

Một khía cạnh kỹ thuật quan trọng khác là quyết định dùng mũi khoan trephine cách chóp implant 3 mm, để mũi khoan sau cùng hoàn thiện phần sửa soạn đến chiều dài chóp implant. Điều này không chỉ giúp tối ưu hóa độ vững ổn ban đầu của implant mà còn tạo ra nguồn xương tự thân dạng hạt có thể thu thập được trong các trường hợp cần ghép xương trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

1. Quy trình phẫu thuật đặt implant có hướng dẫn toàn bộ bằng MHDPT, sử dụng mũi khoan trephine và dụng cụ Trephine Key cho thấy các giá trị sai lệch thấp hơn so với kết quả trung bình được ghi nhận trong y văn. Điều này chứng tỏ quy trình có tiềm năng ứng dụng trên lâm sàng, trong các trường hợp cần thu thập lõi xương tự thân tại chỗ để ghép xương đồng thời tạo lỗ đặt implant mà vẫn duy trì được độ chính xác cao.

2. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ chính xác giữa implant hai nhóm sử dụng mũi khoan trephine đường kính trong 2,5 mm và 2,9 mm. Điều này gợi ý rằng việc lựa chọn mũi trephine có đường kính trong 2,9 mm để thu thập lõi xương lớn hơn là một lựa chọn lâm sàng khả thi, không ảnh hưởng đến độ chính

xác của implant được đặt so với khi sử dụng mũi khoan trephine đường kính trong 2,5 mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ferraz MP. Bone Grafts in Dental Medicine:** An Overview of Autografts, Allografts and Synthetic Materials. Materials (Basel). May 31 2023;16(11)doi:10.3390/ma16114117
- Khoury F, Doliveux R.** The Bone Core Technique for the Augmentation of Limited Bony Defects: Five-Year Prospective Study with a New Minimally Invasive Technique. Int J Periodontics Restorative Dent. Mar/Apr 2018;38(2):199-207. doi:10.11607/prd.3467
- Wismeijer D, Joda T, Flügge T, et al.** Group 5 ITI Consensus Report: Digital technologies. Clinical Oral Implants Research. 2018; 29(S16):436-442. doi:https://doi.org/10.1111/clr.13309
- K S.** Guided implant placement using the trephine drill non-sleeve and immediate provisional crown or bridge in the esthetic zone. International Research Journal of Medicine and Medical Sciences. 01/01 2017;08doi:10.14303/jmms.2017.050
- Suriyan N, Sarinnaphakorn L, Deeb GR, Bencharit S.** Trephination-based, guided surgical implant placement: A clinical study. J Prosthet Dent. Mar 2019;121(3):411-416. doi:10.1016/j.prosdent.2018.06.004

ĐẶC ĐIỂM XỬ TRÍ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRƯỚC KHI ĐẾN BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Kim Dung¹, Nguyễn Quang Bẩy^{1,2}, Nguyễn Thị Thúy Hằng³

TÓM TẮT

Tổng quan: Hạ đường huyết (HĐH) là biến chứng cấp tính thường gặp ở người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Tuy nhiên, nhận thức và kỹ năng xử trí HĐH trước khi nhập viện của người bệnh còn hạn chế, làm tăng nguy cơ biến chứng nặng và tử vong. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm người bệnh ĐTĐ bị HĐH nhập viện tại Bệnh viện Bạch Mai và đặc điểm xử trí trước khi đến viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 100 người bệnh ĐTĐ bị HĐH nhập viện điều trị tại bệnh viện Bạch Mai từ T12/2024 đến T4/2025. **Kết quả:** 89% người bệnh nhập viện trong tình trạng HĐH độ 3 (nặng); chỉ 17% nhận biết được triệu chứng HĐH; 14% có xử trí tại nhà; 12% đi qua cơ sở y tế trước khi đến Bạch Mai. **Kết luận:** Nhận

thức về HĐH của người bệnh ĐTĐ còn thấp và tỷ lệ xử trí sai còn chiếm đa số.

Từ khóa: Hạ đường huyết, đái tháo đường, Bệnh viện Bạch Mai.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF HYPOGLYCEMIA MANAGEMENT IN DIABETIC PATIENTS PRIOR TO ADMISSION TO BACH MAI HOSPITAL

Background: Hypoglycemia is a common acute complication in patients with diabetes mellitus (DM). However, patients' awareness and skills in managing hypoglycemia at home before hospital admission remain limited, increasing the risk of severe complications and mortality. **Objective:** To describe the characteristics of diabetic patients hospitalized with hypoglycemia at Bach Mai Hospital and to assess their pre-hospital treatment practices. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 100 diabetic patients admitted with hypoglycemia to the Department of Endocrinology, Bach Mai Hospital, from December 2024 to April 2025. **Results:** Among the patients, 89% were admitted with grade 3 (severe) hypoglycemia. Only 17% could recognize the symptoms of hypoglycemia; 14% performed any

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Dung

Email: nguyendung1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

management at home, and 12% visited another healthcare facility before coming to Bach Mai Hospital.

Conclusion: The awareness of hypoglycemia among diabetic patients remains low, and the rate of incorrect management is still predominant.

Keywords: Hypoglycemia, diabetes mellitus, Bach Mai Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ đường huyết (HĐH) là một biến chứng cấp tính ở người bệnh ĐTĐ xảy ra khi lượng glucose máu giảm xuống < 3.9 mmol/l. Ước tính có khoảng 2 – 4 % người bệnh ĐTĐ tử vong do HĐH mỗi năm[1]. HĐH là một cấp cứu nội khoa thường gặp đòi hỏi phải chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nhưng trên thực tế, nhiều người bệnh chưa biết cách tự kiểm tra đường huyết, không nhận biết dấu hiệu HĐH cũng như xử trí kịp thời tại nhà. Không ít trường hợp di chuyển ngay đến Bệnh viện Bạch Mai từ những địa phương rất xa, thay vì xử trí tại chỗ hoặc đến cơ sở y tế gần nhất, đặc biệt là những người bệnh bị HĐH nặng. Nhiều người bệnh bị HĐH nặng, hôn mê, theo nguyên tắc cần phải đưa đến cơ sở y tế gần nhất, có khả năng chẩn đoán và xử trí nhưng do sự thiếu hiểu biết của những người xung quanh nên đã bỏ qua thời gian điều trị hiệu quả, khiến việc điều trị chậm trễ và có thể để lại những hậu quả nghiêm trọng như: rối loạn nhịp tim, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, sa sút trí tuệ, co giật, té ngã, thậm chí tử vong.

Hiện tại ở Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu tập trung vào nhóm người bệnh bị HĐH được xử trí trong bệnh viện, rất ít các nghiên cứu về xử trí HĐH trước khi nhập viện. Mà gần đây tại bệnh viện Bạch Mai gặp rất nhiều trường hợp người bệnh bị HĐH nặng, theo nguyên tắc là cần xử trí sớm và kịp thời, nhưng người bệnh ở các tỉnh xa lại chọn đến bệnh viện Bạch Mai, bỏ qua các tuyến y tế cơ sở gần nhất, gây chậm trễ trong việc xử trí, để lại những hậu quả nghiêm trọng. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích tìm hiểu đặc điểm xử trí hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường trước khi đến Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 100 người bệnh đái tháo đường bị hạ đường huyết vào điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 12/2024 đến tháng 04/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA 2024).
- Đang điều trị thuốc hạ đường huyết

- Chẩn đoán HĐH theo tam chứng Whipple và theo khuyến cáo ADA 2024 là: Đường huyết < 3.9 mmol/l

- Người bệnh ĐTĐ vào điều trị tại khoa Nội tiết, bệnh viện Bạch Mai

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phụ nữ có thai hoặc bị ĐTĐ thai kỳ.
- Người bệnh hôn mê không hồi phục.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

2.3. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu toàn bộ: người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian thực hiện nghiên cứu.

2.4. Thu thập số liệu. Số liệu được thu thập bằng phỏng vấn, khám lâm sàng, xét nghiệm và các cận lâm sàng khác theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất nhằm đánh giá các chỉ tiêu nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu

- + Số liệu được xử lý bằng SPSS 26.0.
- + So sánh các giá trị trung bình, tỷ lệ bằng các kiểm định t-test, Chi-square để phân tích các yếu tố ảnh hưởng lên thời gian hết triệu chứng hạ đường huyết.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu là nghiên cứu mô tả, không can thiệp nên không gây hại cho đối tượng nghiên cứu. Thông tin của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu (N=100)

Đặc điểm người bệnh		N	%	
Tuổi (Trung bình 73,43±9,45)	<60 tuổi	8	8	
	60 -70 tuổi	27	27	
	>70 tuổi	65	65	
Giới	Nữ	47	47	
	Nam	53	53	
Trình độ học vấn	Tiểu học và không biết chữ	43	43	
	THCS	30	30	
	THPT	15	15	
	CD&ĐH	9	9	
	Sau ĐH	3	3	
Khu vực sống	Hà Nội (HN)	Nội thành	23	23
		Ngoại Thành	24	24
	Ngoài HN	Thành thị	13	13
		Nông thôn	40	40

Nhận xét: Tuổi trung bình của người bệnh là 73,43 ± 9,5 tuổi, trong đó người bệnh trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (65%). Trình độ học vấn chủ yếu là tiểu học và THCS (chiếm 73%).

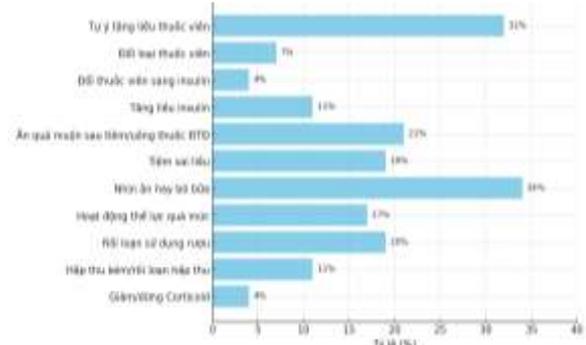
Tỷ lệ sống tại Hà Nội chiếm 47%, trong khi đó tỷ lệ sống ngoài Hà Nội là 53%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến HĐH

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến HĐH

Đặc điểm người bệnh		N	%
BMI: 22,38 ± 3,21 (kg/m ²)			
HbA1c: 6,83 ± 1,47 %			
Mức độ suy thận (N=28)	Độ 3a	11	11
	Độ 3b	11	11
	Độ 4 và 5	6	6
Thời gian mắc ĐTD	<5 năm	34	34
	5-10 năm	36	36
	>10 năm	30	30
Tiền sử HĐH	HĐH nhập viện	14	14
	Tiền sử có triệu chứng HĐH nhưng chưa phải nhập viện	47	47
	Không	39	39
Tần suất tiên sử HĐH cần nhập viện	<2 lần	8	8
	2-3 lần	5	5
	>3 lần	1	1
Tần suất tiên sử triệu chứng HĐH chưa phải nhập viện (lần/tuần)	<2 lần	16	16
	2-3 lần	12	12
	>3 lần	8	8
Phương pháp điều trị			
Chỉ dùng thuốc viên (N= 56)	Đơn trị liệu SU	8	8
	2 loại SU	2	2
	SU+Metformin	34	34
	SU+Metformin+Acarbose	7	7
	SU+Metformin+ức chế DPP4	2	2
	SU+Metformin+SGLT2-i	1	1
	Metformin+ức chế DPP4	2	2
Đơn trị liệu Metformin	1	1	
Chỉ dùng Insulin			
Kết hợp điều trị thuốc viên và insulin (N=23)	Insulin kết hợp SU	2	2
	Insulin kết hợp thuốc viên khác SU	21	21
Mức độ HĐH	Độ 1	4	4
	Độ 2	7	7
	Độ 3	89	89

Nhận xét: Phần lớn người bệnh đã mắc ĐTD ≥ 5 năm (66%), trong đó nhóm >10 năm là 30%. Phương pháp điều trị chủ yếu là thuốc viên (56%), tuy nhiên có đến 44% người bệnh đang dùng insulin hoặc phối hợp insulin và thuốc viên. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử HĐH là 61%, trong đó tỷ lệ có tiền sử HĐH nặng nhập viện là 14%. Chỉ số BMI trung bình ở mức 22,38 ± 3,21 kg/m² và HbA1c trung bình 6,83 ± 1,47%. Tỷ lệ người bệnh suy thận chiếm 28%.



Biểu đồ 1. Nguyên nhân gây hạ đường huyết

Nhận xét: Nguyên nhân ăn hay bỏ bữa chiếm tỷ lệ cao nhất (34%), tiếp theo là tự ý tăng liều thuốc viên (32%) và ăn quá muộn sau tiêm insulin/ uống thuốc (21%).

3.4. Đặc điểm xử trí hạ đường huyết trước khi vào viện

Bảng 3. Đặc điểm xử trí hạ đường huyết trước khi vào viện

Đặc điểm người bệnh	N	%
Có nhận biết triệu chứng HĐH	Có	17 / 17.0
Thử ĐMMM tại nhà	Có	6 / 6.0
Qua cơ sở y tế khác	Có	12 / 12.0
Trường hợp HĐH nặng, có biết cần phải đưa NB đến y tế cơ sở gần nhất?	Có	1 / 1.0
Thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng tại nhà đến khi được đưa vào bệnh viện (phút)	Min Max M Std.	5 360 49.50 53.52
Thời gian hết triệu chứng	<30 phút	75 / 75.0
	≥30 phút	25 / 25.0

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh nhập viện trong tình trạng HĐH độ 3 chiếm đa số (89%), Có tới 83% người bệnh không nhận biết được dấu hiệu HĐH. Chỉ 14% người bệnh có xử trí tại nhà, 88% người bệnh đến thẳng Bệnh viện Bạch Mai mà không qua tuyến y tế cơ sở, cho thấy sự bỏ qua tuyến đầu. Đặc biệt, chỉ 1% biết rõ nguyên tắc cần đưa đến cơ sở gần nhất khi có HĐH nặng.

3.5. Một số yếu tố liên quan và thời gian hết triệu chứng

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan và thời gian hết triệu chứng

Yếu tố	TG hết triệu chứng		P	
	<30 phút	≥30 phút		
Khu vực sống	Hà Nội (HN)	40	7	0.024
	Ngoài HN	35	18	
BMI			0.214	

HbA1c (%)				0.174
Mức độ suy thận	Độ 3a	6	5	0.078
	Độ 3b	5	6	
	Độ 4 và 5	6	0	
Thời gian mắc ĐTĐ	< 5 năm	25	9	0.746
	5-10 năm	26	10	
	> 10 năm	24	6	
Tiền sử HĐH	HĐH nhập viện	6	8	0.016
	TS có T/C HĐH nhưng chưa phải nhập viện	37	10	
	Không	32	7	
Tần suất TS HĐH cần nhập viện	<2 lần	6	2	0.012
	2-3 lần	0	5	
	>3 lần	0	1	
Tần suất TS triệu chứng HĐH chưa phải nhập viện (lần /tuần)	<2 lần	15	1	0.036
	2-3 lần	10	2	
	>3 lần	4	4	
Phương pháp điều trị	Chỉ dùng thuốc viên	44	12	0.556
	Chỉ dùng Insulin	14	7	
	Kết hợp insulin và thuốc viên	17	6	
Mức độ HĐH	Độ 1	4	0	0.624
	Độ 2	6	1	
	Độ 3	65	24	
Nhận biết HĐH	Có	16	1	0.063
Thứ ĐMMM tại nhà	Có	6	0	0.332
Xử trí tại nhà	Có	14	0	0.019
Qua cơ sở y tế khác	Có	12	0	0.034
Thời gian đến cơ sở y tế				0.001

Nhận xét: Phần lớn người bệnh hết triệu chứng hạ đường huyết trong vòng < 30 phút (75 trường hợp). Chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, BMI, HbA1c, thời gian mắc ĐTĐ, mức độ HĐH với thời gian hết triệu chứng. Việc người bệnh được xử trí tại nhà ($p = 0.019$), đến khám tại cơ sở y tế khác trước khi vào Bệnh viện Bạch Mai ($p = 0,034$) hoặc thời gian được đưa đến cơ sở y tế ($p = 0.001$) cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với thời gian hết triệu chứng, khi không có người bệnh nào trong nhóm này bị kéo dài triệu chứng ≥ 30 phút.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $73,43 \pm 9,5$ tuổi,

trong đó người bệnh trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (65%). Theo Amit Akirov (2018), tăng mỗi 20 tuổi sẽ làm tăng nguy cơ HĐH thêm 11%. Người bệnh lớn tuổi thường có thời gian mắc bệnh ĐTĐ lâu năm, nhiều bệnh lý kèm theo, phải dùng kết hợp nhiều thuốc, khả năng đào thải thuốc kém và giảm khả năng nhận thức triệu chứng của HĐH, chính vì vậy nguy cơ HĐH và HĐH không triệu chứng tăng lên[2].

Trình độ học vấn chủ yếu là tiểu học và trung học cơ sở, chiếm 73%. Người bệnh sống tại Hà Nội có khả năng hồi phục triệu chứng nhanh hơn so với người bệnh ở ngoài Hà Nội ($p = 0,024$). Sự khác biệt này có thể liên quan đến khoảng cách đến Bệnh viện Bạch Mai. Điều này càng khẳng định khi người bệnh bị HĐH nặng, điều quan trọng nhất là đưa người bệnh đến cơ sở y tế gần nhất có khả năng truyền đường.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến HĐH:

Phần lớn người bệnh đã mắc ĐTĐ ≥ 5 năm (66%), và có tới 30% người bệnh mắc ĐTĐ trên 10 năm. Tiền sử HĐH phải nhập viện ($P = 0,016$) và tần suất HĐH nhiều lần ($P = 0,012$) đều liên quan đến nguy cơ có triệu chứng kéo dài, cho thấy mối liên hệ giữa tiền sử HĐH và thời gian hồi phục triệu chứng. Các đợt hạ đường huyết lặp đi lặp lại làm giảm các triệu chứng cảnh báo đặc trưng của một đợt mới đang hình thành. Các triệu chứng có thể không được nhận biết cho đến khi lượng đường xuống mức nguy hiểm [3].

Tỷ lệ người bệnh suy thận chiếm 28%. Giá trị trung bình của chỉ số BMI là $22,38 \pm 3,21$ kg/m² và HbA1c là $6,83 \pm 1,47\%$. Một trong các nguyên nhân chính gây HĐH là do điều trị, kiểm soát tích cực đường máu làm tăng nguy cơ HĐH, điều này được chỉ ra trong nghiên cứu DCCT, ACCORD[4]. Tỷ lệ người bệnh điều trị thuốc viên chiếm 56%, trong đó có tới 52 % dùng nhóm thuốc SU và tỷ lệ điều trị kết hợp thuốc viên và insulin là 21%. Điều này khá tương tự với một nghiên cứu của Lưu Thúy Quỳnh (2021) cho thấy việc sử dụng thuốc insulin đơn thuần hoặc kết hợp có tỷ lệ gây HĐH cao nhất 53,3%, sau đó đến SU 50,5% [5]

Nguyên nhân hay gặp nhất gây HĐH là nhịn ăn hay bỏ bữa chiếm tỷ lệ cao nhất (34%), tiếp theo là tự ý tăng liều thuốc viên (32%) và ăn quá muộn sau tiêm insulin/uống thuốc (21%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lưu Thúy Quỳnh (2021) cho thấy ăn kém/bỏ ăn chiếm tỷ lệ cao nhất tới 71%, thay đổi liều thuốc chiếm 18,7%[5]. So sánh giữa hai nghiên cứu cho thấy bỏ bữa vẫn là yếu tố hàng đầu, dù tỷ lệ

có sự khác biệt – điều này có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, bối cảnh bệnh viện và mức độ giáo dục sức khỏe giữa các nhóm người bệnh.

4.3. Đặc điểm xử trí HĐH trước khi nhập viện: Tỷ lệ người bệnh nhập viện trong tình trạng HĐH độ 3 chiếm đa số (89%), Tỷ lệ nhận biết dấu hiệu HĐH chỉ đạt 17%, chỉ 6% thử ĐMMM tại nhà, 14% có xử trí tại nhà, phần lớn còn lại không xử lý gì hoặc không biết cách xử trí. Có tới 88% người bệnh đến thẳng Bệnh viện Bạch Mai mà không qua tuyến y tế cơ sở, cho thấy sự bỏ qua tuyến đầu. Đặc biệt, chỉ 1% biết rõ nguyên tắc cần đưa đến cơ sở gần nhất khi có HĐH nặng. Theo nghiên cứu của chúng tôi, việc người bệnh được xử trí tại nhà ($p = 0.019$), đến khám tại cơ sở y tế khác trước khi vào Bệnh viện Bạch Mai ($p = 0,034$) hoặc thời gian được đưa đến cơ sở y tế ($p = 0.001$) cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với thời gian hết triệu chứng, khi không có người bệnh nào trong nhóm này bị kéo dài triệu chứng ≥ 30 phút. Điều này cho thấy khi xuất hiện tình trạng hạ đường huyết, điều quan trọng nhất là nhận biết và xử trí kịp thời, và đặc biệt là trong các trường hợp người bệnh nặng, có rối loạn ý thức hoặc hôn mê, cần phải đưa người bệnh đến tuyến y tế cơ sở gần nhất có khả năng truyền đường. Điều này tương tự với nghiên cứu của Lê Thanh Hà cho thấy, về thực hành phòng ngừa HĐH, kết quả cho thấy 63,9% người bệnh thực hành không đúng khi gặp cơn HĐH, có đến 32,4% người bệnh không thực hiện đo đường huyết ngay khi xuất hiện các triệu chứng[6]. Nghiên cứu của Girma (2015) cũng ghi nhận tỷ lệ thực hành sai về phòng ngừa HĐH lên tới 78,6% [7]. Tuy nhiên khi khảo sát về hiểu biết cơ bản để xử trí HĐH khi người bệnh còn tỉnh, uống được trước khi được đưa đến bệnh viện cấp cứu có tới 87,62% người bệnh không biết cách xử trí[8]. Như vậy, hạ đường huyết là biến chứng cấp tính phổ biến và nguy hiểm, đặc biệt ở người bệnh cao tuổi. Việc chậm trễ trong nhận biết và xử trí sớm làm tăng nguy cơ nhập viện nặng và kéo dài triệu chứng. Đáng lo ngại là có tới 99% người bệnh trong nghiên cứu không biết cần đưa đến cơ sở y tế gần nhất khi xuất hiện hạ đường huyết nặng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn người bệnh đái tháo đường nhập viện vì hạ đường huyết tại Bệnh viện Bạch Mai rơi vào tình trạng nặng (độ 3), trong khi tỷ lệ nhận biết triệu chứng và xử trí tại nhà còn rất thấp. Đa số người bệnh HĐH không biết cách nhận biết dấu hiệu, triệu chứng HĐH, không biết cách xử trí tại nhà và đặc biệt trong các trường hợp HĐH nặng theo nguyên tắc cần đưa đến cơ sở y tế gần nhất có khả năng truyền đường nhưng đa số người bệnh được đưa thẳng đến bệnh viện Bạch Mai dù người bệnh từ các tỉnh rất xa Hà Nội. Điều này cho thấy nhận thức về HĐH của người bệnh ĐTĐ còn thấp và tỷ lệ xử trí sai còn chiếm đa số.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association.** Standards of medical care in diabetes—2017. *Diabetes Care.* 2017;40(Suppl. 1). doi:10.2337/dc17-S001.
2. **Akirov A, Amitai O, Masri Iraqi H, Diker Cohen T, Shochat T, Eizenberg Y, Shimon I, et al.** Predictors of hypoglycemia in hospitalized patients with diabetes mellitus. *Intern Emerg Med.* 2018; 13(3):343–350. doi:10.1007/s11739-018-1787-0.
3. **Macon EL, Devore MH, Lin YK, et al.** Current and future therapies to treat impaired hypoglycemic awareness. *Front Pharmacol.* 2023;14:1271814.
4. **Dluhy R. G., McMahon G. T.** (2008), "Intensive glycemic control in the ACCORD and ADVANCE trials", *N Engl J Med*, 358 (24), pp. 2630-3.
5. **Lưu TQ, Hà LT, Thuý NT, et al.** Tìm hiểu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến tình trạng hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường típ 2 điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108.* 2021;16(4). doi:10.52389/ydls.v16i4.772.
6. **Lê TH, Ngô TP, Lưu TQ.** Khảo sát kiến thức và thực hành dự phòng hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;529(2). doi:10.51298/vmj.v529i2.6501.
7. **Girma NG, Getahun AA, Tadesse AA.** Knowledge and practice on prevention of hypoglycemia among diabetic patients in South Gondar, Northwest Ethiopia: Institution-based cross-sectional study. *Integr Obes Diabetes.* 2015;1(3):56-60.
8. **Châu Mỹ Chi.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ hạ đường huyết ở người bệnh đái tháo đường cao tuổi. *Tạp chí Đái tháo đường và Nội tiết Việt Nam.* 2021;(46):96–107. doi:10.47122/vjde.2021.46.9.