

Nghiên cứu gốc

KHẢO SÁT TỶ LỆ KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CAO TUỔI CÓ SUY YẾU

Nguyễn Thanh Vy^{1,2}, Nguyễn Đặng Ngọc Trinh¹, Lê Hữu Phần^{1,2}, Nguyễn Thị Mây Hồng¹, Phạm Hòa Bình^{1,2,*}

1. Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

2. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

* Tác giả liên hệ: ThS.BS. Phạm Hòa Bình ✉ drbinh98@ump.edu.vn

TÓM TẮT: Đái tháo đường ở người cao tuổi ngày càng gia tăng và việc kiểm soát đường huyết còn nhiều thách thức. Theo khuyến cáo ADA 2025, mục tiêu HbA1c cần được cá thể hóa dựa trên mức độ suy yếu, chức năng – nhận thức, kỳ vọng sống, bệnh đồng mắc và biến chứng mạch máu. Nghiên cứu nhằm khảo sát tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết và mối liên quan giữa các yếu tố lão khoa với hiệu quả điều trị ở bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 4/2025 đến tháng 8/2025 tại Phòng khám Nội tiết, Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh. Trong 185 bệnh nhân, tuổi trung vị là 68 (64–75,5) tuổi và 45,4% đạt mục tiêu HbA1c. Hồi quy logistic đa biến cho thấy tình trạng suy yếu và nguy cơ tim mạch cao liên quan độc lập với khả năng đạt mục tiêu HbA1c, với OR = 0,48 (KTC 95%: 0,25–0,92; p = 0,027) và OR = 0,57 (KTC 95%: 0,32–0,99; p = 0,047). Đa bệnh và đa thuốc không liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng đạt mục tiêu HbA1c. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c còn hạn chế. Tình trạng suy yếu và nguy cơ tim mạch cao liên quan độc lập đến khả năng đạt mục tiêu điều trị.

Từ khóa: người cao tuổi, suy yếu, kiểm soát đường huyết

ASSESSMENT OF GLYCEMIC CONTROL IN FRAIL OLDER ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Nguyen Thanh Vy, Nguyen Dang Ngoc Trinh, Le Huu Phan, Nguyen Thi May Hong, Pham Hoa Binh

ABSTRACT: Diabetes mellitus is increasingly prevalent among older adults, and glycemic control remains challenging. According to the 2025 American Diabetes Association (ADA) recommendations, HbA1c targets should be individualized based on frailty, functional and cognitive status, life expectancy, comorbidities, and vascular complications. This study aimed to determine the proportion of older patients achieving glycemic control targets and to examine the associations between geriatric factors and treatment effectiveness in patients with type 2 diabetes mellitus. A descriptive cross-sectional study was conducted from April to August 2025 at the Endocrinology Outpatient Clinic, Thong Nhat Hospital, Ho Chi Minh City. Among 185 patients, the median age was 68 years (64–75.5), and 45.4% achieved their HbA1c target. Multivariable logistic regression showed that frailty and high cardiovascular risk were independently associated with the likelihood of achieving the HbA1c target, with OR = 0.48 (95% CI: 0.25–0.92; p = 0.027) and OR = 0.57 (95% CI: 0.32–0.99; p = 0.047), respectively. Multimorbidity and polypharmacy were not significantly associated with achieving the HbA1c target. The proportion of patients achieving their HbA1c target remained limited. Frailty and high cardiovascular risk were independently associated with the likelihood of achieving treatment targets.

Keywords: older adults, frailty, glycemic control

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ bệnh nhân (BN) cao tuổi mắc đái tháo đường (ĐTĐ) đang có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây. Do đó, các bác sĩ lâm sàng, từ Nội tổng quát đến chuyên khoa Nội tiết, ngày càng tiếp cận nhiều hơn với nhóm đối tượng đặc thù này. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2025, mục tiêu kiểm soát đường huyết cần được cá thể hóa, dựa trên mức độ suy yếu, thời gian mắc bệnh, tình trạng chức năng và nhận thức, kỳ vọng sống, bệnh lý đồng mắc và sự hiện diện của biến chứng mạch máu [1]. Ở người cao tuổi, các yếu tố lão khoa như đa bệnh, đa thuốc và suy yếu có thể ảnh hưởng đáng kể đến việc đặt mục tiêu điều trị. Kiểm soát đường huyết quá chặt có thể làm gia tăng nguy cơ hạ đường huyết, tác dụng phụ và tương tác thuốc; ngược lại, mục tiêu điều trị quá nới lỏng sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng và các kết cục bất lợi về lâu dài. Tại Việt Nam, điều tra quốc gia năm 2020 ghi nhận tỷ lệ mắc ĐTĐ là 7,3%, tiền ĐTĐ 17,8%, và đáng chú ý có đến 62,6% người mắc ĐTĐ chưa được chẩn đoán. Trong nghiên cứu của Thạch Thị Phola, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1c chỉ đạt 44,9%, trong đó nhóm <65 tuổi có khả năng kiểm soát HbA1c cao gấp 1,82 lần so với nhóm ≥65 tuổi [2]. Tại Bệnh viện Thống Nhất, phân tích mô hình bệnh tật ở bệnh nhân nội trú giai đoạn 2013–2020 cho thấy nhóm bệnh IV (bệnh nội tiết và chuyển hóa theo ICD-10) có tỷ suất mắc dao động từ 262–838/1000 dân, trong đó ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất [3]. Bệnh viện Thống Nhất là bệnh viện đa khoa hạng I trực thuộc Bộ Y tế, đồng thời là một trong những trung tâm hàng đầu về lão khoa tại Việt Nam, cung cấp nguồn dữ liệu có giá trị và độ tin cậy cao về bệnh nhân cao tuổi. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu (NC) nhằm xác định tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các yếu tố lão khoa (suy yếu, đa bệnh, đa thuốc, nguy cơ tim mạch...) với hiệu quả điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 đến khám tại

phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 4/2025 đến tháng 8/2025.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có đủ xét nghiệm đánh giá tình trạng kiểm soát đường huyết trong vòng 3 tháng tại thời điểm thu nhận mẫu, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Quy trình nghiên cứu và thu thập số liệu: Các BN thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh được hỏi tiền căn bệnh lý, thăm khám lâm sàng, đánh giá mức độ suy yếu theo thang điểm đánh giá suy yếu lâm sàng CFS (Clinical Frailty Scale theo Canada) [4].

Các định nghĩa biến trong nghiên cứu

Đái tháo đường típ 2: BN được chẩn đoán và đang điều trị ĐTĐ với thuốc viên hạ đường huyết hoặc insulin trong thời gian ít nhất 3 tháng.

Mức độ suy thận mạn: nhẹ (giai đoạn 1-2: eGFR (MDRD) ≥60mL/phút); trung bình (giai đoạn 3a: eGFR (MDRD) 45-59mL/phút; nặng (giai đoạn 3b-5: eGFR (MDRD) <45mL/phút) [5].

Mức độ suy yếu [4]: đánh giá theo thang điểm đánh giá suy yếu lâm sàng CFS 2005 và được hiệu chỉnh lại vào năm 2020 gồm 9 mức độ, bệnh nhân suy yếu là khi CFS ≥ 4.

Đánh giá nguy cơ tim mạch theo ESC 2021 gồm 4 mức độ: thấp, trung bình, cao, rất cao [6].

Đặt mục tiêu HbA1c: dựa vào độ tuổi (điểm cắt: ≤ 80 tuổi và > 80 tuổi); mức độ suy yếu; biến chứng mạch vành, mạch máu ngoại biên (mạch máu chi dưới, mạch cảnh), mức độ tiểu microalbumin (điểm cắt ACR <30mg/g và ≥30mg/g); thời gian mắc bệnh ĐTĐ (điểm cắt: ≤10 năm và >10 năm); bệnh thận mạn (điểm cắt: eGFR (ước đoán theo công thức MDRD) <60mL/phút và ≥60mL/phút). Nếu BN có từ 0-1/5 vấn đề trên được đặt mục tiêu HbA1c <7%, nếu BN có từ 2-3/5 vấn đề trên được đặt mục tiêu HbA1c 7-8%, nếu BN có từ 4-5/5 vấn đề trên được đặt mục tiêu HbA1c >8%.

2.3. Phương pháp xử lý phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Phép kiểm t-test so sánh 2 biến định

lượng, phép kiểm χ^2 để so sánh 2 biến phân tầng. $p < 0,05$: có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận về các khía cạnh đạo đức và tính an toàn của đề tài nghiên cứu số 241/2025/CN-BVTN-HĐĐĐ ngày 28 tháng 04 năm 2025.

3. KẾT QUẢ

Từ tháng 4/2025 đến tháng 8/2025, tại Phòng khám Nội tiết - Bệnh viện Thống Nhất, chúng tôi thu thập được 185 BN cao tuổi mắc ĐTĐ típ 2. Tuổi trung vị của mẫu nghiên cứu là 68 tuổi (64–75,5), trong đó nam giới chiếm 52,4%. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung vị là 23,1 kg/m², thuộc ngưỡng thừa cân theo phân loại của IDI & WPRO. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ có trung vị là 10 năm.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

	Chung (n=185)	Đạt mục tiêu điều trị (n=84)	Không đạt mục tiêu điều trị (n=101)	p
Tuổi (năm)	68 (64-75,5)	67 (63,3-76)	69 (65-75)	0,225
Tuổi ≥80 tuổi (n,%)	23 (12,4)	7 (8,3)	16 (15,8)	0,123
Nam (n,%)	97 (52,4)	44 (52,4)	53 (52,5)	0,99
BMI (kg/m ²) (n,%)	23,1 (21,5-24,9)	23,1 (21,8-24,4)	23 (21,3-25,2)	0,89
Thiếu cân	6 (3,2)	3 (3,6)	3 (3)	0,872
Bình thường	83 (44,9)	36 (42,9)	47 (46,5)	
Thừa cân/béo phì	96 (51,9)	45 (53,6)	51 (50,5)	
Tiền căn THA (n,%)	160 (86,5)	74 (88,1)	86 (85,1)	0,559
Thời gian mắc bệnh ĐTĐ (năm)	10 (5-20)	10 (3,3-20)	12 (6-20)	0,143
Bệnh mạch vành (n,%)	60 (32,4)	23 (27,4)	37 (36,6)	0,166
Bệnh mạch máu ngoại biên do xơ vữa (n,%)	69 (37,3)	31 (36,9)	38 (37,6)	0,771
Bệnh thận mạn (n,%)				
BTM gđ 1-2	131 (70,8)	61 (72,6)	70 (69,3)	0,883
BTM gđ 3a	42 (22,7)	18 (21,4)	24 (23,8)	
BTM gđ 3b-5	12 (6,5)	5 (6)	7 (6,9)	
Đa thuốc (n,%)	145 (78,4)	64 (76,2)	81 (80,2)	0,51
Đa bệnh (n,%)	182 (98,4)	83 (98,8)	99 (98)	0,672
Suy yếu (n,%)	80 (43,2)	29 (34,5)	51 (50,5)	0,029
Nguy cơ tim mạch (n,%)				
Thấp	3 (1,6)	2 (2,4)	1 (1)	0,333
Trung bình	12 (6,5)	7 (8,3)	5 (5)	
Cao	132 (71,4)	62 (73,8)	70 (69,3)	
Rất cao	38 (20,5)	13 (15,5)	25 (24,8)	

Tỷ lệ BN suy yếu ở nhóm đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c thấp hơn so với nhóm không đạt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,029$). Kết quả này cho thấy tình trạng suy yếu là một yếu tố ảnh hưởng bất lợi đến khả năng kiểm soát đường huyết ở BN cao tuổi mắc ĐTĐ típ 2.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

	Chung (n=185)	Đạt mục tiêu điều trị (n=84)	Không đạt mục tiêu điều trị (n=101)	p
ĐH đói (mmol/L)	7 (6,1-8,8)	6,8 (5,8-7,9)	7,6 (6,4-9,7)	0,01
HbA1c (%)	6,9 (6,4-8,4)	6,7 (6,2-7,6)	7,5 (6,6-8,8)	<0,001
Creatinin máu (μmol/L)	90 (75-104)	91 (78,4-103,8)	90 (75-108,5)	0,637
eGFR (mL/phút)	69,1 (58-79,1)	68,6 (57,3-80,5)	69,3 (58,1-78,9)	0,962
Cholesterol TP (mmol/L)	4,1 (3,4-5)	4,1 (3,5-4,8)	4 (3,2-5,1)	0,864
Triglyceride (mmol/L)	1,7 (1,2-2,5)	1,8 (1,2-2,5)	1,6 (1,1-2,5)	0,795
LDL-c (mmol/L)	2,04 (1,4-2,8)	2,1 (1,5-2,5)	2 (1,4-2,9)	0,848
HDL-c (mmol/L)	1,2 (1-1,4)	1,2 (1-1,4)	1,2 (1-1,4)	0,355
RL lipid máu (n,%)	96 (51,9)	45 (53,6)	51 (50,5)	0,677

3.2. Tình trạng kiểm soát đường huyết mục tiêu và các yếu tố lão khoa liên quan đến việc kiểm soát đường huyết ở BN ĐTĐ típ 2 cao tuổi

Tỷ lệ BN đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c là 45,4%. Các yếu tố lão khoa khác như đa bệnh và đa thuốc không ghi nhận mối liên

quan có ý nghĩa thống kê với khả năng đạt mục tiêu điều trị. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến cho thấy tình trạng suy yếu (OR = 0,48; KTC 95%: 0,25–0,92; p = 0,027) và nguy cơ tim mạch cao (OR = 0,57; KTC 95%: 0,32–0,99; p = 0,047) là hai yếu tố độc lập liên quan đến việc giảm khả năng đạt mục tiêu HbA1c.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố lão khoa liên quan đến việc đạt mục tiêu HbA1c ở BN đái tháo đường típ 2 cao tuổi

	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p
Tuổi	0,979	0,94 – 1,02	0,301	1,005	0,96 – 1,05	0,828
Đa bệnh	1,677	0,15 – 18,82	0,675	3,57	0,28 – 45,13	0,325
Đa thuốc	0,79	0,39 – 1,59	0,51	0,83	0,39 – 1,75	0,62
Suy thận	0,851	0,45 – 1,61	0,622	0,88	0,43 – 1,78	0,716
Suy yếu	0,517	0,29 – 0,94	0,03	0,48	0,25 – 0,92	0,027
Nguy cơ tim mạch	0,613	0,36 – 1,04	0,07	0,57	0,32 – 0,99	0,047

OR: odds ratio, KTC 95%: khoảng tin cậy 95%, p<0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Trong NC này, tuổi trung vị của BN cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 là 68 tuổi, trong đó có 12,4% từ 80 tuổi trở lên, với thời gian mắc bệnh trung vị là 10 năm. Đa số BN có kèm bệnh mạn tính, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (86,5%), tiếp theo là bệnh mạch máu ngoại biên do xơ vữa (37,3%) và bệnh mạch vành mạn (32,4%). Đây là đặc điểm điển hình của nhóm BN cao tuổi, thường có đa bệnh lý phức tạp, đặc biệt là bệnh tim mạch kết

hợp với ĐTĐ. So sánh với NC của Thạch Thị Phola [2], tỷ lệ tăng huyết áp thấp hơn (50%), trong khi bệnh mạch vành cao hơn (45,5%) và bệnh mạch máu ngoại biên thấp hơn (5,3%). Sự khác biệt này có thể giải thích bởi đối tượng NC của Thạch Thị Phola [2] bao gồm cả người trưởng thành ≥17 tuổi, trẻ hơn so với mẫu NC tập trung vào người cao tuổi của chúng tôi. Với nhóm BN cao tuổi và thời gian mắc bệnh kéo dài, tỷ lệ biến chứng mạch máu (tim mạch, thận mạn giai đoạn cuối, đột quỵ, đoạn chi) có xu hướng cao hơn, phù hợp với y văn [7].

Về nguy cơ tim mạch, đa số BN ĐTĐ

típ 2 cao tuổi được phân loại vào nhóm nguy cơ tim mạch cao (71,4%) và rất cao (20,5%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung vị là 23,1 kg/m², trong đó 51,9% BN thừa cân hoặc béo phì. Những số liệu này cho thấy gánh nặng nguy cơ tim mạch đồng hành cùng tình trạng thừa cân khá phổ biến ở đối tượng NC. Kết quả này gần tương đồng với NC của Thạch Thị Phola [2] (tỷ lệ thừa cân/béo phì 53,3%, BMI trung bình 23,5 ± 3 kg/m²) và cao hơn so với NC của Hứa Thành Nhân [8], trong đó tỷ lệ béo phì là 45% với BMI trung bình 24,9 ± 3,5 kg/m². Sự khác biệt có thể do tiêu chuẩn phân loại, đặc điểm dân số và phân bố mỡ bụng ở người cao tuổi. Tỷ lệ cao này nhấn mạnh cần quản lý toàn diện các yếu tố nguy cơ, kết hợp kiểm soát cân nặng, dinh dưỡng, vận động và điều trị thuốc để giảm biến cố tim mạch.

Về cận lâm sàng, tỷ lệ rối loạn lipid máu ở BN ĐĐT típ 2 cao tuổi là 51,9%. Độ lọc cầu thận (eGFR) trung vị đạt 69,1 (58–79,1) mL/phút, phản ánh mức suy giảm chức năng thận nhẹ đến vừa. Không có khác biệt bilan lipid và chức năng thận giữa hai nhóm HbA1c, có thể do đặc điểm dân số NC và ảnh hưởng của nhiều yếu tố khác (tuổi, thời gian bệnh, thuốc đang dùng). Kết quả nhấn mạnh rằng kiểm soát đường huyết đơn thuần chưa đủ, cần chiến lược đa yếu tố (statin, ức chế men chuyển/ức chế thụ thể, SGLT2i, thay đổi lối sống) để quản lý nguy cơ tim thận ở BN cao tuổi.

4.2. Tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c

Trong NC của chúng tôi, tỷ lệ BN cao tuổi mắc ĐĐT típ 2 đạt mục tiêu kiểm soát HbA1c là 45,4%. Đây là con số phản ánh mức độ kiểm soát đường huyết còn hạn chế, cho thấy gần một nửa số BN chưa đạt được mục tiêu điều trị. Kết quả này tương đồng với NC của Thạch Thị Phola [2] và cao hơn so với NC của Nguyễn Thị Thanh Nga [9] tại Bệnh viện Nguyễn Trãi, nơi tỷ lệ đạt HbA1c chỉ là 11,1%. Sự khác biệt có thể do khác nhau về đặc điểm dân số NC, phương pháp đánh giá cũng như bối cảnh thực hành lâm sàng. Trên thế giới, các NC cho thấy tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c ở người cao tuổi rất khác nhau. Chẳng hạn, Fritsche A và cộng sự báo cáo 54,3% BN ≥65 tuổi đạt mục tiêu HbA1c cá thể hóa sau 12 tháng khởi trị insulin nền [10]. Trong khi đó, phân tích NHANES 2001–2010 cho thấy 61,5% người ≥65 tuổi tại Hoa Kỳ đạt HbA1c <7% [11]. Tỷ lệ đạt HbA1c thấp trong NC của chúng tôi có thể liên quan đến đặc điểm

dân số cao tuổi với thời gian mắc bệnh dài, đa bệnh lý và suy yếu, vốn làm tăng khó khăn trong tuân thủ điều trị và hạn chế lựa chọn thuốc. Ngoài ra, sự khác biệt giữa các NC có thể do khác nhau trong định nghĩa mục tiêu HbA1c cũng như mức độ tiếp cận điều trị tiên tiến (insulin analog, thuốc mới như SGLT2i hoặc GLP-1RA). Việc kiểm soát HbA1c ở người cao tuổi cần cá thể hóa, ưu tiên an toàn và gắn với bối cảnh thực hành địa phương, thay vì áp dụng một ngưỡng chung cho mọi BN.

4.3. Mối liên quan giữa các yếu tố lão khoa và kiểm soát đạt mục tiêu HbA1c

Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy suy yếu (OR = 0,48; KTC 95%: 0,25–0,92; p = 0,027) và nguy cơ tim mạch cao (OR = 0,57; KTC 95%: 0,32–0,99; p = 0,047) là hai yếu tố độc lập làm giảm khả năng đạt mục tiêu HbA1c. Các yếu tố lão khoa khác như đa bệnh và đa thuốc không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê với khả năng kiểm soát đường huyết. Bên cạnh đó, NC của Vũ Quang Hưng [12] trên 371 BN ĐĐT típ 2 tại Thái Bình cũng cho thấy nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đạt mục tiêu HbA1c, bao gồm thời gian mắc bệnh, chế độ ăn, hút thuốc lá và biến chứng mạch máu. Như vậy, kết quả của chúng tôi bổ sung thêm bằng chứng rằng ở nhóm BN cao tuổi, các yếu tố lão khoa như suy yếu và nguy cơ tim mạch có vai trò đặc biệt quan trọng. Một số cơ chế có thể giải thích mối liên quan này. Suy yếu phản ánh sự suy giảm về dự trữ sinh lý, khối cơ, khả năng vận động và cả chức năng nhận thức, làm BN dễ gặp khó khăn trong tuân thủ điều trị, duy trì chế độ ăn và luyện tập, từ đó ảnh hưởng đến kiểm soát đường huyết. Trong khi đó, nguy cơ tim mạch cao thường gắn liền với gánh nặng bệnh mạch máu và nhiều bệnh lý kèm theo, khiến việc lựa chọn và tối ưu hóa thuốc hạ đường huyết bị hạn chế do lo ngại tác dụng phụ hoặc tương tác thuốc. Nghiên cứu có hạn chế do thiết kế cắt ngang, thiếu dữ liệu về dinh dưỡng, nhận thức, tuân thủ và chỉ tiến hành tại một trung tâm. Kết quả NC này nhấn mạnh rằng kiểm soát đường huyết ở người cao tuổi mắc ĐĐT típ 2 cần được cá thể hóa, không chỉ dựa trên các yếu tố kinh điển mà phải tính đến đặc điểm lão khoa. Đặc biệt, cần thường quy đánh giá suy yếu và nguy cơ tim mạch trong thực hành, bởi đây là hai yếu tố độc lập ảnh hưởng đến khả năng đạt mục tiêu điều

trị. Ứng dụng vào thực tế, bác sĩ lâm sàng nên cân nhắc điều chỉnh mục tiêu HbA1c hợp lý hơn ở BN suy yếu hoặc nguy cơ tim mạch cao, nhằm cân bằng giữa lợi ích lâu dài của kiểm soát đường huyết và nguy cơ biến chứng do điều trị quá mức, đặc biệt là hạ đường huyết.

5. KẾT LUẬN

Kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 cao tuổi vẫn là một thách thức, với tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c còn hạn chế. Kết quả phân tích cho thấy tình trạng suy yếu và nguy cơ tim mạch cao là hai yếu tố độc lập làm giảm khả năng đạt được mục tiêu kiểm soát HbA1c.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Committee ADAPP. 13. Older Adults: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*. 2024;48(Supplement_1):S266-S282. doi: 10.2337/dc25-S013 %J Diabetes Care.
- [2] Phola TT. Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại phòng khám Nội tiết Bệnh viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường*. 2021;45:24-31.
- [3] Lê Đình Thanh, Trần Thị Hồng Nguyên, Lê Đăng Minh Anh, Phùng Ngọc Cẩm Tiên, Phạm Võ Kiều Thu, Võ Thành Toàn, et al. Phân tích mô hình bệnh tật nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất giai đoạn 2013-2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;531(1):98-105.
- [4] Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005 Aug 30;173(5):489-95. doi: 10.1503/cmaj.050051.
- [5] Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKDWG. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int*. 2024 Apr;105(4S):S117-S314. doi: 10.1016/j.kint.2023.10.018.
- [6] Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Back M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021 Sep 7;42(34):3227-3337. doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.
- [7] Pearl G. Lee, Halter JB. Diabetes Mellitus. In: Jeffrey B. Halter, Joseph G. Ouslander, Studenski S, editors. *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*. 8th ed: Mc Graw Hill; 2022. p. 2345-2392.
- [8] Hứa Thành Nhân. Tỷ lệ đạt mục tiêu HbA1c và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái

tháo đường típ 2 tại một phòng khám chuyên khoa nội tiết: Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2014.

- [9] Nguyễn Thị Thanh Nga. Theo dõi điều trị đái tháo đường tại một phòng khám bảo hiểm y tế: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2003.

- [10] Fritsche A, Anderten H, Pfohl M, Pscherrer S, Borck A, Pegelow K, et al. HbA1c target achievement in the elderly: results of the Titration and Optimization trial for initiation of insulin glargine 100 U/mL in patients with type 2 diabetes poorly controlled on oral antidiabetic drugs. *BMJ open diabetes research & care*. 2019;7(1):e000668. doi: 10.1136/bmj-drc-2019-000668.

- [11] Lipska KJ, Ross JS, Miao Y, Shah ND, Lee SJ, Steinman MA. Potential overtreatment of diabetes mellitus in older adults with tight glycemic control. *JAMA internal medicine*. 2015 Mar;175(3):356-62. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.7345.

- [12] Vũ Quang Hưng, Dương Thị Ngọc Yến, Đào Đình Quốc, Bùi Thị Trang, Phạm Thái Phương, Trần Thị Thuỳ Dương, et al. HbA1C control and associated factors among Type 2 diabetes patients in Thai Binh. *TAP CHÍ Y DƯỢC THÁI BÌNH*. 2024 %03/%31:15-20. doi: 10.62685/tbjmp.2025.16.04.