

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC HẠ GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CAO TUỔI

NGUYỄN THỊ THÙY DƯƠNG, NGUYỄN THANH HẢI, HÀ THỊ THU HƯƠNG
BỆNH VIỆN NỘI TIẾT NGHỆ AN

CLINICAL MANIFESTATION, LAB CHARACTERISTICS, SITUATION OF HYPOGLYCEMIC MEDICATIONS USING IN ELDER PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES

Abstract: Care and treatment for elder patient with type 2 diabetes complicated by several combined diseases, by many hypoglycemic medications with the level of benefits and risks of different. The fundamentals of clinical decision making remain the same: balance the risks and benefits for the individual patient. Objective: to describe clinical manifestation and lab characteristics, chronic complication and combined diseases in elder patients with type 2 diabetes. Determining the using rate and average dose of hypoglycemic medications. Subjects and methodology: a cross-sectional study on 121 elder patients with type 2 diabetes in Nghe An Endocrine Hospital from May to August 2016. Results: The mean age was $70,04 \pm 6,6$, ages 60-69 accounted for 51.2%. The mean BMI index was $22,6 \pm 2,9$ kg/m²; the normal physical status occupied 45.5%, and overweight and obesity 47.2%. Plasma glucose and HbA1C on average was $9,48 \pm 4,0$ mmol/l and $8,18 \pm 5,3$ %, respectively. The prevalence of the systolic hypertension was 50.4%, the diastolic hypertension 26.4%, cardiovascular complications 27.2%, arthritis 26.4%. The using rate and average dose of hypoglycemic medications: Metformin (63.8%, $1185,7 \pm 454,1$ mg), Glidazid 30mg (23.1%, $48,2 \pm 24,9$ mg), Glibendamide 5mg (17.4%, $13,1 \pm 5,8$ mg), Insulin (54.5%, 0.5 UI/kg/kg). The using rate of treatment of cardiovascular risk: Statin (24%), Aspirin (9.9%).

Tóm tắt: Chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi phức tạp hơn bởi nhiều bệnh lý kết hợp, bởi các thuốc hạ đường huyết có mức độ lợi ích lẫn nguy cơ khác nhau. Nguyên tắc cơ bản trong việc quyết định điều trị là: cân bằng lợi ích và nguy cơ cho từng cá thể người bệnh. Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng mạn tính, các bệnh lý phối hợp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi. Xác định tỷ lệ sử dụng, liều trung bình của các loại thuốc hạ đường máu. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang 121 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 cao tuổi tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An từ tháng 5 tới tháng 8 năm 2016. Kết quả: độ tuổi trung bình $70,04 \pm 6,6$, nhóm tuổi 60-69 chiếm 51.2%. Chỉ số BMI trung bình: $22,6 \pm 2,9$ kg/m², nhóm thể trạng trung bình chiếm 45.5%, thừa cân và béo phì 47.2%. Nồng độ glucose máu và HbA1C trung bình tương ứng là: $9,48 \pm 4,0$ mmol/l, $8,18 \pm 5,3$ %. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu là 50.4%, tăng huyết áp tâm trương 26.4%, biến chứng tim mạch 27.2%, viêm khớp 26.4%. Tỷ lệ sử dụng và liều lượng các thuốc hạ glucose máu: Metformin (63.8%, $1185,7 \pm 454,1$ mg), Glidazid 30mg (23.1%, $48,2 \pm 24,9$ mg), Glibendamide 5mg (17.4%, $13,1 \pm 5,8$ mg), Insulin (54.5%, 0.5 UI/kg/kg). Tỷ lệ sử dụng các thuốc điều trị nguy cơ tim mạch: Statin (24%), Aspirin (9.9%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số người già trên toàn thế giới ngày một tăng, hiện chiếm khoảng 8,3% dân số thế giới và dự kiến sẽ lên đến 30% vào năm 2050. (1). Theo WHO, đến 2030 sẽ có hơn nửa số mắc ĐTDĐ trên thế giới là dân châu Á và hơn phân nửa số bệnh nhân này trên tuổi 60 (53%). (2). Các biến chứng mạn tính thường gặp ở người ĐTDĐ là giảm thị lực, mù lòa do tổn thương võng mạc, hoại tử chi do bệnh mạch ngoại vi, bệnh lý thần kinh, bệnh mạch vành, tai biến mạch não, suy thận mạn. . . Các biến chứng này làm suy giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh ĐTDĐ cao tuổi.

Chăm sóc và điều trị ĐTDĐ cho người có tuổi phức tạp hơn người trẻ bởi nhiều bệnh lý kết hợp, bởi nhiều thuốc hạ đường huyết có mức độ lợi ích lẫn nguy cơ khác nhau và những chứng cứ về lợi ích của kiểm soát đường huyết tích cực trên tim mạch chưa được khẳng định. Kiểm soát đường huyết chỉ là một phần trong điều trị đầy đủ để kiểm soát tất cả nguy cơ tim mạch và bệnh mạch máu nhỏ. Mục đích của kiểm soát đường huyết là giảm thiểu biến chứng mạn tính và tránh sự cố hạ đường huyết nặng. Xác lập mục tiêu đường huyết cho từng người là điều quan trọng đầu tiên. Mục tiêu này không buộc HbA1c phải dưới 6,5% hay 7% mà phải xem xét những ưu tiên hàng đầu bao gồm thời gian sống của người bệnh, những bệnh đi kèm, tính an toàn cho người có tuổi, cân nhắc những nguy cơ hạ đường huyết và lợi ích trên biến chứng vi mạch.

Hiện tại bệnh nhân ĐTDĐ typ 2 cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An chiếm tỷ lệ cao, việc điều trị nhóm bệnh nhân này cũng đang gặp nhiều khó khăn. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tỷ lệ biến chứng mạn tính và một số bệnh kết hợp ở người bệnh ĐTDĐ typ 2 cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An.
2. Xác định tỷ lệ sử dụng và liều trung bình của các nhóm thuốc hạ glucose máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- 1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân chẩn đoán ĐTDĐ typ 2 cao tuổi (≥ 60 tuổi) điều trị tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An.
- 1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:
 - + Đái tháo đường đang có biến chứng cấp tính.
 - + Biến chứng mạn tính mức độ nặng như suy tim, suy thận nặng.
- 1.3 Thời gian nghiên cứu: tháng 5/2016 đến tháng 8/2016.



2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, cỡ mẫu: thuận lợi.

* Chỉ tiêu nghiên cứu.

2.1. Chỉ tiêu chung: tuổi, giới, thời gian phát hiện bệnh (<1 năm; từ 1-5 năm;

5- 10 năm;> 10 năm)

2.2. Chỉ tiêu lâm sàng:

- Triệu chứng phát hiện bệnh ở nhóm ĐTĐ mới ở người cao tuổi:

điển hình (đái nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, gầy nhiều); không điển hình (mệt mỏi, mất ngủ, khám sức khỏe)

- Đo HA, M, đo chiều cao, cân nặng.

- Khai thác tiền sử kết hợp hỏi bệnh để phát hiện những bất thường về bệnh lý kết hợp và các yếu tố liên quan đến tuổi: sa sút trí tuệ, trầm cảm, tiền sử hạ đường huyết, suy dinh dưỡng, bệnh lý tim mạch (Đau ngực, nhồi máu cơ tim, Tai biến mạch máu não. . .)

2.3. Chỉ tiêu cận lâm sàng: Glucose huyết tương lúc đói, Cholesterol TP, triglycerid, HDL-C, LDL-C, ure máu, Creatinin, HbA1c, Insulin, Protein niệu, Albumin niệu, Điện tim, chụp XQ phổi, Siêu âm Doppler mạch cảnh, mạch chi dưới, Siêu âm khớp gối.

- Phân tích điện tâm đồ để phát hiện các dấu hiệu gợi ý bệnh lý mạch vành:

+ ST chênh lên (xuống) ít nhất 2 chuyển đạo

+ T. âm, 2 pha, dẹt ở ít nhất 2 chuyển đạo

+ Sóng Q bệnh lý

- Các triệu chứng trên SA Doppler mạch cảnh báo hiệu nguy cơ bệnh lý về mảng xơ vữa:

+ Dày lớp nội mạc (> 9mm)

+ Có MXV

+ Hẹp lòng mạch

+ Chuyển động xoáy

2.4. Chỉ tiêu đánh giá điều trị:

- Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc hạ glucose máu; liều trung bình của mỗi nhóm; loại insulin và liều insulin trung bình; các phác đồ có sử dụng insulin; các kiểu phối hợp thuốc, mức độ kiểm soát glucose máu.

- Tỷ lệ sử dụng các thuốc điều trị nguy cơ tim mạch: Hạ mỡ máu, Chống ngưng tập tiểu cầu.

* Phân độ BMI theo Hiệp hội Châu Á Thái Bình Dương.

CHỈ SỐ BMI	PHÂN LOẠI
≤ 18,5	
18,5 – 22,9	Bình thường
≥ 23	Béo
23 – 24,9	+ Có nguy cơ
25 – 29,9	+ Béo độ 1
≥ 30	+ Béo độ 2

* Chẩn đoán và phân loại tăng HA theo JNC VII:

- Khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg, đo ít nhất 2 lần.

* Mục tiêu kiểm soát đường huyết ở người cao tuổi dựa theo Hội ĐTĐ Hoa Kỳ, Hội Cựu chiến binh, Hội Lão khoa Hoa Kỳ.

Mục tiêu kiểm soát đường huyết ở người cao tuổi (17)

	HỘI ĐTĐ HOA KỲ	HỘI CỰU CHIẾN BINH	HỘI LÃO KHOA HOA KỲ
HbA1C	< 7%	- 7% cho người có cơ hội sống > 15 năm (chức năng tốt, không bệnh lý kèm theo) - 8% cho người có cơ hội sống 5-15 năm (có bệnh đi kèm trung bình) - 9% cho người có cơ hội sống < 5 năm (có bệnh nặng đi kèm)	- < 7.5 % cho người có chức năng tốt - 8% nếu người bệnh yếu hoặc cơ hội sống < 5 năm

3. Xử lý số liệu: bằng chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm về độ tuổi và giới

TUỔI	GIỚI		NAM		NỮ		TỔNG		P
	n	TỶ LỆ %	n	TỶ LỆ %	n	TỶ LỆ %	n	TỶ LỆ %	
60-90	25	45,5	37	56,1	62	51,2			> 0.05
70-79	24	43,6	24	36,4	48	39,7			
≥ 80	6	10,9	5	7,6	11	9,1			
Tổng	55	100	66	100	121	100			
70.04 ± 6.6 (Min: 60, Max: 90)									

- Tuổi trung bình 70,04 ± 6.6.

- Bệnh nhân có độ tuổi từ 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất 51.2%.

Bảng 2: Thể trạng của nhóm nghiên cứu theo chỉ số BMI và giới

BMI	GIỚI		NAM		NỮ		TỔNG		P
	n	TỶ LỆ %	n	TỶ LỆ %	n	TỶ LỆ %	n	TỶ LỆ %	
≤ 18,5 (Gầy)	2	3,6	7	10,6	9	7,4			> 0.05
18,5 – 22,9 (Trung bình)	23	41,8	32	48,5	55	45,5			
23 – 24,9 (Có nguy cơ)	19	34,5	17	25,8	36	29,8			
25 – 29,9 (Béo độ 1)	11	20,0	10	15,2	21	17,4			
≥ 30	0	0	0	0	0	0			
Tổng	55	100	66	100	121	100			
22.6 ± 2.9 (Min: 15.3, Max: 29.8)									

- BMI trung bình của nhóm nghiên cứu là: 22.6 ± 2.9

- Bệnh nhân có thể trạng trung bình chiếm tỉ lệ 45.5%, thừa cân 47.2%. Không có sự khác biệt về tỉ lệ thừa cân giữa 2 giới nam và nữ với p > 0.05.

Bảng 3: Thời gian phát hiện bệnh của nhóm nghiên cứu

	NAM		NỮ		TỔNG		TỔNG
	n	TỶ LỆ%	n	TỶ LỆ%	n	TỶ LỆ%	
< 1 năm	8	14,5	11	16,7	19	15,7	> 0.05
1 – 5 năm	17	30,9	18	27,3	35	28,9	
5 – 10 năm	16	28,1	20	30,3	36	29,8	
> 10 năm	14	25,5	17	25,8	31	25,6	
Tổng	49	100	57	100	121	100	

- Thời gian phát hiện bệnh ở 1-5 năm là 28.9%, 5-10 năm là 29.8%, trên 10 năm là 25.6%.

Bảng 4: Đặc điểm về huyết áp:

CHỈ SỐ HA	TB ± SD	KHOẢNG	TỶ LỆ TĂNG HA	
			n	%
HATT	136 ± 18.5	100 – 210	61	50.4
HATTR	80.3 ± 11.8	50 - 140	34	28.1
HATT ≥ 140 và HATTR ≥ 90 mmHg			32	26.4

- Chỉ số HATT và HATTR trung bình trong giới hạn bình thường.

- Bệnh nhân tăng huyết áp tâm thu 50.4%. Tăng HA tâm trương 28.1%. Tăng cả HATT và HATTR 26.4%.

Bảng 5: Lý do phát hiện bệnh ở ĐTĐ mới ở người cao tuổi:

TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG	n	%
TC điển hình	5	33,3
Mệt mỏi	5	33,3
Khám sức khỏe	5	33,4
Tổng	15	100

- Các triệu chứng lâm sàng kinh điển của bệnh: đái nhiều, khát nước, ăn nhiều, gầy nhiều chỉ gặp với tỷ lệ 33,3%

- Có > 66.7% bệnh nhân phát hiện bệnh vì những lý do: mệt mỏi, khám sức khỏe.

Bảng 6: Đặc điểm cận lâm sàng

CHỈ SỐ	TB ± SD	KHOẢNG
Glucose (mmol/l)	9.48 ± 4.0	3.3 – 30.5
HbA1c (%)	8.18 ± 2.0	5.3 – 17.6
Triglycerid (mmol/l)	2.5 ± 2.65	0.6 – 23.4
Cholesterol TP (mmol/l)	5.1 ± 1.3	3.3 – 14.1
HDL-C (mmol/l)	1.2 ± 0.4	0.5 – 2.6
LDL-C (mmol/l)	2.6 ± 0.9	0.9 – 6
Creatinin (mmol/l)	74 ± 24.7	29.4 – 152.7
Insulin	19.4 ± 4.0	1.5 – 300

- Hàm lượng glucose máu lúc đói và HbA1C, Triglycerid máu trung bình cao hơn mức bình thường.

Bảng 7: Biến chứng mạn tính hoặc bệnh lý kết hợp ở nhóm nghiên cứu:

BIẾN CHỨNG	n	%
Tăng huyết áp		
- Tăng HATT	61	50,4
- Tăng HATTR	34	28,1
- Tăng cả HATT và HATTR	32	26,4
Rối loạn chuyển hóa lipid máu:		
- Cho (≥ 6.2)	16	13,2
- TG (≥ 2.3)	37	30,6
- HDL (≤ 1.03)	36	29,8
- LDL (≥ 4.13)	8	6,6
Biến chứng tim mạch:		
- ĐNÔĐ/ ĐNKÔĐ	9	7,4
- Nhịp nhanh khi nghỉ	16	13,2
- Tiền sử: BMV/ TBMMN	8	6,6
- Triệu chứng trên ECG	12	9,9
- SA doppler mạch:		
+ MXV	42	34,7
+ Dây nội mạch	17	14,0
Biến chứng thận (Albumin niệu)	40	33,1
Bệnh lý kèm theo:	n	%
- Trầm cảm	1	0,8
- Sa sút trí tuệ	5	4,1
- Viêm khớp	32	26,4
- Viêm phổi	14	11,6
- Lao phổi	2	1,7E

- Tỷ lệ biến chứng: Nhịp tim nhanh khi nghỉ: 13.2%, tỉ lệ MXV: 34.7%; tỉ lệ biến chứng thận: 33.1%.

- Bệnh lý kèm theo gặp nhiều nhất là viêm khớp: 26.4%; viêm phổi: 11.6%.

2. Tình hình điều trị ở nhóm nghiên cứu:

Bảng 8: Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc hạ glucose máu:

CÁCH DÙNG THUỐC	n	%
1 mũi nền	7	5,8
2 Mix + thuốc viên	48	39,7
4 mũi + thuốc viên (R- R- R- N)	11	9,1
Thuốc viên phối hợp	55	45,5

- Số bệnh nhân được sử dụng thuốc viên phối hợp chiếm tỉ lệ cao nhất: 45.5%; nhóm sử dụng 2 Mix + thuốc viên chiếm tỉ lệ: 39.7%.

Bảng 9: Liều trung bình của các nhóm thuốc:

NHÓM THUỐC	Liều trung bình	KHOẢNG	N (%)
Metformin (750 mg)	1185.7 ± 454.1	500 – 2000	77 (63.8)
Sulfonylurea			
- Gliclazid 30mg (Diamicon MR30)	48.2 ± 24.9	30 - 120	28 (23.1)
- Glibendamide 5mg (Glucovance 500/5)	13.1 ± 5.8	5 – 20	21 (17.4)
Insulin			
- Tổng liều	28.4 ± 11.8	6 – 54	66 (54.5)
- UI/kg	0.5 ± 0.2	0.1 – 0.98	



- Liều trung bình của Metformin: 1185.7 ± 454.1 , tương đương với dùng 2 viên Glucophage XR500mg.

- Liều trung bình của Gliclazid: 48.2 ± 24.9 , tương đương hơn 1.5 viên Diamicon MR30.

- Liều trung bình của Glibendamid 5mg: 13.1 ± 5.8 , tương đương với gần 3 viên Glucovance 500/5.

- Liều Insulin trung bình: 05 UI/kg/24h.

Bảng 10: Mối liên quan giữa phác đồ điều trị và thời gian bị bệnh:

TG BỆNH PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ	THỜI GIAN BỆNH				TỔNG	P
	< 1 NĂM	1-5 NĂM	6-10 NĂM	> 10 NĂM		
1 MŨI NÉN	7 100%	0 0%	0 0%	0 0%	7 100%	< 0.001
2 MIX + THUỐC VIÊN	1 2.1%	12 25%	18 37.5%	17 35.4%	7 100%	
4 MŨI + THUỐC VIÊN	1 9.1%	2 18.2%	2 18.2%	6 54.5%	11 100%	
THUỐC VIÊN PHỐI HỢP	10 18.2%	21 38.2%	16 29.1%	8 14.5%	55 100%	
TỔNG	19 15.7%	35 28.9%	36 29.8%	31 25.6%	121 100%	

- Phác đồ 1 mũi nén chỉ dùng ở nhóm bệnh nhân mới bị < 1 năm: 100%.

- Phác đồ 4 mũi + thuốc viên dùng tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân bị bệnh lâu năm: > 10 năm: 54.5%.

- Phác đồ 2 Mix + thuốc viên được dùng tăng dần theo thời gian bị bệnh: < 1 năm: 2.1%, 1-5 năm: 25%, > 5 năm: 72.9%.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

Bảng 11: Mối liên quan giữa các phác đồ điều trị với mức độ kiểm soát ĐH

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ	KIỂM SOÁT ĐH			TỔNG	P
	< 7	7-8	> 8		
1 MŨI NÉN	2 28.6%	1 14.3%	4 57.1%	7 100%	< 0.05
2 MIX + THUỐC VIÊN	11 25.0%	4 57.1%	24 54.5%	44 100%	
4 MŨI + THUỐC VIÊN	0 0%	1 11.1%	8 88.9%	9 100%	
THUỐC VIÊN PHỐI HỢP	26 47.3%	13 23.6%	16 29.1%	55 100%	
TỔNG	39 33.9%	24 20.9%	52 45.2%	115 100%	

- Phác đồ 4 mũi + thuốc viên gặp chủ yếu ở nhóm kiểm soát đường huyết kém: 88.9%

- Tỷ lệ kiểm soát đường tốt ở nhóm dùng thuốc viên phối hợp khá cao: 70.9%

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 12: Mối liên quan giữa tỷ lệ hạ đường huyết với mức độ kiểm soát đường huyết:

HBA1C	HẠ ĐƯỜNG HUYẾT		TỔNG	P
	KHÔNG	CÓ		
< 7	35 89.7%	4 10.3%	39 100%	< 0.05
7-8	23 95.8%	1 4.2%	24 100%	
> 8	46 88.5%	6 11.5%	52 100%	
TỔNG	104 90.4%	11 9.6%	115 100%	

- Tỷ lệ hạ đường huyết thấp nhất ở nhóm kiểm soát HbA1C trong khoảng 7-8%: 4.2%.

- Tỷ lệ hạ đường huyết ở 2 nhóm HbA1C < 7% và HbA1C > 8% tương đương nhau: 10.3% và 11.5%.

Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0.05$

Bảng 13: Tỷ lệ BN được điều trị những nguy cơ tim mạch:

THUỐC	KHÔNG ĐIỀU TRỊ	CÓ ĐIỀU TRỊ	TỔNG
Hạ mỡ máu	91 76%	29 24%	121 100%
Chống ngưng tập tiểu cầu	109 90.1%	12 9.9%	121 100%

- Tỷ lệ bệnh nhân được dùng thuốc hạ mỡ máu: 24%.

- Tỷ lệ bệnh nhân được dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu: 9.9%.

IV. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN ĐTĐ typ 2 cao tuổi điều trị tại bệnh viện Nội tiết NA:

- Độ tuổi chủ yếu: 60-69 chiếm 51.2%, thể trạng thừa cân đang chiếm tỷ lệ cao: 47.2%, có thời gian bị bệnh lâu năm.

- Triệu chứng lâm sàng khác với người trẻ: ít triệu chứng điển hình.

- Tỷ lệ biến chứng và các bệnh kèm theo: đau ngực (7.4%), BMV/TBMMN (6.6%), Nhịp tim nhanh khi nghỉ (13.2%), MXV (34.7%), viêm khớp (26.4%)

- Hàm lượng glucose, HbA1C trung bình đạt: 9.48 ± 4.0 ; 8.18 ± 5.3

2. Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc hạ glucose máu và các phác đồ điều trị, sơ bộ đánh giá kết quả:

- Tỷ lệ sử dụng và hàm lượng của các thuốc:

+ Metformin (63,8%, 1185.7 ± 454.1 mg); Glidazid 30 (23.1%, 48.2 ± 24.9 mg), Glibendamide 5mg (17.4%, 13.1 ± 5.8 mg),

Insulin (54.5%, 0.5 UI/kg/24h)

- Tỷ lệ sử dụng các thuốc điều trị nguy cơ tim mạch đang còn thấp: Statin (24%), Chống ngưng tập tiểu cầu (9.9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 cao tuổi điều trị tại bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên. Nguyễn Thị Thu Minh, Nguyễn Kim Lương, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, Nguyễn Khang Sơn - Đại học Y Hà Nội. Y học thực hành (787) số 10/2011 (25–28).

2. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 trên 60 chẩn đoán lần đầu. Nguyễn Hòa Hiệp, Hoàng Trung Vinh. Kỷ yếu Đề tài nghiên cứu khoa học, Bệnh viện Đa khoa thống nhất Đồng Nai (64–73).

3. Điểm mới trong điều trị tăng đường huyết cho người cao tuổi. Lê Tuyết Hoa. Y học thực hành 12/2012 – số 71.

4. Spollett G. Type 2 diabetes across the lifespan. In the Art of Science of Diabetes Self Management Education Desk Reference. 2nd Chicago, Ill. American Association of Diabetes Educators, 2011:350-351

5. Resnik HE, Harris MI, Brock DB (2000). American Diabetes Association diabetes diagnostic criteria, advancing age, and cardiovascular risk profiles: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. Diabetes Care 23:176-180

6. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diabetes diagnostic criteria. The DECODE Study group. European Diabete

7. Banion C, Valentine V. Type 1 diabetes across the lifespan. In the Art of Science of Diabetes Self Management Education Desk Reference. 2nd Chicago, Ill. American Association of Diabetes Educators, 2011:330-331

8. Wandell PE, Tovi J (2000). The quality of life of elderly diabetic patients. J Diabetes Compl 14:25-30

9. Yaffe K, Falvey C, Hamilton N (2012). Diabetes, Glucose Control, and 9-Year Cognitive Decline Among Older Adults Without Dementia. Arch Neurol. 2012 June 18

