

TỶ LỆ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CHƯA ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN Ở NGƯỜI TRÊN 60 TUỔI: MỘT NGHIÊN CỨU CẮT NGANG DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG

Phan Thanh Tùng¹, Nguyễn Trọng Hòa²
Phạm Huế Thanh³ và Nguyễn Thiện Minh^{4,✉}

¹Trạm Y tế xã Vĩnh Lộc A

²Trung tâm y tế quận Gò Vấp

³Trạm Y tế xã Vĩnh Lộc B

⁴Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người cao tuổi và có ít nghiên cứu tập trung vào nhóm người cao tuổi (từ trên 60 tuổi). Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ người bệnh đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán tại cộng đồng. Một nghiên cứu cắt ngang dựa trên dân số, được thực hiện tại xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh, với cỡ mẫu 816 người dân từ trên 60 tuổi, được chọn ngẫu nhiên hệ thống. Tỷ lệ người mắc đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán là 13,6%. Chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa mắc đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán và tuổi, uống nhiều rượu, đồng mắc tăng huyết áp, thích ăn ngọt, ăn nhiều rau. Ở người trên 60 tuổi, đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán là phổ biến, do đó cần có các chương trình sàng lọc đái tháo đường định kỳ cho người cao tuổi đặc biệt ở người thừa cân.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, người cao tuổi, cộng đồng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường là một trong mười nguyên nhân gây bệnh hàng đầu trên thế giới. Hơn nửa tỷ người đang sống chung với bệnh tiểu đường trên toàn thế giới, dự đoán sẽ đạt 1,3 tỷ người mắc bệnh đến 2050. Đến năm 2050, 89 (43,6%) trong số 204 quốc gia và vùng lãnh thổ sẽ có tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường chuẩn hóa theo độ tuổi lớn hơn 10% dân số.¹ Người bệnh đái tháo đường được chẩn đoán trễ không phải hiếm. Ở Anh, khoảng 1 triệu người - tương đương 7% người lớn trong dân số, hay 30% người mắc bệnh đái tháo đường

- không được chẩn đoán.^{2,3} Tại Thái Lan, một nghiên cứu năm 2022 cho thấy có 85,4% người mắc bệnh đái tháo đường được chẩn đoán muộn.⁴ Tại Việt Nam, Phan Hữu Hên và cộng sự cho thấy có đến 7,5% dân số mắc bệnh đái tháo đường chưa được chẩn đoán tại Việt Nam.⁵ Một nghiên cứu khác của nhóm tác giả Nguyễn Văn Đạt và cộng sự cho thấy có 8,1% người bệnh đái tháo đường típ 2 từ 45 tuổi trở lên chưa được chẩn đoán.⁶ Trong một nghiên cứu mới hơn, dựa vào cộng đồng, Nguyễn Thị Thơ và cộng sự thì cho thấy tỷ lệ đái tháo đường chưa được chẩn đoán là 8,2%.⁷

Theo số liệu năm 2023, Vĩnh Lộc A là xã có dân số đông nhất tại TP. Hồ Chí Minh với hơn 164.488 người, mật độ dân số đạt 8.366 người/km², số người dân trên 60 tuổi là 9.088 người. Trong những năm vừa qua, xã đã có nhiều nỗ

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thiện Minh

Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Email: minhht@ump.edu.vn

Ngày nhận: 09/06/2024

Ngày được chấp nhận: 12/07/2024

lực trong quản lý người bệnh đái tháo đường, tuy nhiên tỷ lệ quản lý người bệnh đái tháo đường trong cộng đồng vẫn chưa đạt mục tiêu. Nhằm xây dựng các chương trình can thiệp cộng đồng tại địa phương, nghiên cứu này nhằm mục tiêu của nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ người cao tuổi (trên 60 tuổi) mắc bệnh đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán tại xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Dân số nghiên cứu là người từ đủ 60 tuổi trở lên tính đến thời điểm thu thập dữ liệu- 01/05/2024, cụ thể là sinh trước ngày 01/05/1964 đang sinh sống tại xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh. Ngày sinh của người tham gia nghiên cứu được xác định dựa trên một trong số các loại giấy tờ cá nhân sau: Căn cước công dân, chứng minh nhân dân, giấy khai sinh, bằng lái xe các loại. Người tham gia nghiên cứu không mắc bệnh tâm thần, có đủ tỉnh táo để trả lời bảng câu hỏi. Người tham gia không cung cấp đủ mẫu bệnh phẩm hoặc không có kết quả xét nghiệm đường huyết lúc đói và đường huyết bất kỳ sẽ bị loại ra khỏi phân tích. Người hiện đang điều trị đái tháo đường típ 1 hoặc típ 2 trước khi tham gia nghiên cứu, được loại ra khỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả trên dựa trên cộng đồng.

Địa điểm nghiên cứu: xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh, thời gian nghiên cứu từ 01/01/2024 đến 30/05/2024. Thời gian lấy mẫu từ 21/05/2024 đến 05/06/2024. Đây là xã đông dân nhất tại TP. Hồ Chí Minh, có mật độ dân cư đông và nhiều người cao tuổi sinh sống và

Cỡ mẫu: tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo

đường típ 2 chưa được chẩn đoán trong cộng đồng, dự kiến là 8,1% và sai số ước tính là 0,02 và độ tin cậy là 0,05. ° Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 715 người.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{(1-p)p}{d^2} = 715$$

Để dự phòng 5% số người cao tuổi tham gia nghiên cứu không đủ điều kiện tham gia hoặc không đồng ý tham gia, cỡ mẫu dự kiến tối thiểu là 753 người. Tổng số người tham gia đủ điều kiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu của nghiên cứu là 816 người.

Quy trình chọn mẫu và thu thập dữ liệu

Nhóm nghiên cứu dự kiến kết quả mất mẫu nghiên cứu khoảng 20%, do đó nghiên cứu đã gửi tổng cộng 942 thư mời người cao tuổi trên địa bàn để tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống dựa vào danh sách người cao tuổi người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) trên địa bàn xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh. Bước nhảy khi chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống là bằng 8 người (cụ thể $9088/1123 = 8,01$), số ngẫu nhiên được chọn là số 5 (năm). Nghiên cứu được thực hiện trong chiến dịch khuyến khích người dân khám sàng lọc tầm soát một số bệnh không lây nhiễm tại xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh. Tất cả người trên 60 tuổi được chọn sẽ được công an xã và tổ trưởng tổ dân phố gửi thư và mời đến trạm y tế để được khám sàng lọc các bệnh không lây nhiễm, trong đó có bệnh đái tháo đường típ II. Sau thời gian thu thập dữ liệu, nghiên cứu đã thu thập dữ liệu của 816 người tham gia đủ điều kiện để đưa vào nghiên cứu, tương đương tỷ lệ thu tuyển là 86,6% so với tổng số thư mời đã phát. Người tham gia khi đến trạm y tế theo lịch hẹn và được bác sĩ thăm khám, lấy mẫu xét nghiệm và phỏng vấn theo bộ câu hỏi soạn sẵn.

Công cụ nghiên cứu

Dữ liệu của nghiên cứu được thu thập thông qua mẫu máu do nhân viên y tế thực hiện lấy

mẫu. Bộ công cụ thu thập dữ liệu bao gồm năm phần: thông tin hành chính; thông tin về tiền sử mắc bệnh đái tháo đường của người trong gia đình và bản thân người tham gia; bệnh đồng mắc khác (tăng huyết áp, COPD, hen phế quản, tim mạch, ung thư, tâm thần); hành vi nguy cơ (hút thuốc lá, uống rượu, ăn mặn, ăn ngọt, vận động thể lực, dinh dưỡng); một số triệu chứng chẩn đoán sớm bệnh đái tháo đường. Uống nhiều rượu bia được định nghĩa là: Khi uống trên 02 đơn vị cồn/ngày (đối với nam) và trên 01 đơn vị cồn/ngày (đối với nữ), trong đó 01 đơn vị cồn tương đương 3/4 chai bia 500ml hoặc 1 lon bia 330ml (4%); 1 ly rượu vang 100ml (13,5 %); 01 cốc bia hơi 330ml hoặc 01 chén rượu mạnh 30ml (40%).

Định nghĩa ca bệnh: Nghiên cứu thực hiện đo đường huyết bất kỳ và đường huyết lúc đói của người bệnh. Người tham gia được định nghĩa đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) khi đáp ứng một trong các tiêu chuẩn sau⁸:

- FPG \geq 126 mg/dL (\geq 7,0 mmol/L), nhịn ăn - không nạp calo trong ít nhất 8 giờ trước khi lấy mẫu.

- Ở một cá nhân có các triệu chứng kinh điển của tăng đường huyết hoặc cơn tăng đường huyết, lượng đường huyết ngẫu nhiên \geq 200 mg/dL ($>$ 11,1 mmol/L), trong đó ngẫu nhiên được hiểu là bất kỳ thời điểm nào trong ngày mà không tính đến thời gian kể từ bữa ăn trước.

Quy trình xét nghiệm: Các mẫu máu được thu thập trong quá trình khám sàng lọc bệnh

không lây nhiễm tại địa phương. Bệnh nhân sẽ được yêu cầu ngồi thoải mái và thả lỏng cánh tay. Nhân viên y tế sau đó sẽ sử dụng cồn để vệ sinh vùng da nơi lấy mẫu, mẫu máu là máu tĩnh mạch cánh tay. Mẫu máu sẽ được gửi đến phòng xét nghiệm để phân tích với hệ thống xét nghiệm tự động Erba Mannheim® Automatic Clinical Chemistry Analyzer XL 200, số series: 25Q838. Kỹ thuật viên đọc Kết quả sẽ được ghi nhận với đơn vị đo là mmol/L.

Phương pháp thống kê: biến số định lượng sẽ được báo cáo trung bình, độ lệch chuẩn; biến số định tính sẽ được báo cáo tần số và tỷ lệ. Trị số BMI (kg/m²) (body mass index) sẽ sử dụng phân loại theo hướng dẫn của Châu Á Thái Bình Dương.⁹ Phần mềm thống kê R phiên bản 4.1.0.

3. Đạo đức nghiên cứu

nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y khoa. Người bệnh sẽ không cần chi trả bất kỳ chi phí phát sinh nào liên quan đến nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường đại học Trà Vinh theo giấy chấp thuận số 320/GCT-HĐĐĐ ngày 21 tháng 05 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

Sau khi thu thập và phân tích số liệu của 816 người dân tại xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh năm 2024. Nghiên cứu xác định 111 người bệnh mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán, tương đương 13,6% người tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (n = 816)

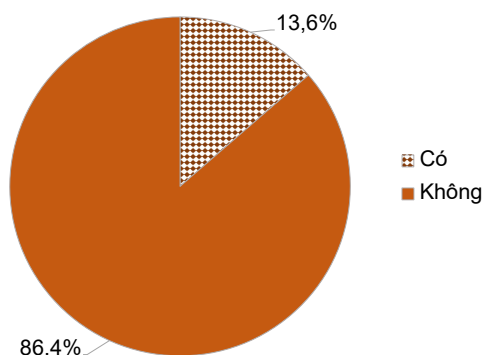
Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Đường huyết bình thường (n, %)	Đái tháo đường chưa được chẩn đoán (n, %)	Tổng cộng (n, %)
<i>Giới</i>			
Nữ	466 (86,5)	73 (13,5)	539
Nam	239 (86,3)	38 (13,7)	277

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Đường huyết bình thường (n, %)	Đái tháo đường chưa được chẩn đoán (n, %)	Tổng cộng (n, %)
Tuổi (năm) *	70,5 (9,38)	69,79 (8,1)	70,4 (9,22)
<i>Nhóm tuổi</i>			
60 - 65 tuổi	220 (86,3)	35 (13,7)	255
65 - 70 tuổi	182 (87,1)	27 (12,9)	209
70 - 75 tuổi	119 (84,4)	22 (15,6)	141
75 - 80 tuổi	69 (86,3)	11 (13,8)	80
80 - 85 tuổi	46 (82,1)	10 (17,9)	56
85 - 90 tuổi	18 (85,7)	3 (14,3)	21
90 - 95 tuổi	35 (94,6)	2 (5,4)	37
Từ trên 95 tuổi	16 (94,1)	1 (5,9)	17
Chiều cao (cm)*	155,9 (7,8)	155,4 (7,2)	155,9 (7,7)
Cân nặng của người tham gia 1 năm trước ngày khảo sát (kg)*	54,8 (9,7)	54,9 (9,1)	54,9 (9,6)
<i>BMI 1 năm trước ngày khám</i>			
Thiếu cân	76 (88,4)	10 (11,6)	86
Bình thường	487 (86)	79 (14)	566
Thừa cân	128 (87,1)	19 (12,9)	147
Béo phì độ 1	10 (76,9)	3 (23,1)	13
Béo phì độ 2	3 (100)	0 (0)	3
Béo phì độ 3	1 (100)	0 (0)	1
Cân nặng hiện tại (kg)*	54,7 (9,4)	54,7 (8,8)	54,7 (9,3)
<i>BMI vào ngày khám</i>			
Thiếu cân	74 (88,1)	10 (11,9)	84
Bình thường	486 (86,3)	77 (13,7)	563
Thừa cân	129 (86,6)	20 (13,4)	149
Béo phì độ 1	11 (78,6)	3 (21,4)	14
Béo phì độ 2	2 (66,7)	1 (33,3)	3
Béo phì độ 3	3 (100)	0 (0)	3

*Trung bình (độ lệch chuẩn)

Độ tuổi trung bình của người tham gia là 70,4 tuổi; nhóm tuổi 60 - 65 tuổi chiếm nhiều nhất với tỷ lệ 31,25 % trong dân số nghiên cứu. Tỷ lệ người bệnh đái tháo đường chưa được

chẩn đoán cao nhất trong nhóm từ 80 - 85 tuổi (17,9%). Thứ hai là nhóm từ 70 - 75 tuổi với tỷ lệ là 15,6%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường chưa được chẩn đoán (n = 816)

Nghiên cứu xác định 111 người bệnh mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán, tương đương 13,6% người tham gia nghiên cứu.

Bảng 2. Tình trạng mắc đái tháo đường của gia đình, bệnh lý đồng mắc và một số hành vi nguy cơ của người tham gia nghiên cứu (n = 816)

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Đường huyết bình thường (n, %)	Đái tháo đường chưa được chẩn đoán (n, %)	Tổng cộng (n, %)
Gia đình có người mắc đái tháo đường	30 (85,7)	5 (14,3)	35 (4,3)
Hiện mắc một số bệnh nền	105 (91,3)	10 (8,7)	115 (14,1)
Hiện mắc bệnh tăng huyết áp	168 (89,4)	20 (10,6)	188 (23,0)
Hiện mắc bệnh thận mạn	1 (50)	1 (50)	2 (0,2)
Hiện mắc bệnh thoái hóa khớp	71 (89,9)	8 (10,1)	79 (9,7)
Hiện mắc sa sút trí tuệ	20 (90,9)	2 (9,1)	22 (2,7)
Hiện mắc bệnh tim mạch	22 (88)	3 (12)	25 (3,1)
Hút thuốc lá	32 (80)	8 (20)	40 (4,9)
Uống nhiều rượu bia	20 (80)	5 (20)	25 (3,1)
Có sở thích ăn mặn	37 (80,4)	9 (19,6)	46 (5,6)
Có sở thích ăn ngọt	20 (90,9)	2 (9,1)	22 (2,7)
Ăn ≥ 5 gram muối /người/ngày	7 (87,5)	1 (12,5)	8 (1)
Ăn ít rau, trái cây (< 400 gram/ngày)	67 (82,7)	14 (17,3)	81 (9,9)
Vận động thể lực < 30 phút/ngày	112 (84,8)	20 (15,2)	132 (16,2)

Trong dân số nghiên cứu, tỷ lệ người có người thân trong gia đình đồng mắc đái tháo đường là 4,3%. Ngoài ra tỷ lệ tăng huyết áp là 23,03% dân số - đây là bệnh lý đồng mắc nhiều

nhất, thứ hai là bệnh thoái hóa khớp chiếm 9,6%. Trong số các hành vi bất lợi cho sức khỏe, tỷ lệ có hút thuốc trong dân số là 3,06%; tỷ lệ người thích ăn mặn là 5,6% và có 12,5%

người mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán có thói quen ăn từ 5 gram muối/ người/ ngày. Ngoài ra, tỷ về ăn ít rau và trái cây là 9,9% dân số nghiên cứu. Có 16,1% người tham gia có Vận động thể lực < 30 phút/ngày, dưới 05 ngày/tuần, bao gồm thể dục, thể thao, đi bộ và lao động chân tay.

IV. BÀN LUẬN

1. Đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán

Nghiên cứu đã thực hiện khảo sát trên 816 người cao tuổi tại xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh trong thời gian tháng 5/2024 cho thấy tỷ lệ người bệnh đái tháo đường chưa được chẩn đoán là 13,6% trong tổng dân số người từ trên 60 tuổi (không bao gồm người hiện mắc bệnh đái tháo đường cũng như tiền đái tháo đường).

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của một số nghiên cứu tại Việt Nam. Nghiên cứu khác tại Việt Nam cũng đã xác nhận cho thấy việc tập trung sàng lọc bệnh đái tháo đường cho kết quả tỷ lệ đái tháo đường chưa chẩn đoán dao động trong khoảng 7,5% đến 8,2%.⁵⁻⁷

Cụ thể, so với nghiên cứu của Phan Hữu Hên và cộng sự, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán cao hơn (13,6%) so với 7,5% trong nghiên cứu của Phan Hữu Hên và cộng sự.⁵ Nguyên nhân sự khác biệt là do sự khác biệt về nhóm tuổi trong dân số nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Phan Hữu Hên và cộng sự, dân số là người bệnh từ 18 tuổi trở lên đến khám bệnh tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh. Vì đái tháo đường típ 2 là bệnh phổ biến hơn ở người lớn tuổi do đó tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường chưa được chẩn đoán trong nghiên cứu của Phan Hữu Hên và cộng sự nhỏ hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là hợp lý. Sự

khác biệt này cũng có thể giải thích là do dân số trong nghiên cứu của chúng tôi là người dân trong cộng đồng trong khi nghiên cứu của Phan Hữu Hên và cộng sự khảo sát dân số trong bệnh viện.

Trong hai nghiên cứu cộng đồng khác, kết quả nghiên cứu của chúng tôi đều cao hơn nhưng không nhiều. So với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạt và cộng sự, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán cao hơn (13,6%) so với 8,1%.⁶ Sự khác biệt là do sự khác biệt về nhóm tuổi, trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Đạt và cộng sự người tham gia là người từ 45 tuổi trở lên trong khi nghiên cứu của chúng tôi là từ 60 tuổi trở lên chưa được chẩn đoán chưa được chẩn đoán đái tháo đường típ 2.⁶ Tương tự, so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc đái tháo đường chưa được chẩn đoán cao hơn (13,6%) so với 8,2%.⁷ Sự khác biệt là do sự khác biệt về nhóm tuổi, trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thi Thơ và cộng sự người tham gia là người từ 40 tuổi trở lên trong khi nghiên cứu của chúng tôi là từ 60 tuổi trở lên chưa được chẩn đoán chưa được chẩn đoán đái tháo đường típ 2.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh đái tháo đường chưa được chẩn đoán cao nhất trong nhóm từ 80 - 85 tuổi (17,9%); thứ hai là nhóm từ 70 - 75 tuổi với tỷ lệ là 15,6%. Mặc dù, nhiều tài liệu kinh điển vẫn cho rằng nguy cơ mắc đái tháo đường gia tăng sau 40 tuổi đến 65 tuổi, nhưng lại không chỉ ra nguy cơ của nhóm trên 65 tuổi.^{1,12} Yan và cộng sự cho thấy từ 60 tuổi trở lên thì nguy cơ mắc đái tháo đường tăng cao gấp nhiều lần so với nhóm từ 45 - 59 tuổi.¹⁰ Trong tình huống này là nguy cơ mắc đái tháo đường tăng hơn theo tuổi – điều đã được phát hiện thấy trong các nghiên cứu khác.¹⁰ Mặc dù, gánh nặng của bệnh đái tháo

đường thường được mô tả là tác động nghiêm trọng tới người mắc bệnh trong độ tuổi đi làm, nhưng bệnh đái tháo đường ở người lớn tuổi có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn, tình trạng chức năng giảm và tăng nguy cơ nhập viện, giảm chất lượng cuộc sống nghiêm trọng. Điều này phần nhiều là do các thước đo của chúng ta đều hướng tới kỳ vọng sống (DALY, QALY). Quan tâm đến nguy cơ mắc đái tháo đường của người cao tuổi (từ trên 60 tuổi) là rất cần thiết cho các chương trình can thiệp nâng cao sức khỏe của dân số.¹¹

Điểm hạn chế và điểm mạnh

Nghiên cứu có một số hạn chế về thiết kế. Thứ nhất, thiết kế nghiên cứu cắt ngang chưa chứng minh được tính nhân quả. Thứ hai, chẩn đoán đái tháo đường típ 2 trong nghiên cứu này dựa vào xét nghiệm đường huyết lúc đói và đường huyết bất kỳ, mà không dựa vào giá trị xét nghiệm HbA1c. Chẩn đoán đái tháo đường típ 2 bằng xét nghiệm đường huyết lúc đói có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn so với HbA1c, nhưng khác biệt là không ý nghĩa thống kê.¹²HbA1c Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng có một số điểm mạnh về công cụ sàng lọc và chẩn đoán, cỡ mẫu tương đối đại diện cho dân số. Sàng lọc đái tháo đường bằng xét nghiệm đường huyết lúc đói và đường huyết bất kỳ. Nhìn chung, các xét nghiệm này là phù hợp và có độ nhạy và độ đặc hiệu tốt để chẩn đoán đái tháo đường típ 2 chưa được chẩn đoán.¹²HbA1c Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống và với sự hỗ trợ của chính quyền đã cho tỷ lệ phản hồi khá cao, giảm sai lệch chọn lựa trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 816 người tham gia, tại xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh trong tháng 5/2024. Tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường chưa được

chẩn đoán trong cộng đồng là 13,6%. Đái tháo đường chưa được chẩn đoán không phải là bệnh lý hiếm trong cộng đồng, đặc biệt là người trên 60 tuổi. Chính vì thế, nghiên cứu này cho thấy tầm quan trọng cần có thêm nhiều chương trình sàng lọc bệnh lý đái tháo đường tại cộng đồng trong tương lai, đặc biệt chú ý đến nhóm người cao tuổi.

Lời cảm ơn

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn trân trọng đến quý thầy, cô tại Trường Đại học Trà Vinh, quý nhân viên y tế tại Trung tâm y tế Huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh; Trạm y tế xã Vĩnh Lộc A và chính quyền các cấp tại Xã Vĩnh Lộc A, huyện Bình Chánh, TP. Hồ Chí Minh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ong KL, Stafford LK, McLaughlin SA, et al. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*. 2023;402(10397):203-234. doi:10.1016/S0140-6736(23)01301-6
2. Katie Finning. Risk factors for pre-diabetes and undiagnosed type 2 diabetes in England - Office for National Statistics. Accessed June 5, 2024. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthinequalities/bulletins/riskfactorsforprediabetesandundiagnosedtype2diabetesinengland/2013to2019>
3. The Lancet Diabetes & Endocrinology. Undiagnosed type 2 diabetes: an invisible risk factor. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2024;12(4):215. doi:10.1016/S2213-8587(24)00072-X
4. Dulyapach K, Ngamchaliew P, Vichitkunakorn P, et al. Prevalence and Associated Factors of Delayed Diagnosis

of Type 2 Diabetes Mellitus in a Tertiary Hospital: A Retrospective Cohort Study. *Int J Public Health*. 2022;67:1605039. doi:10.3389/ijph.2022.1605039

5. Phan HH, Lam HV, Le NT, et al. Prevalence and Clinical Profile of Undiagnosed Diabetes Mellitus: Data from a Tertiary Hospital. *Endocr Metab Immune Disord Drug Targets*. 2021;21(9):1598-1603. doi:10.2174/1871530320666201014151408

6. Nguyen VD, Vien QM, Do TH, et al. Prevalence of undiagnosed diabetes and pre-diabetes and its associated risk factors in Vietnam. *J Glob Health Sci*. 2019;1(1). doi:10.35500/jghs.2019.1.e7

7. Tho NTT, Ly KT, Huy PT, et al. Prevalence of undiagnosed hyperglycemia and hypertension among middle-aged adults in Vietnam: A community-based study. *Clin Epidemiol Glob Health*. 2024;25:101496. doi:10.1016/j.cegh.2023.101496

8. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl 1):S20-S42. doi:10.2337/dc24-

S002

9. Pacific WHORO for the W. *The Asia-Pacific Perspective : Redefining Obesity and Its Treatment*. Sydney: Health Communications Australia; 2000. Accessed June 7, 2024. <https://iris.who.int/handle/10665/206936>

10. Yan Z, Cai M, Han X, et al. The Interaction Between Age and Risk Factors for Diabetes and Prediabetes: A Community-Based Cross-Sectional Study. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2023;16:85-93. doi:10.2147/DMSO.S390857

11. M Sue Kirkman, Vanessa Jones Briscoe, Nathaniel Clark, et al. Diabetes in Older Adults. *Diabetes Care*. 2012;35(12):2650-2664.

12. Kaur G, Lakshmi PVM, Rastogi A, et al. Diagnostic accuracy of tests for type 2 diabetes and prediabetes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(11):e0242415. doi:10.1371/journal.pone.0242415

13. Tachkov K, Mitov K, Koleva Y, et al. Life expectancy and survival analysis of patients with diabetes compared to the non diabetic population in Bulgaria. *PLoS ONE*. 2020;15(5):e0232815. doi:10.1371/journal.pone.0232815

Summary

PREVALENCE OF UNDIAGNOSED TYPE 2 DIABETES IN INDIVIDUALS AGED OVER 60: A COMMUNITY-BASED CROSS-SECTIONAL STUDY

Undiagnosed type 2 diabetes mellitus (T2DM) poses significant health challenges and adversely affects the quality of life in the elderly population. Despite this, limited research has focused on this demographic, particularly individuals aged over 60 years. This study aims to ascertain the prevalence of undiagnosed T2DM within a community setting. We conducted a population-based cross-sectional study in Vinh Loc A commune, Binh Chanh district, Ho Chi Minh City, with a systematically randomized sample of 816 participants aged over 60 years. The findings revealed

that the prevalence of undiagnosed T2DM was 13.6%. Statistical analysis indicated no significant associations between undiagnosed T2DM and variables such as age, excessive alcohol consumption, concurrent hypertension, preference for sweet foods, or high vegetable intake. The high prevalence of undiagnosed T2DM in individuals over 60 underscores the necessity for regular diabetes screening programs targeted at the elderly, particularly among those with overweight or obesity.

Keywords: Type 2 diabetes, elderly, community.