

Nghiên cứu gốc

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM NHÂN TRẮC VÀ LỐI SỐNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CHƯA ĐẠT MỤC TIÊU KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT

Trần Thị Nương^{1,✉}, Nguyễn Thị Tuyết Nhung²,
Phạm Ngọc Khái¹, Lê Minh Hiếu¹, Dương Thị An¹

¹ Trường Đại học Y Dược Thái Bình

² Phòng nghiên cứu khoa học, Công ty KENUBIO

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nhân trắc và lối sống ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 chưa đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 500 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 chưa đạt mục tiêu kiểm soát đường máu (HbA1c >7%).

Kết quả: Đối tượng nghiên cứu có 44,6% nam giới, tuổi trung bình 65,4 năm, HbA1c trung bình 8,12%, BMI trung bình 22,2 kg/m² và 37,8% thừa cân-béo phì. Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, tập thể dục < 5 lần/tuần, và không có thói quen dinh dưỡng tốt lần lượt là 22,0%, 16,4%, 53,2% và 33,2%.

Kết luận: Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 chưa đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết có tỷ lệ cao thừa cân-béo phì và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác như hút thuốc lá, uống rượu, bia, ít hoạt động thể lực, và có thói quen dinh dưỡng không tốt.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, nhân trắc, lối sống

ANTHROPOMETRIC CHARACTERISTICS AND LIFESTYLES IN DIABETES PATIENTS WITHOUT GOOD GLYCEMIC CONTROL

ABSTRACT

Aims: To describe anthropometric characteristics and lifestyle in diabetes patients who had not achieved their good glycemic control (HbA1c >7%).

Methods: A cross-sectional study was conducted among 500 patients with type 2 diabetes who had not achieved good glycemic control.

Results: The study population was 44.6% male, average age 65.4 years, average HbA1c 8.12%, average BMI 22.2 kg/m² and 37.8% overweight-obese. The rates of patients who smoke, use alcohol, exercise <5 times/week, and do not have good nutritional habits were 22.0, 16.4, 53.2, and 33.2%, respectively

Conclusion: Patients with type 2 diabetes without good glycemic control had a high rate of overweight-obesity and other cardiovascular risk factors including smoking, drinking alcohol and being physically inactive and poor nutritional habits.

Keywords: Type 2 diabetes, anthropometric characteristics, lifestyle

✉ Tác giả liên hệ: Trần Thị Nương
Email: nuongtrandr@gmail.com
Doi: 10.56283/1859-0381/633

Nhận bài: 21/9/2023 Chính sửa: 13/10/2023
Chấp nhận đăng: 20/10/2023
Công bố online: 24/10/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa có đặc trưng là tăng glucose huyết do khiếm khuyết về insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Thực trạng cho thấy trên thế giới tỷ lệ ĐTĐ týp 2 đang tăng nhanh ở hầu hết các nước, dự kiến đến năm 2040 trên thế giới số người mắc ĐTĐ sẽ tăng từ 415 năm 2015 lên đến 642 triệu người [1]. Ngày nay, quản lý đái tháo đường bao gồm kiểm soát nhiều yếu tố như kiểm soát đường huyết, kiểm soát huyết áp, kiểm soát cân nặng... trong đó kiểm soát đường huyết được coi là nhiệm vụ quan trọng hàng đầu trong quản lý đái tháo đường. Kiểm soát đường huyết mang lại

nhều lợi ích cho bệnh nhân, giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong. Các phương pháp kết hợp thuốc và lối sống lành mạnh đã cho thấy những hiệu quả trong việc kiểm soát đường huyết cho các bệnh nhân mắc ĐTĐ týp 2. Để tìm hiểu đặc điểm nhân trắc và lối sống ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có mức kiểm soát đường huyết chưa tốt, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm nhân trắc và lối sống ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 chưa đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết để từ đó xây dựng các biện pháp hỗ trợ bệnh nhân ĐTĐ týp 2 trong vấn đề dinh dưỡng và tập luyện được tốt hơn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang từ tháng 5/2021 đến tháng 3/2022 trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đang được điều trị ngoại trú tại 3 cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Thái Bình gồm Bệnh viện đa khoa huyện

Vũ Thư, Bệnh viện đa khoa thành phố Thái Bình, Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình, các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất.

2.2. Đối tượng nghiên cứu và chọn mẫu

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân đang điều trị ngoại trú đái tháo đường týp 2 có HbA1c >7%. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 18 trở lên, đang sử dụng các thuốc uống điều trị đái tháo đường hoặc Insulin với liều lượng ổn định trong 10 tuần, thời điểm thử nghiệm chỉ số

HbA1c >7,0%, không có các bệnh cấp tính nhập viện điều trị. Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ có thai và cho con bú.

Cỡ mẫu gồm 500 bệnh nhân. Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có HbA1c >7% được chọn.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng được sử dụng để thu thập số liệu về tuổi, giới, tiền sử bệnh tật, thói quen tập thể dục, hút thuốc lá, uống rượu bia, tiền sử bệnh tật, thói quen khai thác qua phỏng vấn trực tiếp.

Đo cân nặng bằng cân cảm ứng iScale. Đo chiều cao bằng thước đo chiều cao đứng.

Xét nghiệm HbA1c được thực hiện theo phương pháp đo quang trên máy Clinical Chemistry Analyzer Model CA 800, Furuno Electric Co., Ltd, Nhật Bản.

2.4. Phân tích số liệu

Quản lý số liệu theo phần mềm Epidata 3.1, xử lý và phân tích số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Các biến số định lượng có hàm phân phối chuẩn được biểu diễn bằng Mean \pm SD, các biến số định lượng không có phân phối chuẩn được biểu

diễn bằng Median (Range). Sử dụng kiểm định Mann-Whitney U test (hàm phân phối không chuẩn cho 2 nhóm độc lập) để so sánh trung bình biến định lượng ở 2 nhóm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện với sự thông qua của hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y

Dược Thái Bình số 528/HĐĐĐ ngày 20/5/2021.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	Nam	Nữ	Chung
Giới (n, %)	222 (44,4)	278 (55,6)	500 (100)
Tuổi trung bình (năm) (min–max)	64,79 (31–91)	65,93 (36–89)	65,41 (31–91)
HbA1c, % (mean \pm SD)	7,96 \pm 1,26	8,22 \pm 1,45	8,12 \pm 1,16

Tỷ lệ bệnh nhân nam là 44,4%, nữ là 55,6%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,41 tuổi, trong đó nam là 64,79 tuổi, nữ là 65,93 tuổi. Giá trị HbA1C trung bình là 8,12%, ở nam là 7,96%, nữ là 8,22%.

Bảng 2. Đặc điểm về nhân trắc của đối tượng nghiên cứu

BMI	Nam (n=222)		Nữ (n=278)		Chung (n=500)	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
< 18,5 kg/m ²	11	5,0	19	6,8	30	6,0
18,5–23 kg/m ²	94	42,3	187	67,3	281	56,2
> 23 kg/m ²	117	52,7	72	25,9	189	37,8
Trung bình (min–max)	22,89 (16,0–28,3)		21,68 (16,30–28,1)		22,23 (15,82–28,30)	

$p > 0,05$ so sánh BMI giữa nam và nữ

Tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng thừa cân-béo phì chiếm tỷ lệ 37,8%, trong đó tỷ lệ thừa cân-béo phì ở nam là 52,7%, ở nữ là 25,9%. BMI trung bình là 22,23 kg/m², tương đương giữa nam và nữ ($p > 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử một số bệnh lý đã mắc

Tiền sử bệnh	Số bệnh nhân (n=500)	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	227	45,2
Các bệnh về mắt	280	55,8
Bệnh tim mạch (đau ngực)	76	15,1
Đột quy	7	1,4
Các vấn đề về thận, bàng quang	65	12,9
Rối loạn lipid máu	199	39,6

Tỷ lệ bệnh nhân có các vấn đề về tim mạch bao gồm tăng huyết áp và các bệnh tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,3 %, về mắt chiếm tỷ lệ 55,8%.

3.2. Thói quen ăn uống, hoạt động thể lực

Tỷ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá chiếm tỷ lệ 22,0%. Tỷ lệ bệnh nhân có uống rượu bia chiếm tỷ lệ 16,4%.

Tỷ lệ bệnh nhân có thói quen ăn ít thực phẩm giàu tinh bột, ít chất béo chiếm 66,8%, nạp ít năng lượng chiếm tỷ lệ 64,2% (Bảng 4).

Đối tượng nghiên cứu phần lớn có thói quen ít vận động chiếm tỷ lệ thấp 12,0%, tỷ lệ bệnh nhân có thói quen tập thể dục > 5 lần/tuần chiếm tỷ lệ 46,8% (Bảng 5).

Bảng 4. Thói quen ăn uống ở người bệnh đái tháo đường

Thói quen ăn uống	Số bệnh nhân (n=500)	Tỷ lệ %
Ăn ít thực phẩm giàu tinh bột cao	334	66,8
Ăn ít thực phẩm chứa nhiều chất béo	334	66,8
Nạp ít năng lượng	321	64,2

Bảng 5. Thói quen tập thể dục

Hoạt động thể lực	Số bệnh nhân (n=500)	Tỷ lệ %
Ít vận động-tập thể dục < 1 lần/tuần	60	12,0
Tập thể dục 1 lần/tuần	16	3,2
Tập thể dục 2-3 lần/tuần	76	15,2
Tập thể dục 4-5 lần/tuần	114	22,8
Tập thể dục nhiều hơn 5 lần/tuần	234	46,8

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân nữ là 55,6%, bệnh nhân nam là 44,4%. Kết quả của chúng tôi tương tự tác giả Nguyễn Thy Khuê tỷ lệ nữ/nam là 58,9%/41,1% [2].

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là 65,5 tuổi, trong đó nam là 64,9 tuổi, nữ là 65,1 tuổi, không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với đặc điểm dịch tễ của bệnh nhân đái tháo đường trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), năm 2019 toàn thế giới có khoảng 463 triệu người trong độ tuổi 20–79. Độ tuổi phổ biến lại là những đối tượng đã nghỉ hưu sau 60 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của tác giả Nguyễn Thy Khuê và cộng sự năm 2020 quan sát 1631 bệnh nhân ĐTĐ, độ tuổi trung bình của bệnh nhân ĐTĐ là 62,7 tuổi [2].

Kiểm soát đường huyết tốt ($HbA1c < 7,0\%$ và glucose máu lúc đói $4,4-7,2$ mmol/L) là một trong những mục tiêu điều trị của ĐTĐ. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi chọn những đối tượng ĐTĐ có tình trạng kiểm soát đường máu chưa đạt mục tiêu do vậy $HbA1c$ trung bình khá cao $8,12\%$. Năm 2014, trong một nghiên cứu cắt ngang trên 600 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Medic Thành phố Hồ Chí Minh của tác giả Hứa Thành Nhân, kết quả cho thấy phần lớn bệnh nhân ĐTĐ có đường huyết chưa được kiểm soát tốt. Tỷ lệ đạt mục tiêu $HbA1c < 7\%$ là $33,7\%$, đường huyết lúc đói < 130 mg% là $40,5\%$.

Tỷ lệ bệnh nhân thừa cân-béo phì ($BMI > 23$ kg/m²) ở đối tượng nghiên

cứu chiếm tỷ lệ khá cao $37,8\%$. Giá trị BMI trung bình của của nam và nữ lần lượt là $22,89$ và $21,67$ kg/m². Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của Nguyễn Thy Khuê, BMI trung bình $23,9$ kg/m² [2]. Kết quả của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Viên Quang Mai nghiên cứu tại Quảng Nam năm 2014, tỷ lệ thừa cân béo phì là $14,3-18,7\%$. Có sự khác biệt này có thể giải thích do sự khác biệt địa bàn nghiên cứu và đối tượng bệnh nhân. Đối tượng bệnh nhân của chúng tôi là những bệnh nhân có sự kiểm soát đường máu chưa tốt, còn của tác giả là trên đối tượng ĐTĐ típ 2 nói chung.

Trong cơ chế bệnh sinh của đái tháo đường đã được xác định là do sự thiếu Insulin tương đối và sự đề kháng Insulin. Ở bệnh nhân thừa cân và béo phì có tình trạng tăng acid béo trong máu, cơ thể sẽ tiết ra một số hormon làm giảm tác dụng của insulin ở các cơ quan đích như gan, mô cơ, mô mỡ. Do vậy tình trạng đề kháng Insulin sẽ cải thiện khi giảm cân ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì. Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ đối tượng thừa cân-béo phì ở bệnh nhân ĐTĐ còn khá cao cần có các biện pháp tư vấn về chế độ ăn uống, luyện tập hợp lý để giúp bệnh nhân giảm cân một cách an toàn, bền vững.

Đặc điểm tiền sử bệnh tật đã mắc cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ có THA kèm theo chiếm $45,2\%$, tỷ lệ bệnh nhân có các vấn đề về mắt chiếm $55,8\%$, đột quỵ chiếm $1,4\%$, rối loạn lipid máu $39,6\%$. ĐTĐ và các vấn đề tim mạch có liên quan mật thiết với nhau, việc kiểm soát đường huyết mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, giảm 1% $HbA1c$ giúp giảm

21% biến chứng võng mạc và 33% biến chứng thận, về lâu dài giảm được 42% các biến cố tim mạch và 57% nguy cơ nhồi máu cơ tim, đột quỵ, hoặc tử vong do bệnh mạch vành [3, 4]. Trong một nghiên cứu thuần tập tại Thụy Điển với gần 300.000 bệnh nhân đái tháo đường, theo dõi trung bình 5,7 năm kết quả cho thấy ở những bệnh nhân ĐTĐ được kiểm soát tốt các yếu tố (HbA1c trong mục tiêu, nồng độ cholesterol, albumin niệu, hút thuốc lá và THA) thì tỷ lệ tử vong do tất cả các nguyên nhân, tỷ lệ đột quỵ, tỷ lệ nhồi máu cơ tim không có sự khác biệt với dân số chung. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng mức HbA1c ngoài mục tiêu là yếu tố dự báo mạnh nhất của đột quỵ não và nhồi máu cơ tim ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 [5, 6]. Tuy nhiên thực trạng kiểm soát đường máu tại Việt Nam còn nhiều hạn chế. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những đối tượng kiểm soát đường máu chưa tốt, do vậy để giải thích hiện tượng này có thể có một số lý giải liên quan đến cơ chế gây biến chứng ĐTĐ. Nói chung, các biến chứng mạch máu vĩ mô của bệnh tiểu đường là do quá trình xơ vữa tăng nhanh do tác động tổng hợp của nồng độ LDL-C tăng cao, đề kháng insulin ngoại vi, và thường là

do căng thẳng nội mô tăng áp lực lên mạch máu. Như đã thảo luận, việc kích hoạt PPAR và tăng nồng độ adiponectin sẽ có tác dụng có lợi đối với các mảng xơ vữa động mạch và bệnh mạch máu lớn. Tuy nhiên, các cơ chế bệnh lý cơ bản của các biến chứng vi mạch đặc trưng bởi sự dày lên của màng đáy, mất lớp màng ngoài, tân mạch và sự hình thành các vi mạch có thể bao gồm các yếu tố khác nhau. Stress oxy hóa có thể đóng một vai trò quan trọng trong tổn thương tế bào trong tăng đường huyết với sự hình thành các gốc tự do và các loại oxy phản ứng gây độc cho tế bào nội mô), và các cytokine, chẳng hạn như VEGF, interleukin-1 β , interleukin 6 (IL-6) và TNF α . Nồng độ VEGF toàn thân thường tăng ở bệnh nhân đái tháo đường và nồng độ nội nhân cao thường được quan sát thấy ở những người có thay đổi tăng sinh do nồng độ cao của yếu tố phiên mã (HIF), một yếu tố phiên mã, do đó kích thích giải phóng VEGF-A. Sau khi liên kết với các thụ thể VEGF trên tế bào nội mô, quá trình hình thành mạch được thúc đẩy thông qua con đường trung gian tyrosine kinase.

4.2. Đặc điểm về thói quen ăn uống, hoạt động thể lực

Thói quen hút thuốc lá, sử dụng rượu bia: Bệnh nhân ĐTĐ tít 2 để đạt được mục tiêu kiểm soát đường máu cũng như hạn chế các biến chứng thì bên cạnh việc sử dụng các thuốc điều trị, việc duy trì thói quen ăn uống lành mạnh kết hợp với chế độ tập luyện hợp lý sẽ góp phần nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân còn sử dụng thuốc lá là 22,0%, có uống rượu bia chiếm 16,7%. Thuốc lá là một trong các yếu tố tác động xấu đến nội mạc mạch máu gây ra những rối loạn

chức năng nội mạc và ảnh hưởng không tốt đến chức năng điều hòa vận mạch cũng như một số chức năng khác của nội mạc mạch máu làm tăng khả năng bị THA. Nicotin trong thuốc lá có tác dụng chủ yếu làm co mạch ngoại biên, làm tăng nồng độ serotonin, catecholamin ở não và tuyến thượng thận, các chất này huy động các acid béo trong các dự trữ mỡ và làm tăng cholesterol gây xơ vữa mạch. Hút thuốc lá làm nhịp tim nhanh, huyết áp tăng lên, lưu lượng tim và công của tim cũng tăng lên, động mạch bị co

lại, từ đó làm tăng các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ. Hiện nay các khuyến cáo cho rằng nếu sử dụng rượu bia điều độ tức không quá 1 đơn vị mỗi ngày (một đơn vị uống tương đương 60 ml rượu vang, 300 ml bia, 30 ml rượu mạnh) không gây nguy cơ tim mạch và trong chừng mực nào đó nếu uống rượu vang đỏ có thể giúp ngăn ngừa xơ vữa mạch và bệnh động mạch vành do làm tăng HDL-C máu, tuy nhiên theo thống kê của Bệnh viện Tâm Thần Trung Ương điều tra tại 5 điểm dân cư của Việt Nam năm 2000 cho thấy tỷ lệ lạm dụng rượu, nghiện rượu là 4,15% dân số. Lê Anh Tuấn nghiên cứu tại Hà Nội năm 2009 cho thấy tỷ lệ lạm dụng rượu, nghiện rượu tại Hà Nội tương ứng là 11,27% và 3,23%.

Về thói quen hoạt động thể lực. trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có tập thể dục > 5 lần/tuần chiếm tỷ lệ 48,6 %, vẫn còn hơn 50% bệnh nhân chưa đạt mức hoạt động thể lực tối thiểu theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới. Việc vận động đều đặn hằng ngày ít nhất 30 phút mang lại lợi ích rõ rệt trong giảm nguy cơ bệnh tim mạch. Người ta đã chứng minh việc tập luyện thể lực thường xuyên với cường độ từ vừa đến nặng làm giảm nguy cơ xuất hiện nhồi máu cơ tim đồng thời nâng cao khả năng sống sót khi nhồi máu cơ tim và cũng như giúp phòng ngừa bệnh tim mạch. Tập luyện dường như cũng có tác động tích cực tới các yếu tố nguy cơ khác. Lợi ích của tập luyện là ở việc giảm cân

nặng, tăng khả năng dung nạp đường, tăng sức mạnh cơ tim, tăng nồng độ LDL-C, giảm căng thẳng, hạ huyết áp.

Về thói quen dinh dưỡng: Tỷ lệ bệnh nhân có thói quen dinh dưỡng tốt chiếm tỷ lệ cao 66,8%. Chế độ ăn nhiều rau, trái cây giúp ngăn ngừa bệnh tim mạch. Chế độ ăn nhiều protid, lipid, glucid có liên quan chặt chẽ đến gia tăng bệnh béo phì. Các nghiên cứu cho thấy mỗi ngày chỉ cần ăn dư 70 kcal sẽ dẫn đến tăng cân, giảm khả năng kiểm soát đường máu. Do vậy chúng tôi cũng đã tư vấn cho các đối tượng nên duy trì thói quen dinh dưỡng lành mạnh để góp phần nâng cao khả năng kiểm soát cân nặng cũng như kiểm soát đường máu [7]. Nghiên cứu mức độ kiểm soát đường huyết và mối liên quan với kiến thức - thái độ - thực hành cùng các yếu tố khác của bệnh nhân đái tháo đường tít 2 khám tại Bệnh viện Quận 5 của Đoàn Thị Kim Ngân năm 2018 thì tỷ lệ kiểm soát đường huyết tốt là 30,2%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến mức độ kiểm soát đường huyết bao gồm: thời gian mắc bệnh, sử dụng thuốc, Triglyceride máu, kiến thức – thực hành của đối tượng nghiên cứu về bệnh đái tháo đường và chế độ dinh dưỡng, tập luyện.

Hạn chế của đề tài: Việc đánh giá về các hoạt động thể lực, các thông tin về vấn đề dinh dưỡng có tính định tính, chưa đánh giá mức độ sử dụng, cường độ tập luyện.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nghiên cứu là cao, ngoài ra trong lối sống của bệnh nhân còn có các yếu tố nguy cơ tim

mạch khác như hút thuốc lá, uống rượu bia, ít hoạt động thể lực, có thói quen dinh dưỡng không tốt.

Lời cảm ơn

Chúng tôi xin gửi lời cảm ơn sâu sắc tới Ban giám đốc, các bác sĩ tại Phòng khám Nội của Bệnh viện Đa khoa Vũ Thư, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thái

Bình, Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình đã nhiệt tình giúp đỡ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Tài liệu tham khảo

1. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017;128:40–50.
2. Nguyen KT, Diep BTT, Nguyen VDK, et al. A cross-sectional study to evaluate diabetes management, control and complications in 1631 patients with type 2 diabetes mellitus in Vietnam. *International Journal of Diabetes in Developing Countries.* 2020;40:70-79.
3. American Diabetes Association. Standards of Medical care in Diabetes. *The Journal of Clinical and Applied research and Education.* 2018;41.
4. Genuth S, Eastman R, Kahn R, Klein R, et al. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. *Diabetes Care.* 2003;26:28-32.
5. Fasil A, Biadgo B, and Abebe M. Glycemic control and diabetes complications among diabetes mellitus patients attending at University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *Diabetes Metab Syndr Obes.* 2018;12:75–83.
6. Borgharkar SS and Das SS. Real-world evidence of glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in India: the TIGHT study. *BMJ Open Diabetes Res Care.* 2019;7(1):654.
7. Tổ chức Y tế Thế giới. Chế độ ăn, dinh dưỡng và dự phòng các bệnh mãn tính. Geneva, Dịch từ nguyên bản tiếng Anh. 2003. pp. 155-163.