THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH NĂM 2025

Nguyễn Văn Thăng[1]*, Phạm Thị Lan[1], Hà Trung Kiên[1], Lại Đức Trí[1], Trịnh Văn Tuấn[1], Nguyễn Như Thảo[1], Vũ Thanh Bình[2] , Phạm Thị Giang[1], Lương Thị Mai Anh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng quản lý điều trị người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến quản lý điều trị ở nhóm người bệnh trên.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phương pháp định lượng và định tính, thực hiện trên 280 người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 được quản lý, điều trị ngoại trú từ 3 tháng trở lên tại Phòng khám Nội tiết (số liệu trích xuất từ hồ sơ bệnh án ngoại trú của từng người bệnh), kết hợp phỏng vấn sâu 4 cán bộ y tế và 5 người bệnh có kết quả kiểm soát chưa tốt. Mục tiêu kiểm soát theo Quyết định 5481/QĐ-BYT: glucose máu lúc đói <7,2 mmol/L, HbA1c <7%.

Kết quả: Tuổi trung bình người bệnh là 62,8 ± 12,1 (18-86 tuổi), nhóm ≥60 tuổi chiếm 67,5%; nam giới chiếm 50,7%; 100% có bảo hiểm y tế; 100% người bệnh có ít nhất một bệnh đồng mắc, trong đó 94,6% tăng huyết áp, 93,9% rối loạn lipid máu. Tỷ lệ tái khám đúng hẹn đạt 87,5%. Tỷ lệ đạt mục tiêu glucose máu lúc đói là 55,4% (n = 280) và HbA1c là 46,6% (103/221 người bệnh có kết quả HbA1c). Nam giới có khả năng không tái khám đúng hẹn cao hơn nữ giới (OR = 2,74; KTC 95%: 1,26-5,94; p = 0,009); nhóm BMI ≥23 kg/m² có khả năng không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói cao hơn nhóm BMI <23 kg/m² (OR = 2,00; KTC 95%: 1,23-3,25; p = 0,005). Về phía cơ sở y tế, các khó khăn được ghi nhận gồm thiếu nhân lực chuyên khoa, thiếu phương tiện tư vấn - truyền thông, gián đoạn cung ứng hóa chất xét nghiệm tại thời điểm giao gói thầu, và chưa triển khai bệnh án ngoại trú điện tử chuyên biệt có chức năng nhắc hẹn tái khám.

Kết luận: 87,5% người bệnh tái khám đúng hẹn; 55,4% đạt mục tiêu glucose máu lúc đói và 46,6% (trên 221 người bệnh có xét nghiệm) đạt mục tiêu HbA1c. Nam giới có mối liên quan với tình trạng không tái khám đúng hẹn; BMI ≥23 kg/m² có mối liên quan với tình trạng không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói. Cần tăng cường nhân lực chuyên khoa, hệ thống nhắc hẹn tái khám và bảo đảm cung ứng xét nghiệm theo dõi định kỳ.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, quản lý điều trị ngoại trú, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

CURRENT STATUS OF TREATMENT MANAGEMENT AND ASSOCIATED FACTORS AMONG OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL IN 2025

ABSTRACT

Objectives: (1) To describe the current status of treatment management among outpatients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) at Thai Binh General Hospital in 2025; (2) to identify factors associated with treatment management in these patients.

Participants and methods: A cross-sectional descriptive study employing both quantitative and qualitative approaches was conducted. The quantitative component included 280 patients with T2DM who had received outpatient treatment management for at least 3 months at the Endocrinology Clinic (data were extracted from each patient's outpatient medical record). The qualitative component consisted of in-depth interviews with four healthcare professionals involved in diabetes management at the hospital and five patients with suboptimal glycemic control.

Results: The mean age of the participants was 62.8 ± 12.1 years (range: 18-86 years), with 67.5% aged 60 years or older. Male patients accounted for 50.7% of the study population. All participants had health insurance. All patients had at least one comorbidity, including 94.6%

1. Bệnh viện Đa khoa Thái Bình
2. Trường Đại học Y Dược Thái Bình
* Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Thăng
Email: thangnguyendr@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/7/2026
Ngày phản biện: 03/10/2026
Ngày duyệt bài: 13/10/2026

with hypertension and 93.9% with dyslipidemia. The on-time follow-up visit rate was 87.5%. The fasting plasma glucose target was achieved in 55.4% of patients (n = 280) and the HbA1c target in 46.6% (103/221 patients with available HbA1c results). Male patients had higher odds of missing scheduled follow-up visits than female patients (OR = 2.74; 95% CI: 1.26-5.94; p = 0.009). Patients with BMI ≥23 kg/m² had 2.0 times higher odds of not achieving the fasting plasma glucose target than those with BMI <23 kg/m² (OR = 2.00; 95% CI: 1.23-3.25; p = 0.005). From the healthcare system perspective, the reported difficulties included shortages of endocrinology specialists, inadequate patient education and communication resources, interruptions in laboratory reagent supply during procurement transitions, and the absence of a dedicated electronic outpatient medical record system with automated appointment reminder functions.

Conclusion: On-time follow-up visits were observed in 87.5% of patients; 55.4% achieved the fasting plasma glucose target and 46.6% (of 221 patients with available results) achieved the HbA1c target. Male sex was associated with missed follow-up visits, and BMI ≥23 kg/m² was associated with failure to achieve the fasting plasma glucose target. Strengthening specialist staffing, an appointment reminder system and a stable supply of laboratory monitoring tests is needed.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, outpatient treatment management, Thai Binh General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 chiếm hơn 90% các trường hợp ĐTĐ và là bệnh mạn tính cần được quản lý, theo dõi thường xuyên để kiểm soát đường huyết. Theo IDF Diabetes Atlas lần thứ 11 (2025), năm 2024 thế giới có khoảng 589 triệu người 20-79 tuổi mắc ĐTĐ (cứ 9 người trưởng thành có 1 người mắc), dự báo tăng lên 853 triệu người vào năm 2050; chi tiêu y tế liên quan đến ĐTĐ lần đầu vượt 1.000 tỷ USD [1]. Tại Việt Nam, kết quả điều tra toàn quốc năm 2020 cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ là 7,3% [2]; phòng chống ĐTĐ típ 2 đã trở thành một Chương trình mục tiêu Quốc gia về Y tế.

Bệnh viện Đa khoa Thái Bình là bệnh viện tuyến tỉnh, hàng ngày quản lý một lượng lớn người bệnh ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú. Các nghiên cứu về quản lý ĐTĐ típ 2 tại Thái Bình chủ yếu thực hiện ở tuyến huyện [6]; tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình - nơi tiếp nhận phần lớn người bệnh ĐTĐ típ 2 có nhiều bệnh kèm theo được chuyển từ tuyến dưới - chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ công tác quản lý điều trị ngoại trú. Năm 2025, Bệnh viện triển khai bệnh án điện tử và cập nhật phác đồ điều trị [9], do đó cần có số liệu nền làm cơ sở cho các giải pháp cải tiến. Trong nghiên cứu này, quản lý điều trị ngoại trú được đánh giá theo 5 bước dựa trên hướng dẫn của Bộ Y tế (Quyết định 5481/QĐ-BYT) [4]: khám, chẩn đoán; lập hồ sơ quản lý; điều trị bằng thuốc và theo dõi, giám sát; truyền thông, tư vấn; tái khám định kỳ. Để có bằng chứng khoa học làm cơ sở cải tiến chất lượng quản lý và điều trị ngoại trú người bệnh ĐTĐ típ 2, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng quản lý điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025" với 2 mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng quản lý điều trị người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình năm 2025; (2) Xác định một số yếu tố liên quan đến quản lý điều trị ở nhóm người bệnh trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: (1) Người bệnh đái tháo đường típ 2 được quản lý, điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình từ 3 tháng trở lên (tính từ thời điểm bắt đầu được quản lý điều trị ngoại trú tại Bệnh viện), có khả năng giao tiếp và đồng ý tham gia; (2) Hồ sơ, sổ sách, báo cáo và các tài liệu liên quan đến quản lý, điều trị người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện; (3) Cán bộ quản lý, nhân viên y tế trực tiếp tham gia quản lý, điều trị ngoại trú người bệnh đái tháo đường típ 2, có thời gian công tác từ 3 tháng trở lên và đồng ý tham gia. Các trường hợp hồ sơ không đủ thông tin, không có mặt tại thời điểm nghiên cứu hoặc không đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được loại trừ.

- Địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng khám Nội tiết, Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 7/2024 đến tháng 9/2025; trong đó số liệu định lượng (trích xuất từ hồ sơ bệnh án ngoại trú) và số liệu định tính được thu thập từ tháng 01/2025 đến tháng 06/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp song song phương pháp định lượng và định tính; số liệu định tính được sử dụng để giải thích, bổ sung cho các kết quả định lượng (tái khám không đúng hẹn, thiếu xét nghiệm HbA1c, kiểm soát chưa đạt mục tiêu) và được tích hợp (đối chiếu) trong phần Kết quả - Bàn luận.

- Cỡ mẫu định lượng: Số người bệnh ĐTĐ típ 2 được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu; p: tỷ lệ người bệnh ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú được quản lý đạt mục tiêu điều trị trong nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Hạ Long năm 2022 (p = 0,46) [3] - nghiên cứu có cùng đối tượng, tuyến bệnh viện và tiêu chuẩn đánh giá; Z = 1,96; d = 0,06. n = 1,96² × 0,46 × 0,54 / 0,06² = 265,07. Cỡ mẫu tối thiểu là 265; thực tế nghiên cứu triển khai trên 280 hồ sơ bệnh án (280 người bệnh), mỗi người bệnh tương ứng với một hồ sơ bệnh án ngoại trú; đơn vị phân tích là người bệnh.

Phương pháp chọn mẫu: Khung mẫu là danh sách người bệnh ĐTĐ típ 2 đang được quản lý điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội tiết, trích xuất từ phần mềm quản lý bệnh viện và lọc theo tiêu chuẩn lựa chọn. Mỗi người bệnh được đánh số thứ tự, chọn ngẫu nhiên đơn trên Excel cho đến khi đủ cỡ mẫu (280 người bệnh).

- Cỡ mẫu nghiên cứu định tính chọn mẫu chủ đích: Phỏng vấn sâu 4 cán bộ y tế (lãnh đạo khoa Nội tiết, lãnh đạo khoa Khám bệnh, bác sĩ, điều dưỡng phòng khám Nội tiết; thời gian công tác ≥3 tháng) và 5 người bệnh có kết quả điều trị chưa tốt (tái khám không đúng hẹn, không đạt mục tiêu kiểm soát glucose/HbA1c), được chọn từ 280 người bệnh trong mẫu định lượng. Phỏng vấn trực tiếp, riêng tư tại Bệnh viện theo hướng dẫn phỏng vấn sâu bán cấu trúc, xây dựng dựa trên mục tiêu nghiên cứu.

2.3. Công cụ thu thập số liệu

Công cụ thu thập số liệu định lượng là phiếu tổng hợp thông tin dựa trên hồ sơ bệnh án và báo cáo hoạt động của Bệnh viện; công cụ định tính là phiếu phỏng vấn sâu theo mục tiêu nghiên cứu.

***2.4. Tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu*:**

Quản lý điều trị được đánh giá theo 5 bước dựa trên Quyết định 5481/QĐ-BYT [4]: khám, chẩn đoán; lập hồ sơ quản lý; điều trị và theo dõi; truyền thông, tư vấn; tái khám định kỳ. Tái khám đúng hẹn: đến đúng ngày hẹn ở tất cả các lần hẹn. Kiểm soát glucose máu lúc đói (tốt <7,2; trung bình 7,2-<8,33; kém ≥8,33 mmol/L) và HbA1c (tốt <7%; trung bình 7-<8%; kém ≥8%) theo Quyết định 5481/QĐ-BYT [4]; lipid máu đạt mục tiêu khi Triglycerid <1,7, LDL-C <2,6, HDL-C ≥1,0, Cholesterol toàn phần <5,2 mmol/L; BMI phân loại theo WHO cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương (thừa cân 23-24,9; béo phì ≥25 kg/m²).

2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu định lượng được nhập, làm sạch và phân tích bằng SPSS 18.0, sử dụng thống kê mô tả và kiểm định χ^2; mối liên quan được trình bày bằng tỷ suất chênh OR (khoảng tin cậy 95% - KTC 95%) và giá trị p, với nhóm tham chiếu xác định rõ. Phân tích đơn biến yếu tố liên quan với hai chỉ tiêu (biến lựa chọn dựa trên tổng quan tài liệu): không tái khám đúng hẹn (giới, tuổi) và không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói (tuổi, BMI). Số liệu định tính được mã hóa, phân tích theo chủ đề; trích dẫn được chọn là ý kiến đại diện cho chủ đề được nhiều người đề cập, mã hóa PVS-NB (người bệnh) và PVS-CBYT (cán bộ y tế).

2.6. Biện pháp hạn chế sai số

Sai số có thể gặp gồm sai số do hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ, sai số do người thu thập số liệu và sai số trong nhập, xử lý số liệu. Để hạn chế sai số, nghiên cứu thử nghiệm và chuẩn hóa phiếu tổng hợp thông tin, hướng dẫn phỏng vấn sâu, tập huấn người thu thập số liệu, lựa chọn đối tượng theo tiêu chuẩn rõ ràng và giải thích đầy đủ để tăng sự hợp tác của đối tượng. Số liệu được nhập hai lần và kiểm tra nhằm hạn chế sai sót trong quá trình nhập liệu.

2.7. Đạo đức nghiên cứu:

Đề cương nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu khoa

học cấp cơ sở năm 2025 của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, thành lập theo Quyết định số 935/QĐ-BV ngày 26/8/2024 của Giám đốc Bệnh viện. Nghiên cứu không can thiệp, không gây ảnh hưởng đến đối tượng tham gia; người tham gia phỏng vấn được giải thích và đồng ý tham gia. Thông tin thu thập được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được lưu trữ tại bệnh viện và thư viện theo quy định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của người bệnh (n=280)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60	91	32,5
	≥ 60	189	67,5
	$\bar{X}$ ± SD, (nhỏ nhất-lớn nhất)	62,8 ± 12,1 (18-86)	
Giới	Nam	142	50,7
	Nữ	138	49,3
Có bảo hiểm y tế		280	100
BMI	Gầy	23	8,2
	Bình thường	146	52,1
	Thừa cân	83	29,6
	Béo phì	28	10,0

Người bệnh tập trung ở nhóm tuổi từ 60 trở lên (67,5%), tuổi trung bình 62,8 ± 12,1. Tỷ lệ nam và nữ tương đối cân bằng (50,7% và 49,3%). 100% người bệnh tham gia bảo hiểm y tế. Tỷ lệ thừa cân - béo phì chung (BMI ≥23 kg/m²) là 39,6%.

Bảng 2. Thời gian mắc bệnh và tình trạng bệnh đồng mắc (n=280)

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bệnh	≤ 5 năm	129	46,1
	> 5 năm	151	53,9
Phát hiện mới trong năm 2025	Có	8	2,9
	Không	272	97,1
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	265	94,6
	Rối loạn lipid máu	263	93,9
	Cơn đau thắt ngực	155	55,4
	Bệnh lý thận	25	8,9
Số bệnh đồng mắc ($\bar{X}$ ± SD: 3,9 ± 1,8)	1-2 bệnh	81	28,9
	3-4 bệnh	114	40,7
	≥ 5 bệnh	85	30,4

100% người bệnh có ít nhất một bệnh đồng mắc, trung bình 3,9 ± 1,8 bệnh; 30,4% có từ 5 bệnh đồng mắc trở lên; tỷ lệ đồng mắc tăng huyết áp và rối loạn lipid máu rất cao (94,6% và 93,9%). Tỷ lệ phát hiện mới ĐTĐ típ 2 trong năm 2025 thấp (2,9%), có thể do phần lớn người bệnh đã được chẩn đoán và chuyển từ tuyến dưới.

Bảng 3. Tái khám định kỳ, quản lý hồ sơ và biến chứng của người bệnh ĐTĐ típ 2 (n=280)

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tái khám định kỳ	Đúng hẹn	245	87,5
	Không đúng hẹn	35	12,5
Biến chứng	Tim mạch	128	45,7
	Thận	22	7,9
	Mắt	5	1,8
Quản lý hồ sơ	Lập, cập nhật và lưu trữ hồ sơ	280	100

Tỷ lệ tái khám đúng hẹn đạt 87,5%. 100% người bệnh được lập, cập nhật và lưu trữ hồ sơ quản lý. Biến chứng tim mạch được ghi nhận với tỷ lệ cao nhất (45,7%), tiếp đến là biến chứng thận (7,9%) và biến chứng mắt (1,8%).

3.2. Thực trạng điều trị, kết quả kiểm soát và một số yếu tố liên quan

Bảng 4. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu theo liệu pháp thuốc điều trị (n=280)

Liệu pháp thuốc điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dùng 1 loại thuốc uống	76	27,1
Phối hợp từ 2 loại thuốc uống trở lên	92	32,9
Phối hợp Insulin với thuốc uống	61	21,8
Chỉ dùng Insulin	51	18,2

Phối hợp từ 2 loại thuốc uống trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất (32,9%), tiếp theo là dùng 1 loại thuốc uống (27,1%). Phối hợp insulin với thuốc uống chiếm 21,8%, trong khi chỉ dùng insulin có tỷ lệ thấp nhất (18,2%).

Bảng 5. Kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói, HbA1c và tỷ lệ đạt mục tiêu lipid máu

Chỉ số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Glucose máu lúc đói (n=280)	Kiểm soát tốt	155	55,4
	Kiểm soát trung bình	24	8,6
	Kiểm soát kém	101	36,1
HbA1c (n=221)	Kiểm soát tốt	103	46,6
	Kiểm soát trung bình	39	17,6
	Kiểm soát kém	79	35,7
Triglycerid (n=280)	Đạt mục tiêu	127	45,4
LDL-Cholesterol (n=280)	Đạt mục tiêu	129	46,1
Cholesterol toàn phần (n=280)	Đạt mục tiêu	189	67,5
HDL-Cholesterol (n=280)	Đạt mục tiêu	191	68,2

Tỷ lệ đạt mục tiêu glucose máu lúc đói là 55,4% (155/280) và HbA1c là 46,6% (103/221); tỷ lệ đạt mục tiêu Triglycerid và LDL-Cholesterol còn thấp (45,4% và 46,1%).

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng không tái khám đúng hẹn và không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói (phân tích đơn biến)

Yếu tố	Kết cục	OR (KTC 95%)	p
Nam giới (tham chiếu: nữ)	Không tái khám đúng hẹn	2,74 (1,26-5,94)	0,009
Tuổi >70 (tham chiếu: ≤70)	Không tái khám đúng hẹn	1,56 (0,76-3,18)	0,222
BMI ≥23 kg/m² (tham chiếu: <23)	Không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói	2,00 (1,23-3,25)	0,005
Tuổi >70 (tham chiếu: ≤70)	Không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói	1,50 (0,92-2,44)	0,106

Ghi chú: OR thô, kiểm định χ^2; nhóm tham chiếu (OR = 1): nữ giới; tuổi ≤70; BMI <23 kg/m².

Nam giới có khả năng không tái khám đúng hẹn cao hơn nữ giới (OR = 2,74; KTC 95%: 1,26-5,94; p = 0,009). Nhóm BMI ≥23 kg/m² (thừa cân và béo phì theo phân loại WHO cho khu vực châu Á - Thái Bình Dương) có khả năng không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói cao hơn nhóm BMI <23 kg/m² (OR = 2,00; KTC 95%: 1,23-3,25; p = 0,005). Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi với tái khám đúng hẹn (p = 0,222) và kiểm soát glucose máu (p = 0,106).

Hộp 1: Khó khăn trong tuân thủ điều trị ngoại trú của người bệnh

"Mặc dù được bác sỹ hướng dẫn dùng thuốc, tái khám suốt đời nhưng nhiều lúc quên thuốc, việc đi khám còn phụ thuộc vào người đưa đi, nhiều khi hết thuốc mới nhớ lịch khám lại" (PVS-NB1)
"Do khoảng cách ở xa bệnh viện, việc đi lại phụ thuộc nên có đợt bị chậm vài ngày so với lịch hẹn trên giấy hẹn của bác sỹ" (PVS-NB2).
"Một trong những vấn đề là lịch hẹn tái khám trùng vào các ngày nghỉ, đặc biệt là dịp lễ tết kéo dài trong khi bệnh viện không tổ chức khám bảo hiểm y tế trong những ngày này. Điều này khiến người bệnh phải lùi lịch tái khám, dẫn đến kéo giãn khoảng cách giữa hai lần theo dõi" (PVS-CBYT4)

Kết quả phỏng vấn sâu cho thấy các khó khăn được người tham gia đề cập liên quan đến việc tái khám không đúng hẹn gồm: tuổi cao, không tự đi lại được, thiếu người thân hỗ trợ và khoảng cách xa bệnh viện; lịch hẹn tái khám trùng vào các dịp nghỉ lễ, Tết trong khi bệnh viện không tổ chức khám bảo hiểm y tế những ngày này cũng làm kéo giãn khoảng cách giữa hai lần theo dõi so với hướng dẫn của Bộ Y tế.

Hộp 2: Khó khăn từ phía cơ sở y tế trong quản lý người bệnh đái tháo đường típ 2

"Hiện tại khoa Nội tiết có 2 bàn khám thường, 01 bàn khám yêu cầu được đặt ngay tại khoa khám bệnh. Nhân lực có 3 bác sỹ trình độ sau đại học, 01 điều dưỡng, Cả bác sĩ và điều dưỡng đều đã được đào tạo chuyên sâu và có chứng chỉ liên quan về khám và điều trị đái tháo đường. Chúng tôi cần thêm ít nhất 1-2 bác sĩ hoặc điều dưỡng được đào tạo chuyên sâu về Nội tiết để giảm tải áp lực công việc và dành nhiều thời gian hơn cho việc tư vấn, giáo dục bệnh nhân" (PVS-CBYT1)

Về phía cơ sở cung cấp dịch vụ, lãnh đạo Bệnh viện quan tâm, đầu tư cơ sở vật chất (bố trí 2 phòng khám Nội tiết riêng biệt) và chủ động cập nhật phác đồ điều trị theo quy định của Bộ Y tế. Tuy nhiên, nhân lực phòng khám còn hạn chế (3 bác sĩ, 1 điều dưỡng) so với lượng người bệnh đông, chưa có phòng tư vấn riêng và phương tiện truyền thông (tivi) cho người bệnh trong thời gian chờ khám. Việc cung ứng hóa chất xét nghiệm đôi khi gián đoạn tại thời điểm giao giữa các gói thầu, được cán bộ y tế cho là làm giảm tần suất một số xét nghiệm chuyên sâu (HbA1c, lipid máu, chức năng gan-thận). Bệnh viện đã triển khai bệnh án điện tử từ tháng 7/2025, song chưa có mô hình bệnh án ngoại trú điện tử chuyên biệt cho bệnh mạn tính với chức năng nhắc hẹn tái khám tự động.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu (62,8 ± 12,1) tương đồng với các nghiên cứu trong nước, như của Nguyễn Ngọc Thảo tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang (66,53 ± 11,3) và Nguyễn Hữu Quân tại Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng, Thái Bình (65,74 tuổi) [5], [6], phù hợp với đặc điểm dịch tễ học ĐTĐ típ 2 thường

gặp ở người trung niên và cao tuổi. Tỷ lệ nam giới (50,7%) cao hơn không đáng kể so với nữ giới, khác với một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nữ chiếm ưu thế, cho thấy tỷ lệ giới trong nhóm người bệnh ĐTĐ típ 2 còn khác nhau tùy đặc điểm dân số, lối sống của từng địa phương.

Tỷ lệ phát hiện mới ĐTĐ típ 2 trong nghiên cứu của chúng tôi (2,9%) thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiển tại Bệnh viện Quân y 109 (8,1%) [7], có thể do Bệnh viện Đa khoa Thái Bình không phải là cơ sở khám chữa bệnh ban đầu mà chủ yếu tiếp nhận người bệnh đã được chẩn đoán từ tuyến dưới. Tỷ lệ người bệnh có từ 5 bệnh đồng mắc trở lên (30,4%) và tỷ lệ đồng mắc tăng huyết áp, rối loạn lipid máu rất cao (94,6% và 93,9%) phản ánh đặc điểm bệnh nhân tuyến tỉnh thường có nhiều bệnh lý phối hợp, đòi hỏi cách tiếp cận điều trị toàn diện, cá thể hóa.

Tỷ lệ tái khám đúng hẹn trong nghiên cứu (87,5%) cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 109 (81,6%) [7] nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Mười tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang (95,8%) [8]. Theo kết quả phỏng vấn sâu, các lý do tái khám không đúng hẹn được đề cập gồm người bệnh cao tuổi, ở xa, thiếu người thân hỗ trợ, và lịch hẹn trùng vào các dịp nghỉ lễ kéo dài. Kết quả phân tích cho thấy nam giới có mối liên quan với tình trạng không tái khám đúng hẹn (OR = 2,74; KTC 95%: 1,26-5,94; p = 0,009), gợi ý cần có biện pháp truyền thông - nhắc hẹn phù hợp theo giới.

Về kết quả kiểm soát đường huyết, tỷ lệ đạt mục tiêu glucose máu lúc đói (55,4%) và HbA1c (46,6%, n = 221) trong nghiên cứu tương đương với kết quả tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang (55,3% và 47,2%) [8]; so với Bệnh viện Quân y 109 (52,9% và 49,4%) [7], tỷ lệ đạt mục tiêu glucose máu lúc đói cao hơn nhưng tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c thấp hơn, cho thấy kết quả kiểm soát đường huyết tại Bệnh viện tương đồng với một số cơ sở y tế tuyến tỉnh khác. Cần lưu ý tỷ lệ HbA1c được tính trên 221 người bệnh có xét nghiệm. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt mục tiêu Triglycerid và LDL-Cholesterol còn thấp (45,4% và 46,1%); nhóm BMI ≥23 kg/m² có mối liên quan với tình trạng không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói (OR = 2,00; p = 0,005), phù hợp với cơ chế đã được ghi nhận: thừa cân, béo phì liên quan đến tăng đề kháng insulin, gây khó khăn trong kiểm soát đường huyết.

Kết quả nghiên cứu định tính cho thấy mặc dù Bệnh viện đã triển khai bệnh án điện tử và được lãnh đạo quan tâm đầu tư cơ sở vật chất, công tác quản lý ngoại trú ĐTĐ típ 2 vẫn còn một số hạn chế mang tính hệ thống: thiếu nhân lực chuyên khoa so với số lượng người bệnh; gián đoạn cung ứng hóa chất xét nghiệm tại thời điểm giao gói thầu, liên quan đến việc giảm tần suất theo dõi các chỉ số chuyên sâu; và chưa có mô hình bệnh án ngoại trú điện tử chuyên biệt kèm chức năng nhắc hẹn tái khám tự động cho bệnh mạn tính. Bên cạnh việc đã cập nhật phác đồ điều trị hệ Nội theo Quyết định số 08/QĐ-BV ngày 10/7/2025 [9], đây là những điểm Bệnh viện cần ưu tiên cải thiện để nâng cao chất lượng quản lý điều trị ngoại trú.

Hạn chế của nghiên cứu: (1) thiết kế cắt ngang tại một bệnh viện nên không xác định được quan hệ nhân quả và khả năng khái quát hóa còn hạn chế; (2) số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án có thể thiếu thông tin, chưa ghi nhận tuân thủ dùng thuốc, nhóm thuốc và tính phù hợp của phác đồ; (3) 59/280 người bệnh không có kết quả HbA1c và chưa so sánh được với nhóm có kết quả; (4) chỉ gồm người bệnh đang được quản lý, không gồm người bỏ quản lý hoặc chuyển cơ sở, nên tỷ lệ tái khám đúng hẹn và kiểm soát đạt mục tiêu có thể cao hơn thực tế; (5) cỡ mẫu định tính nhỏ, chưa phân tầng mục tiêu lipid theo nguy cơ tim mạch; (6) yếu tố liên quan mới được phân tích đơn biến (n = 35 người không tái khám đúng hẹn) nên cần diễn giải thận trọng, nghiên cứu tiếp theo nên phân tích đa biến.

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng quản lý điều trị: 100% người bệnh được lập và cập nhật hồ sơ quản lý; 87,5% tái khám đúng hẹn; 55,4% đạt mục tiêu glucose máu lúc đói và 46,6% (103/221) đạt mục tiêu HbA1c; tỷ lệ đạt mục tiêu Triglycerid và LDL-C lần lượt là 45,4% và 46,1%.

2. Yếu tố liên quan đến quản lý điều trị: nam giới có mối liên quan với tình trạng không tái khám đúng hẹn; BMI ≥23 kg/m² có mối liên quan với tình trạng không đạt mục tiêu glucose máu lúc đói. Về phía cơ sở y tế, các khó khăn được ghi nhận gồm thiếu nhân lực chuyên khoa, thiếu phương tiện tư vấn - truyền thông, gián đoạn cung ứng hóa chất

xét nghiệm và chưa có hệ thống bệnh án ngoại trú điện tử chuyên biệt kèm chức năng nhắc hẹn tái khám tự động cho người bệnh mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** 2025. IDF Diabetes Atlas (11th ed.). International Diabetes Federation, Brussels, Belgium.
2. **Phan DH, Vu TT, Doan VT et al.** 2022. Assessment of the risk factors associated with type 2 diabetes and prediabetes mellitus: A national survey in Vietnam. Medicine (Baltimore). 101(41): e31149.
3. **Trần Thị Thuý Hà, Trần Ngọc Phương, Nguyễn Văn Khải.** 2023. Thực trạng quản lý điều trị người bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Hạ Long tỉnh Quảng Ninh năm 2022. Tạp chí Y học Sức khoẻ. 1(2): 158-165.
4. **Bộ Y tế.** 2020. Quyết định 5481/QĐ-BYT ngày 30/12/2020 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2".
5. **Nguyễn Ngọc Thảo, Châu Mỹ Chi, Phạm Quỳnh Anh.** 2020. Đánh giá 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. Tạp chí khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển. 06(01): 123-131.
6. **Nguyễn Hữu Quân.** 2019. Thực trạng quản lý bệnh đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng của tỉnh Thái Bình. Luận văn Thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Văn Hiển.** 2023. Thực trạng quản lý người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 109 và các yếu tố ảnh hưởng năm 2022. Luận văn Thạc sĩ. Trường Đại học Y tế công cộng.
8. **Trần Thị Mười, Tạ Văn Trầm.** 2023. Thực trạng quản lý người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang. Tạp chí Y học Việt Nam. 525(1B): 112-114.
9. **Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.** 2025. Quyết định số 08/QĐ-BV ngày 10/7/2025 về việc cập nhật ban hành phác đồ điều trị hệ Nội tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình.