về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp 2015”, Cập nhật tim mạch học, số đặc biệt, tr. 8-12.
4. Trần Quang Nam(2016), Lựa chọn điều trị Insulin tăng cường cho đái tháo đường typ 2: cơ sở và bằng chứng. Vietnam Novo Nordisk Diabetes Update- VNDU 6th. Đà Lạt.
5. Đặng Vạn Phước, Phạm Tử Dương, Vũ Đình Hải và cộng sự (2010) “Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về: Rối loạn lipid máu”, Chuyên đề Tim mạch học, 31(11), tr. 1-14.
6. Trần Thị Chương Phương (2014), “Đánh

- giá kiểm soát đái tháo đường theo khuyến cáo ADA 2011 trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 ngoại trú”, Kỷ yếu hội nghị nội tiết - Đái tháo đường- Rối loạn chuyển hóa miền trung mở rộng lần thứ IX, tr. 214-221.
7. Đỗ Trung Quân (2011), “ Bệnh béo phì”, Bệnh nội tiết chuyển hóa, NXB Giáo dục, tr. 313- 323.
  8. Hoàng Ngọc Thọ (2017), “Đánh giá kết quả liệu pháp Insulin tăng cường trên bệnh nhân Đái tháo đường typ 2”, Kỷ yếu hội nghị nội tiết - Đái tháo đường- Rối loạn chuyển hóa miền trung mở rộng lần thứ IX, tr. 45- 46.
  9. Nguyễn Hải Thủy (2015),” Cập nhật liệu pháp Insulin trong điều trị Đái tháo đường typs 2”, Tạp chí Nội tiết Đái tháo đường, 16, tr. 10-22.)
  10. Allison Petznick (2011), Insulin Management of Type 2 Diabetes Mellitus, American Family Phisicians, 84(2), pp.183-190.
  11. American Diabetes Association (2015),” Classification and Diagnosis of Diabetes”, Diabetes Care, 38(1), pp. 8-16.
  12. Faraj F.K. (2010), Cardiovascular complications of diabetes mellitus, MD theses at the Royal College of surgeons in Ireland, pp. 66-100.
  13. Galani V, Patel HM. Comparism of metformin and insulin monotherapy with combined metformin and insulin therapy in patients of type 2 diabetes with HbA1c >7%.Int J Pharm Biol Arch. 2011;2:563–568.
  14. Kaveeshwar S.A., Comwall J. (2014), “The current state of diabetes mellitus in India”, Australas Medical Journal, 7 (1), pp. 45-48.
  15. Riddle M.C et al (2014), Randomized,1-year comparision of three ways to initiate and advance insulin for type 2 diabetes: twice- daily premixed insulin vesus basal insulin with either basal- plus one prandial insulin or basal- bolus up to three prandial inectión, Diabetes, Obesity and Metabolism, 16, pp.396-402.
  16. Tsujimoto Tetsuro, Kajio Hiroshi, Takahashi Yoshihiko, et al (2011), “Asymptomatic coronary heart disease in patients with type 2 diabetes with vascular complications: a cross-sectional study”, BMJ Open, 139(1), pp. 1-7.
  17. Tucker M.E. (2015), “IDF Atlas: About 415 Million Adults Worldwide Have Diabetes”, Medscape multispecialty.
  18. Viswanathan Vijay, Ranjan Samriddhi (2016), “Diabetes - An ancient disease, epidemic & an economic burden for the present era”, Indian Journal of Medical Research, 143(4), pp. 389- 391.
  19. World health Organization (2000), Redefining obesity and its treatment, pp.15-19.