

TÌNH HÌNH QUẢN LÝ NGƯỜI CAO TUỔI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT NGHỆ AN NĂM 2024

TÓM TẮT

Trần Thị Khuyên¹, Lê Trần Hoàng^{1*}, Nguyễn Thị Bảo Yến²

Mục tiêu: Mô tả tình hình quản lý người cao tuổi mắc đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An năm 2024.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 355 bệnh án người bệnh bị đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An từ tháng 8 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy 100% người bệnh đều được lập hồ sơ bệnh án theo dõi chặt chẽ. Tỷ lệ xuất hiện biến chứng lên tới 93,2%, với 75,7% dùng đa trị liệu và 68,7% phải tiêm insulin. Mặc dù mục tiêu huyết áp được kiểm soát tốt (79,2%), nhưng việc tỷ lệ người bệnh kiểm soát đường huyết vẫn là một thách thức đáng lo ngại khi 52,7% người bệnh kiểm soát HbA1c kém và 39,7% kiểm soát đường huyết lúc đói kém. Nhìn chung, dù quy trình quản lý hành chính và tuân thủ tái khám đang vận hành rất tốt, chất lượng kiểm soát đường huyết ở nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh lâu năm vẫn đòi hỏi những chiến lược điều trị cá thể hóa và quyết liệt hơn nữa.

Kết luận: Công tác quản lý hành chính và tỷ lệ tuân thủ điều trị ngoại trú của người bệnh đang đạt mức tối ưu. Tuy nhiên, gánh nặng biến chứng do thời gian mắc bệnh kéo dài làm hạn chế đáng kể hiệu quả kiểm soát đường huyết thực tế. Thực trạng này đặt ra yêu cầu cấp thiết phải tăng cường các chiến lược can thiệp lâm sàng cá thể hóa và quyết liệt hơn..

Từ khóa: Tình hình quản lý, người cao tuổi, đái tháo đường típ 2, 2024

CURRENT MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN OLDER ADULTS AT NGHE AN ENDOCRINOLOGY HOSPITAL IN 2024

ABSTRACT

Objectives: To describe the management status of older adults with diabetes mellitus treated at Nghe An Endocrinology Hospital in 2024.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 355 medical records of outpatients with type 2 diabetes mellitus at Nghe An Endocrinology Hospital from August 2024 to March 2025.

Results: The study showed that 100% of patients had closely monitored medical records. The prevalence of complications reached 93.2%, with 75.7% of cases using polytherapy and 68.7% requiring insulin injections. Although blood pressure targets were well-controlled (79.2%), the rate of glycemic control remains a concerning challenge, as 52.7% of patients demonstrated poor HbA1c control and 39.7% showed poor fasting blood glucose control. Overall, while administrative management and follow-up adherence (97.7% completing 12 months of treatment) are functioning optimally, the quality of glycemic control in older adults with long-standing disease still necessitates more personalized and intensive therapeutic strategies.

Conclusion: Administrative management and outpatient treatment adherence rates are reaching optimal levels. However, the burden of complications due to prolonged disease duration significantly limits the actual effectiveness of glycemic control. This situation poses an urgent need to strengthen more personalized and aggressive clinical intervention strategies.

Keywords: Disease management; older adults; type 2 diabetes mellitus; 2024.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường đang là một trong những đại dịch không lây nhiễm toàn cầu, với tốc độ gia tăng nhanh, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), bệnh tiểu đường trên toàn thế giới năm 2024 khoảng 589 triệu người mắc (từ 20-79 tuổi), trong đó 81% người mắc bệnh sống ở nước thu nhập thấp hoặc trung bình [1]. Đến năm 2025 khoảng 830 triệu người trên toàn thế giới mắc bệnh tiểu đường trong đó 11,1% mắc đái tháo đường type 2.[2] Tỷ lệ mắc đái tháo đường tăng dần theo tuổi, đặt ra một gánh nặng khổng lồ lên hệ thống y tế toàn thế giới. Theo thống kê tại Hội nghị nội tiết, Việt Nam có khoảng 7 triệu người mắc Đái tháo đường năm 2024 trong

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

2. Bệnh viện Nội tiết Nghệ An

*Tác giả liên hệ: Lê Trần Hoàng

Email: letranhoang3697@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/10/2025

Ngày phản biện: 4/3/2026

Ngày duyệt bài: 10/3/2026

đó hơn 55% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đã gặp phải các biến chứng của bệnh [3]. Điều đáng lo ngại, đái tháo đường thường đi kèm với nhiều bệnh lý đồng mắc (như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, suy tim) và các biến chứng mạn tính (như biến chứng thần kinh, thận, mắt) đã tiến triển. Việc quản lý đái tháo đường ở người cao tuổi kể cả điều trị nội trú và ngoại trú trở nên phức tạp do đa dạng về mục tiêu điều trị, nguy cơ hạ đường huyết cao hơn, khả năng tuân thủ điều trị kém hơn do suy giảm nhận thức hoặc đa thuốc [4].

Nghiên cứu của Nguyễn Đức Hải năm 2024 khẳng định sự cần thiết của việc quản lý và tầm soát bệnh nhân đái tháo đường có các bệnh lý kèm theo là biện pháp hữu hiệu nhất để cải thiện sức khỏe cộng đồng [5]. Mặc dù vai trò của công tác quản lý đã được khẳng định, nhưng thực tiễn mỗi địa phương thường có những đặc thù riêng về nguồn lực y tế và đặc điểm nhân khẩu học. Tại Nghệ An, mặc dù mạng lưới nội tiết đã có những bước tiến đáng kể, song vẫn tồn tại khoảng trống trong việc đánh giá định lượng hiệu quả quản lý thực tế trên nhóm bệnh nhân cao tuổi tại tuyến chuyên khoa tỉnh. Trước thực tế đó, vấn đề đặt ra là công tác quản lý, điều trị người cao tuổi mắc đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết hiện nay như thế nào? Có cần điều chỉnh gì không? Những yếu tố nào ảnh hưởng đến công tác quản lý này?

Từ thực tiễn đó, việc nghiên cứu thực trạng công tác quản lý người cao tuổi mắc đái tháo đường tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An là vô cùng cấp thiết. Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá toàn diện các khía cạnh của công tác quản lý hiện nay, từ đó đề xuất các giải pháp thiết thực và phù hợp nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tình hình quản lý người cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 được quản lý, điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An năm 2024” với mục tiêu: “Mô tả tình hình quản lý người cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 được quản lý, điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An năm 2024”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, đối tượng và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa khám bệnh Tầng 1- Nhà A- Bệnh viện Nội tiết Nghệ An.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án của người bệnh đái tháo đường típ 2 được quản lý điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An năm 2024

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh án:

Bệnh án các đối tượng 60 tuổi trở lên đồng ý tham gia được chẩn đoán đái tháo đường típ 2 đang điều trị ngoại trú và được quản lý tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An.

Tiêu chí loại trừ bệnh án:

- Không chọn bệnh án từ đối tượng mắc bệnh cấp tính nặng, mắc bệnh tâm thần, không đồng ý sử dụng bệnh án cho nghiên cứu. Không chọn bệnh án thiếu các thông tin cần thu thập

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2024 đến tháng 03/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang thu thập trên bệnh án của bệnh nhân.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu mô tả cắt ngang:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần có

Z: Hệ số giới hạn tin cậy, $Z = 1,96$ ($\alpha = 0,05$)

p: Tỷ lệ người bệnh được quản lý bệnh ĐTD

d: Sai số mong muốn

Theo nghiên cứu của Phạm Thị Cà (2020) tỉ lệ người bệnh được quản lý tại TTYT thị xã Long Giang (Hậu Giang) là 63,7% [6]. Chọn $d = 0,05$

Thay vào công thức tính cỡ mẫu, ta tính được $n = 355$

* Bệnh án: Chọn bệnh án của những người cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 được chọn vào nghiên cứu (355 bệnh án).

b. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu dựa trên các bệnh nhân đã chọn đến khi đủ số lượng 355 bệnh án thì dừng lại.

2.2.3. Các biến số và chỉ số trong nghiên cứu

2.2.3.1. Chỉ số nghiên cứu

- Nhóm chỉ số về hoạt động quản lý: Tỷ lệ về thời gian điều trị tại bệnh viện được lập hồ sơ bệnh án. Tỷ lệ số lượt người được kiểm soát đường huyết. Tỷ lệ loại đơn thuốc điều trị và điều trị bằng insulin. Tỷ lệ bệnh nhân đi khám định kỳ. Tỷ lệ bệnh nhân được tư vấn/ hướng dẫn về chế độ dùng thuốc, theo dõi đường huyết, chế độ dinh dưỡng, chế độ thể dục, thay đổi thói quen. Tỷ lệ người bệnh đạt mục tiêu về điều trị THA.

- Nhóm chỉ số về lâm sàng và cận lâm sàng: Tỷ lệ các loại biến chứng/bệnh mạn đi kèm. Tỷ lệ đạt về

huyết áp. Đánh giá các chỉ số cận lâm sàng: Tỷ lệ kiểm soát tốt về các chỉ số Glucose máu lúc đói, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, HDL-C, HbA1c.

2.2.3.2. Biến số nghiên cứu

* Nhóm biến số về hoạt động quản lý: Bệnh nhân được theo dõi định kì. Thời gian điều trị tại bệnh viện được lập hồ sơ bệnh án. Các loại đơn thuốc điều trị và điều trị bằng insulin.

Nhóm biến số về lâm sàng và cận lâm sàng: Theo dõi các biến chứng/bệnh mạn đi kèm. Kiểm soát tốt về các chỉ số HbA1c, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, HDL-C và huyết áp. Bệnh nhân có biến chứng và được tư vấn về chế độ thể dục, chế độ ăn, theo dõi đường huyết, chế độ dùng thuốc và thay đổi thói quen

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

* Phương pháp thu thập

Điều tra viên: học viên là nghiên cứu viên chính tham gia thu thập trực tiếp và tuyển thêm điều tra viên khác là các bác sĩ khám bệnh có kinh nghiệm tham gia điều tra, thu thập số liệu và được tập huấn điều tra trước khi thực hiện.

Căn cứ theo danh sách bệnh nhân thu thập số thứ cấp từ hồ sơ bệnh án của toàn bộ 355 người bệnh thuộc đối tượng nghiên cứu gồm các thông tin về chỉ số cận lâm sàng, thời gian khám định kì, tuân thủ chế độ tư vấn, các loại biến chứng/bệnh mạn đi kèm.

* Công cụ thu thập số liệu

Sử dụng hồ sơ bệnh án của bệnh nhân để thu thập số liệu. Gồm 355 hồ sơ bệnh án câu hỏi được xây dựng dựa trên nội dung và mục tiêu nghiên cứu bao gồm các chỉ số cần thu thập từ bệnh án: Xét nghiệm theo định kì. Biến chứng của ĐTĐ. Bệnh nhân được tư vấn về chế độ thể dục, chế độ

ăn. Tuân thủ điều trị bệnh. THA ở đối tượng nghiên cứu. Chỉ số cận lâm sàng: Glucose máu lúc đói, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, HDL-C, HbA1c, ..

2.2.5. Xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu: sau khi thu thập, số liệu được làm sạch ngay sau đó. Số liệu được nhập bằng phần mềm quản lý số liệu Epidata 3.1.

- Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 theo các thuật toán thống kê y học: trung bình, độ lệch chuẩn cho biến định lượng và tần số, tỷ lệ phần trăm cho biến định tính

2.2.6. Sai số và khống chế sai số

2.2.6.1. Sai số

- Sai số trong quá trình điều tra viên chưa nắm rõ về các số liệu cần thu thập trong bệnh án có thể chưa sát với thực tế. Việc nhập liệu có thể sai sót. Bệnh án có thể thiếu dữ liệu thu thập

2.2.6.2. Biện pháp khống chế sai số

- Lựa chọn các bệnh án đạt tiêu chuẩn. Đối chiếu dữ liệu giữa các nguồn (sổ khám bệnh, phiếu xét nghiệm,...). Tiến hành thu thập số liệu chéo. Điều tra viên được tập huấn và thống nhất về phương pháp trước khi điều tra. Số liệu được làm sạch và nhập 2 lần.

2.2.7. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học của Trường Đại học Y Dược Thái Bình (Quyết định số 1285/QĐ-YDTB ngày 12/7/2024).

- Đề tài được sự đồng ý của Bệnh viện Nội tiết Nghệ An. Việc dùng bệnh án của đối tượng nghiên cứu đã chọn là được xin phép và cho phép bởi người có thẩm quyền tại bệnh viện.

- Thông tin về cá nhân của đối tượng thu thập từ bệnh án sẽ được cam đoan giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

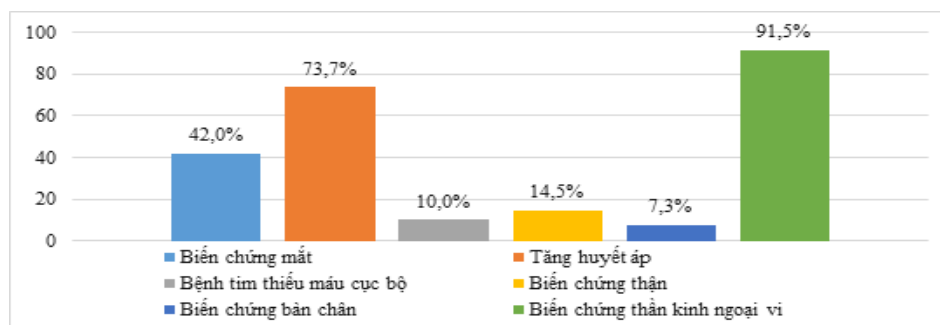
3.1. Đặc điểm điều trị bệnh

Bảng 3.1. Đặc điểm điều trị bệnh của ĐTNC (n= 355)

Đặc điểm điều trị bệnh		Số lượng	Tỷ lệ %
Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	55	15,5
	Từ 5 năm trở lên	300	84,5
Biến chứng	Có	331	93,2
	Không	24	6,8

Bảng 3.1 cho thấy người cao tuổi mắc ĐTĐ có thời gian mắc bệnh trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao 84,5% và 93,2% người bệnh đã có biến chứng của bệnh ĐTĐ.

3.2. Khám tầm soát và chẩn đoán



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người bệnh được quản lý các biến chứng/ bệnh mạn tính đi kèm ĐTĐ típ 2

Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ mắc biến chứng thần kinh ngoại vi cao nhất (91,5%), tăng huyết áp (73,7%), ít gặp nhất là biến chứng bàn chân 7,3% và bệnh tim thiếu máu cục bộ 10%.

3.3. Lập hồ sơ bệnh án (HSBA), sổ theo dõi điều trị ngoại trú và thực hiện quy định quản lý

Bảng 3.2 Tỷ lệ người bệnh đến khám được lập HSBA theo dõi và thực hiện quy định quản lý thông tin (n=355)

Người bệnh được lập hồ sơ bệnh án	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có lập hồ sơ bệnh án	355	100
Không được lập hồ sơ bệnh án	0	0
Tổng	355	100

Bảng 3.2 cho thấy 100% người bệnh cao tuổi mắc ĐTĐ đều được lập HSBA theo dõi và quản lý thông tin đầy đủ như lưu giữ thông tin, có sổ khám bệnh đầy đủ, lưu trữ thông tin.

Bảng 3.3. Thời gian điều trị tại bệnh viện của người bệnh trong năm 2024 (n=355)

	Số tháng điều trị tại Bệnh viện năm 2024				Tổng
	Không đủ 12 tháng		Đủ 12 tháng		
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
<5 năm	5	9,1	50	90,9	55
≥ 5 năm	3	3,0	297	99,0	300
Tổng	8	2,3	347	97,7	355

Bảng 3.3 cho thấy 97,7% người bệnh điều trị đủ 12 tháng theo đúng lịch hẹn của bác sĩ.

3.4. Xây dựng kế hoạch điều trị

Bảng 3.4. Tỷ lệ loại đơn thuốc ĐTĐ điều trị cho người bệnh và tỷ lệ người bệnh điều trị bằng insulin năm 2024 (n=355)

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đơn Thuốc	Đơn trị liệu (chỉ 1 loại thuốc)	87	24,5
	Đa trị liệu (≥ 2 loại thuốc)	268	75,7
Điều trị bằng insulin	Có tiêm insulin	244	68,7
	Không tiêm insulin	111	31,3
Tổng		355	100

Bảng 3.4 cho thấy người bệnh sử dụng ≥ 2 loại thuốc cao 75,5%, trong khi đó tỷ lệ người bệnh chỉ dùng 1 loại thuốc là 24,5%. Tỷ lệ người bệnh điều trị bằng insulin là 68,7%.

3.5. Theo dõi giám sát điều trị

Bảng 3.5. Tỷ lệ người bệnh được theo dõi chỉ số đường huyết lúc đói

Các chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chỉ số đường huyết lúc đói	Kiểm soát tốt (<7,2 mmol/l)	131	36,9
	Chấp nhận (7,2- 8,3 mmol/l)	83	23,4
	Kiểm soát kém (>8,3 mmol/l)	141	39,7

Các chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
HbA1c	Kiểm soát tốt (<7%)	91	25,6
	Chấp nhận (7- 8%)	77	21,7
	Kiểm soát kém (>8%)	187	52,7
Cholesterol	Bình thường (< 5,2 mmol/l)	245	69,0
	Cao ($\geq$ 5,2 mmol/l)	110	31,0
Triglycerid	Bình thường (< 1,7 mmol/l)	199	56,1
	Cao ($\geq$ 1,7 mmol/l)	156	43,9
HDL Cholesterol	Bình thường ($\geq$ 1,0 mmol/l)	245	69,0
	Cao (< 1,0 mmol/l)	110	31,0
LDL Cholesterol	Bình thường (< 2,6 mmol/l)	199	56,1
	Cao ($\geq$ 2,6 mmol/l)	156	43,9
Tổng		355	100

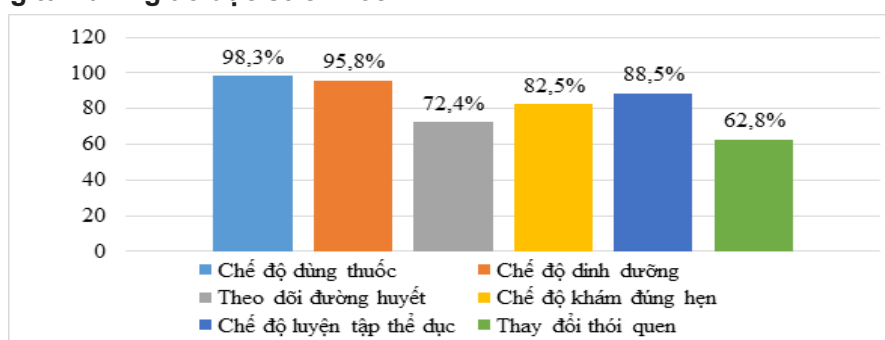
Bảng 3.5 cho thấy có 36,9% kiểm soát tốt đường huyết (<7,2 mmol/l), nhưng có 39,7% kiểm soát kém đường huyết (>8,3 mmol/l). chỉ có 25,6% có chỉ số HbA1c kiểm soát tốt <7%, 52,7% kiểm soát kém >8%. Với chỉ số Cholesterol, có 69% đạt chỉ số bình thường. Với chỉ số Triglycerid có 56,1% đạt chỉ số bình thường. Với chỉ số HDL Cholesterol, có 69% người bệnh đạt chỉ số bình thường. Với chỉ số LDL Cholesterol, 56,1% người bệnh đạt chỉ số bình thường.

Biểu đồ 3.6. Tỷ lệ người bệnh đạt được mục tiêu điều trị về huyết áp (n=355)

Đạt mục tiêu điều trị về huyết áp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đạt mục tiêu	281	79,2
Không đạt mục tiêu	74	20,8
Tổng	355	100

Bảng 3.6 cho thấy có 79,2% người bệnh đạt được mục tiêu điều trị huyết áp dành cho người bệnh cao tuổi mắc ĐTĐ <140/90 mmHg.

3.6. Hoạt động tư vấn - giáo dục sức khỏe



Biểu đồ 3.7. Tỷ lệ người bệnh được CBYT hướng dẫn về các chế độ điều trị

Biểu đồ 3.7 cho thấy, hầu hết người bệnh đều được tư vấn, hướng dẫn về các chế độ điều trị, trong đó cao nhất là hướng dẫn chế độ dùng thuốc 98,3%, chế độ dinh dưỡng 95,8%, thấp nhất là tư vấn thay đổi thói quen đạt 62,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá đặc điểm điều trị bệnh của người bệnh

Trong tổng số 355 đối tượng tham gia nghiên cứu của chúng tôi không có người bệnh nào mới phát hiện tại bệnh viện trong năm 2024. Kết quả này khác biệt với tác giả Vũ Minh Hiếu tại Bệnh

viện quận Thủ Đức với tỷ lệ 7,7% [7]. Sự khác biệt này có thể do Bệnh viện chúng tôi là bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, người bệnh chuyển tuyến đến đây hầu như là đã được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện huyện. Còn nghiên cứu của Vũ Minh Hiếu được thực hiện tại Bệnh viện quận, người

bệnh được đến khám BHYT trực tiếp mà không cần giấy chuyển viện khi nghi ngờ mắc ĐTĐ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ 5 năm trở lên chiếm 84,5% và 93,2% người bệnh đã có biến chứng của bệnh ĐTĐ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Minh Hiếu, thời gian mắc bệnh > 5 năm chiếm 72% [7], Nguyễn Ngọc Thảo thời gian mắc bệnh trên 1 năm 91,0%, mắc biến chứng 94,9% [8], cao hơn nghiên cứu của Dương Việt Bằng (33,4% và 51%). Có sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của Dương Việt Bằng, đối tượng nghiên cứu có thời gian mắc bệnh < 5 năm chiếm tỷ lệ cao 66,6% nên tỷ lệ mắc biến chứng sẽ ít hơn so với người bệnh lâu năm.

4.2. Khám tầm soát và chẩn đoán

Hoạt động khám tầm soát, chẩn đoán, điều trị và quy trình quản lý người bệnh cao tuổi mắc ĐTĐ tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An dựa vào quyết định số 3798/QĐ-BYT ngày 21/8/2017 [9] và quyết định số 5481/QĐ- BYT ngày 30/12/2020 của Bộ Y tế [10]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 93,2 % có bệnh mạn tính hoặc biến chứng đi kèm, trong đó phổ biến là biến chứng thần kinh ngoại vi (91,5%), tăng huyết áp (73,7%), biến chứng thận (14,5%), biến chứng bàn chân (7,3%). Kết quả này khác so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thảo với tỷ lệ tăng huyết áp (90,1%), bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (67,5%), biến chứng thận (17,7%), biến chứng bàn chân (1,6%) [8] và nghiên cứu của Vũ Minh Hiếu với tỷ lệ biến chứng tăng huyết áp (54,0%), biến chứng tim mạch (35,6%), biến chứng mắt (5,6%), biến chứng thận (18,1%), biến chứng thần kinh (10,5%), biến chứng bàn chân (1,9%) [7].

4.3. Lập hồ sơ bệnh án và sổ theo dõi điều trị ngoại trú

Kết quả của chúng tôi cho thấy 100% người bệnh cao tuổi mắc ĐTĐ đến khám và được quản lý điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An đều được lập HSBA theo dõi. Người bệnh trong nghiên cứu điều trị đủ 12 tháng theo đúng lịch hẹn (mỗi tháng 01 lần) của bác sĩ (97,7%). Kết quả này cao hơn của tác giả Nguyễn Văn Mạnh về quản lý người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện đa khoa huyện Thuận Thành, tỉnh Bắc Ninh với 81,36% người bệnh ĐTĐ được kiểm tra 1 tháng 1 lần [11] và của tác giả Nguyễn Ngọc Thảo là 63%. Theo quyết định 5481 của Bộ Y tế về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2” [10] và Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 quy định về đơn thuốc và

việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú [12], thì việc kê đơn và hẹn tái khám 01 tháng là đúng quy định, người bệnh điều trị đủ 12 tháng tức là bệnh nhân tuân thủ tái khám, đủ thuốc và sử dụng thuốc đúng theo đơn của bác sĩ.

4.4. Xây dựng kế hoạch điều trị

Tỷ lệ người bệnh sử dụng ≥ 2 loại thuốc cao (75,5%), trong khi đó tỷ lệ người bệnh chỉ dùng 1 loại thuốc (24,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thảo tỷ lệ sử dụng từ 2 loại thuốc trở lên (70,5%) [8], Vũ Minh Hiếu là 75,1% [7]. Tỷ lệ người bệnh sử dụng insulin là 68,7%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thảo (54,8%) [8] và Vũ Minh Hiếu (28,7%) [7]. Điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên người bệnh cao tuổi mắc ĐTĐ lâu năm nên việc phối hợp thuốc 2- 3 loại mới kiểm soát được đường huyết. Ngoài ra, việc mắc ĐTĐ nhiều năm làm tế bào beta tuyến tụy bị suy giảm nhiều, giảm khả năng tiết insulin, ngoài ra việc mắc nhiều biến chứng như suy thận, suy gan thì chỉ định insulin gần như là bắt buộc. Hơn nữa, người bệnh chuyển đến chúng tôi hầu như đã bị thất bại với điều trị thuốc viên ở tuyến dưới, nên tỷ lệ điều trị insulin cao hơn.

4.5. Theo dõi giám sát điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi dựa theo quyết định số 5481/QĐ- BYT ngày 30/12/2020 đưa ra mục tiêu điều trị cho người bệnh ĐTĐ trưởng thành. Kết quả của nghiên cứu cho thấy có 36,9% người bệnh kiểm soát tốt đường máu lúc đói, 39,7% kiểm soát kém. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Mạnh kiểm soát tốt là (33%), kiểm soát kém (48,5%), thấp hơn so với của Nguyễn Ngọc Thảo lần lượt là 55,3% và 25,3% [8]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ kiểm soát tốt HbA1c (25,6%), chấp nhận (21,7%), kiểm soát kém (52,7%). Kết quả này thấp hơn so với của Nguyễn Ngọc Thảo, kiểm soát tốt là (47,2%), kiểm soát kém là (26,5%) [8], nghiên cứu của Dương Việt Bằng kiểm soát tốt 67,6% , kiểm soát kém là 8,0% [12]. Sự khác biệt trên có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi, số người cao tuổi > 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn, mắc nhiều bệnh mạn tính và biến chứng hơn nên mục tiêu đường máu đói, HbA1c có thể được nới rộng hơn. Ngày nay ngày càng có nhiều nghiên cứu khẳng định đường huyết sau ăn tác động đến biến chứng mạch máu ĐTĐ. Qua nghiên cứu chúng tôi, việc kiểm tra đường máu sau ăn của người bệnh

ngoại trú chưa được chú ý nhiều, hầu như chỉ theo dõi khi người bệnh nằm điều trị nội trú.

Về chỉ số lipid máu của người bệnh, theo nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số Cholesterol máu toàn phần có 69,0% ở mức $<5,2$ mmol/l đạt mục tiêu điều trị, chỉ số Triglycerid có 56,1% ở mức $<1,7$ mmol/l đạt mục tiêu điều trị, chỉ số HDL Cholesterol có 69,0 % ở mức $> 1,0$ mmol/l đạt mục tiêu điều trị, chỉ số LDL Cholesterol có 56,1% ở mức $< 2,6$ mmol/l đạt mục tiêu điều trị. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thảo với các chỉ số lần lượt là Choles toàn phần (72,4%), Tri (46,8%), HDL-C (71,4%), LDL-C (58,3%) [8], cao hơn so với của Nguyễn Văn Mạnh: Choles toàn phần (46,8%), Tri (28,5%), HDL-C (27,5%), LDL-C (75,8%). Về mục tiêu điều trị THA ở nghiên cứu chúng tôi tăng huyết áp ở người bệnh ĐTD là 73,7%. Mục tiêu điều trị THA ở người bệnh ĐTD là $< 140/90$ mmHg, đối với những người có biến chứng thận hoặc có yếu tố nguy cơ tim mạch do xơ vữa cao thì $< 130/80$ mmHg. Ở nghiên cứu của chúng tôi, có 79,2% người bệnh đạt được mục tiêu HA $< 140/90$ mmHg, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thảo (85,4%) [8] và cao hơn nghiên cứu của Vũ Minh Hiếu (70,2%) [7].

4.6. Hoạt động tư vấn, giáo dục sức khỏe, tư vấn điều trị

Nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết người bệnh đều được tư vấn, hướng dẫn về các chế độ điều trị, cao nhất là hướng dẫn dùng thuốc 98,3%, chế độ dinh dưỡng 95,8%, thấp nhất là tư vấn thay đổi thói quen đạt 62,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vũ Minh Hiếu [7], Thân Lê Thắng [14], tỷ lệ người bệnh được tư vấn trực tiếp từ bác sĩ là 100%. Tuy nhiên thực tế theo đánh giá của bác sĩ điều trị cũng như của người bệnh việc tư vấn như vậy không đảm bảo chất lượng vì số lượng bệnh nhân đông, thời gian bác sĩ trao đổi với người bệnh không đủ. Mặt khác, việc tư vấn thay đổi thói quen người bệnh rất khó do đó phải cá thể hóa và nội dung thay đổi phù hợp với hoàn cảnh sống của mỗi người bệnh, vì vậy, năm 2024, Bệnh viện kết hợp với hãng Servier, triển khai phần mềm Elfie trên điện thoại thông minh, phần mềm giúp theo dõi sức khỏe cá nhân, đường máu, huyết áp và đặc biệt nhắc nhở uống thuốc cho người bệnh.

Ngoài ra một số yếu tố có thể tác động lên công tác quản lý người bệnh. Hiện tại, Bệnh viện đã có các xét nghiệm về insulin, Cpeptid, HbA1c, nhưng chưa có một số xét nghiệm về gen và kháng thể

để phục vụ chẩn đoán típ ĐTD hoặc những thể bệnh đặc biệt, để khắc phục tình trạng này, bệnh viện đã liên kết với các trung tâm xét nghiệm như Melatec, Medilab. Thuốc phục vụ cho điều trị tại bệnh viện cũng đáp ứng được nhu cầu đúng với phác đồ và quy định Bộ Y tế. Tuy nhiên một số nhóm thuốc mới như ức chế DPP4, ức chế SGLT2, bút tiêm insulin... còn hạn chế do đắt. Thực trạng này cũng tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thảo [8], Thân Lê Thắng [14], Vũ Minh Hiếu [7].

Đa phần người bệnh ĐTD đến khám và điều trị tại Bệnh viện đều có thể BHYT, giúp giảm gánh nặng cho người bệnh trong quá trình điều trị. Điều này cũng được thể hiện qua các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thảo [8], Thân Lê Thắng [14]. Ngoài ra Bệnh viện đã thực hiện quản lý và lưu trữ thông tin về quá trình điều trị của người bệnh bằng mã số, hồ sơ bệnh án ngoại trú, bệnh án điện tử và sổ khám bệnh. Hoạt động thông tin đến người bệnh được bệnh viện chú trọng triển khai thông qua tư vấn, truyền thông: báo đài, tivi, mạng xã hội... phát huy hiệu quả rất lớn. Hoạt động kiểm tra giám sát trong công tác khám, điều trị ĐTD được thực hiện đầy đủ, đạt yêu cầu thông qua các báo cáo kiểm tra của các phòng chức năng bệnh viện. Tuy nhiên, vấn đề chuyển tuyến còn bất cập, người bệnh chuyển tuyến đến khám khó khăn như: Tuyến dưới có lúc chuyển lên, có lúc giữ lại điều trị, lúc bệnh không ổn hoặc xảy ra biến chứng rồi mới chuyển đến

Hạn chế của nghiên cứu từ việc sử dụng số liệu lấy từ bệnh án có thể thiếu do dữ liệu từ bệnh án không đầy đủ, dữ liệu bệnh án không chính xác do lỗi nhập máy, những bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ tại bệnh viện thường là những người có bệnh nặng hơn hoặc tuân thủ tốt hơn mức trung bình của cộng đồng. Điều này làm kết quả nghiên cứu không đại diện được cho toàn bộ quần thể người cao tuổi mắc đái tháo đường tại địa phương.

V. Kết luận

Công tác quản lý đạt hiệu quả tối ưu về hành chính với 100% hồ sơ đầy đủ và 97,7% tuân thủ tái khám. Tuy nhiên, chất lượng điều trị thực tế vẫn gặp thách thức lớn khi 93,2% bệnh nhân đã có biến chứng, kiểm soát huyết áp đạt kết quả khả quan (79,2%) và 52,7% kiểm soát HbA1c kém. Điều này đòi hỏi về công tác quản lý và cần chuyển dịch các chiến lược can thiệp cá thể hóa quyết liệt hơn để cải thiện chỉ số lâm sàng cho nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh lâu năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Magliano Luis.** Facts & figures. International Diabetes Federation. 2024. <https://idf.org/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
2. **IDF Diabetes Atlas 2025.** Diabetes Atlas. 2025. <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
3. **Đỗ Trung Quân.** Bệnh đái tháo đường ở Việt Nam ngày càng trẻ hoá, nhiều cháu 14 tuổi đã mắc bệnh. <http://bvquan5.medinet.gov.vn/chuyen-muc/benh-dai-thao-duong-o-viet-nam-ngay-cang-tre-hoa-nhieu-chau-14-tuoi-da-mac-benh-cmobile17005-196576.aspx>
4. **Lại Thị Minh Hằng, Kim Bảo Giang, Lại Đức Trường.** Thực trạng quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường tại Trạm y tế xã của một số tỉnh Việt Nam năm 2021-2022. Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 2025;09(2). <https://www.jhds.edu.vn/bai-bao/thuc-trang-quan-ly-dieu-tri-tang-huyet-ap-va-dai-thao-duong-tai-tram-y-te-xa-cua-mot-so-tinh-viet-nam-nam-2021-2022-657.html>
5. **Nguyễn Đức Hải, Nguyễn Thị Bích Ngọc.** Thực trạng đái tháo đường ở người bệnh tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quận Bình Tân năm 2024. VMJ. 2025;549(2). doi:10.51298/vmj.v549i2.13769
6. **Bệnh viện Nội tiết Nghệ An (2021).** Đánh giá thực trạng hồ sơ bệnh án năm 2022 và kế hoạch cải tiến chất lượng hồ sơ bệnh án năm 2022.
7. **Vũ Minh Hiếu (2020).** Thực trạng hoạt động quản lý người bệnh đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại khoa Nội Tiết, bệnh viện quận Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018-2019. Hà Nội- Trường đại học Y tế công cộng.
8. **Nguyễn Ngọc Thảo (2021).** Kết quả quản lý điều trị ngoại trú người bệnh đái tháo đường típ 2 tại phòng khám Nội Tiết, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2020. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y tế Công cộng
9. **Bộ Y tế (2017).** Quyết định số 3798/QĐ-BYT ngày 21/8/2017 của Bộ Y tế Quyết định về việc Ban hành “Quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh đái tháo đường típ 2”.
10. **Bộ Y tế (2020).** Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2”.
11. **Nguyễn Văn Mạnh (2015).** Kết quả quản lý bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện đa khoa huyện Thuận Thành tỉnh Bắc Ninh. Luận văn chuyên khoa cấp II- Đại học Thái Nguyên.
12. **Bộ Y tế (2017).** Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29/12/2017 quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú.
13. **Dương Việt Bằng (2022).** Kết quả quản lý điều trị bệnh đái tháo đường ở người cao tuổi tại Trung tâm y tế huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên và hành vi tuân thủ điều trị. Luận văn thạc sĩ y học. Trường đại học Y dược, Đại học Thái Nguyên
14. **Thân Lê Thắng (2018).** Đánh giá công tác quản lý người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại phòng khám, quản lý sức khỏe ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe tỉnh Bắc Giang năm 2016-2017. Luận văn chuyên khoa II, Đại học y tế công cộng.