

1-2cm, và có 1 bệnh nhân (2,3%) ngắn chân 2-3 cm. Đây là trường hợp bệnh nhân gãy A3.3 bị khớp giả, khai thác sau khi ra viện bệnh nhân không tập phục hồi chức năng theo hướng dẫn, cũng như trở lại lao động quá sớm. Theo nghiên cứu của Lê Đức Nghị⁹ tỷ lệ không ngắn hoặc ngắn dưới 1cm chiếm 78,26%, ngắn trên 2cm là 4,35%.

Từ những kết quả điều trị trên, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung theo tiêu chuẩn của Nguyễn Trung Sinh cho thấy: tỷ lệ rất tốt là 30,2%, tốt là 41,9%, trung bình 25,6%, kém 2,3% kết quả này cũng tương xứng với các kết quả nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện đa khoa Nông nghiệp cho kết quả tốt, rất đáng khích lệ. Đây là phương pháp điều trị cố định vững chắc ổ gãy, cho phép bệnh nhân vận động và tập phục hồi chức năng sớm. Thuận lợi cho bệnh nhân trở lại cuộc sống hàng ngày, làm giảm tỷ lệ các biến chứng gặp phải, từ đó góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân và giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tiến Bình (2009)**. Phân loại gãy đầu trên xương đùi Phân loại tổn thương do chấn thương. Nhà xuất bản Quân Đội Nhân Dân, Hà Nội. 2009:190-215.
2. **Phí Mạnh Công (2009)**. Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi

bằng kết hợp xương nẹp vít động tại Bệnh viện Xanh pôn và Bệnh viện 198. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. 2009.

3. **Hoàng Thế Hưng (2013)**. Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người lớn tuổi bằng thay khớp hồng bán phần Bipolar. Luận văn bác sĩ nội trú, học viện quân y. 2013.
4. **Lindskog DM, Baumgaertner MR (2004)**. Unstable Intertrochanteric Hip Fractures in the Elderly. JAAOS - Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2004;12(3)
5. **Trần Quang Toàn (2008)**. Đánh giá kết quả điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi người lớn bằng nẹp DHS tại bệnh viện Xanh pôn. Luận văn thạc sĩ y học, Học viện quân y. 2008.
6. **Trần Trung Dũng, Nguyễn Hữu Nam, Ngô Văn Toàn (2013)**. Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí nghiên cứu Y học. 2013;84:69-73.
7. **Habernek H, Wallner T, Aschauer E, Schmid L (2000)**. Comparison of ender nails, dynamic hip screws, and Gamma nails in the treatment of peritrochanteric femoral fractures. SLACK Incorporated Thorofare, NJ; 2000.
8. **Lê Đức Nghị (2015)**. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, trường đại học Y Dược Thái Bình. 2015.
9. **Heyse-Moore G, MacEachern A, Evans D (1983)**. Treatment of intertrochanteric fractures of the femur. A comparison of the Richards screw-plate with the Jewett nail-plate. The Journal of bone and joint surgery British volume. 1983;65(3):262-267.
10. **Nguyễn Tiến Bình (2002)**. Kết quả phẫu thuật kết xương kín gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh Ender. Tạp chí y học thực hành. 2002;3: 40 - 41.

TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ MỨC LỘC CẦU THẬN < 60 ML/PHÚT/1,73M²

Trần Thị Bích Liên¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng kiểm soát Glucose máu ở bệnh nhân ĐĐT typ 2 có mức lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73m². **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 50 bệnh nhân đái tháo đường typ2 khám ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2022 có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m² sau khi loại bỏ các bệnh nhân thiếu máu, có nhiễm trùng cấp tính, biến chứng cấp tính, đợt cấp của suy thận

man, bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Tiêu chuẩn đánh giá Glucose máu đói, HbA1C theo hướng dẫn của ADA-2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 76,94 ± 6,04; tỷ lệ nam chiếm 84%, nữ chiếm 16%. Tỷ lệ HbA1C của nhóm nghiên cứu đạt mục tiêu (HbA1C ≤ 7%) và chấp nhận được (HbA1C từ 7- ≤ 8%) tương ứng 38% và 24%. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C kém (> 8%) của nhóm CKD giai đoạn 3a; giai đoạn 3b tương ứng là 37,5%; 40%. Tỷ lệ Glucose máu đói của nhóm nghiên cứu đạt mục tiêu (GM đói 4.4-7.2 mmol/l) và chấp nhận được (GM đói 7,2-≤ 8,3 mmol/l) tương ứng 14% và 28%. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu; kém của nhóm mắc bệnh ≤ 10 năm và > 10 năm tương ứng là (60% và 23,3%); (20% và 50%) khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0.026). Giá trị trung bình của HbA1C; Glucose máu đói của 2 nhóm CKD giai đoạn 3a và CKD giai đoạn 3b khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p tương ứng 0,52; 0,66). **Kết luận:** Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu; kém của nhóm mắc bệnh ≤ 10 năm và > 10

¹Bệnh viện Hữu Nghị,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Liên

Email: drien0498@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2022

Ngày duyệt bài: 23.8.2022

năm tương ứng là (60% và 23,3%); (20% và 50%) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.026$). Tỷ lệ kiểm soát HbA1C ở bệnh nhân đái tháo đường typ2 có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m² liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc bệnh.

Từ khóa: Đái tháo đường typ2, mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m².

SUMMARY

CONDITION OF BLOOD GLUCOSE CONTROL IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH GLOMERULAR FILTRATION RATE < 60 ML/MINUTE /1.73M²

Objectives: To evaluate blood glucose control status in patients with type 2 diabetes with glomerular filtration rate < 60 ml/min/1.73m². **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 50 patients with type 2 diabetes who had an outpatient examination at Huu Nghi Hospital from January 2022 to June 2022 with glomerular filtration rate < 60 ml/ min/1.73m² after excluding patients with anemia, acute infection, acute complications, acute exacerbation of chronic renal failure, hemodialysis patients. Criteria to evaluate fasting blood glucose, HbA1C according to the guidelines of ADA-2021. **Results:** Mean age: 76.94 \pm 6.04; Male accounted for 84%, female accounted for 16%. The rate of HbA1C of the study group was on target (HbA1C \leq 7%) and acceptable (HbA1C from 7- \leq 8%) 38% and 24%, respectively. Poor HbA1C control rate ($> 8\%$) of CKD stage 3a; stage 3b is 37.5% respectively; 40%. The ratio of fasting blood glucose of the study group reached the target (fasting GM 4.4-7.2 mmol/l) and acceptable (fasting GM 7.2- \leq 8.3mmol/l) respectively 14% and 28%. Target HbA1C control rate; the poor of the group with the disease \leq 10 years and $>$ 10 years were (60% and 23.3%, respectively); (20% and 50%) the difference was statistically significant ($p=0.026$). Mean value of HbA1C; Fasting blood glucose of the 2 groups of CKD stage 3a and CKD stage 3b was not statistically significant (p respectively 0.52; 0.66). **Conclusion:** Target HbA1C control rate; the poor of the group with the disease \leq 10 years and $>$ 10 years were (60% and 23.3%, respectively); (20% and 50%) the difference was statistically significant ($p=0.026$). The rate of HbA1C control in patients with typ 2 diabetes with glomerular filtration rate < 60 ml/min/1.73m² was statistically significantly associated with disease duration.

Keywords: Type 2 diabetes, glomerular filtration rate < 60 ml/min/1.73m².

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong những vấn đề lớn về sức khỏe toàn cầu, bệnh ngày càng gia tăng nhanh trên toàn thế giới. Đái tháo đường nếu không được điều trị tối ưu, kiểm soát có thể gây nhiều biến chứng như tim mạch, thần kinh, thận... Theo các thống kê có 30% bệnh nhân ĐTĐ có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m². Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh việc kiểm soát đường máu chặt chẽ giúp làm

giảm các biến chứng này. Trong các thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, theo dõi dọc thời gian dài(UKPDS, ADVANCE...) chỉ ra kiểm soát glucose máu tích cực làm giảm đáng kể các biến chứng mạch máu nhỏ, đặc biệt biến chứng thận giảm từ 30-70% tùy nghiên cứu^{1,2} đồng thời cũng làm chậm quá trình tiến triển của bệnh thận giai đoạn cuối. Bệnh nhân đái tháo đường ESRD được hưởng lợi từ việc duy trì HbA1C từ 7-8%. Mức HbA1c $> 9\%$ và $< 6,5\%$ có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong khi mắc bệnh CKD giai đoạn 3 hoặc nặng hơn không phụ thuộc lọc máu³.

Bệnh viện Hữu Nghị với đặc thù khám và điều trị cho các cán bộ, chủ yếu là người lớn tuổi. Số bệnh nhân mắc ĐTD theo dõi và quản lý hàng năm khoảng 10.000 bệnh nhân, một con số cũng không phải là nhỏ. Tuy vậy, cho đến thời điểm này tại Việt Nam nói chung và bệnh viện Hữu Nghị nói riêng chưa có nhiều nghiên cứu việc kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân ĐTD typ 2 có mức lọc cầu thận giảm đặc biệt này. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Nhận xét tình trạng kiểm soát Glucose máu ở bệnh nhân ĐTD typ có MLCT < 60 ml/phút/1,73m²*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTD typ 2 có MLCT < 60 ml/phút/1,73m² đến khám tại phòng khám Bệnh viện Hữu Nghị.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán xác định ĐTD typ 2 theo tiêu chuẩn ADA 2021 và theo hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2020⁴. Bệnh nhân có MLCT < 60 ml/phút/1,73m² tính theo công thức CKD- EPI 2009⁵ và tiền sử tính đến thời điểm nghiên cứu có MLCT giảm kéo dài ít nhất 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có bệnh nhiễm trùng cấp tính. Bệnh nhân thiếu máu. Bệnh nhân chạy thận nhân tạo. Bệnh nhân có các biến chứng cấp tính. Bệnh nhân có suy thận mạn xuất hiện trước khi chẩn đoán ĐTD typ 2, suy thận mạn không do ĐTD (sỏi thận, viêm thận bể thận...). Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Tháng 1/2022 đến tháng 6/2022

2.3. Phương pháp nghiên cứu

-Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

-Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

-Các bước tiến hành: Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, làm các xét nghiệm theo một

mẫu bệnh án thống nhất.

-**Tiêu chí đánh giá:**HbA1C và Glucose máu đói theo hướng dẫn⁶ ADA-2021.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0
- Tính tỷ lệ %, tính giá trị trung bình
- So sánh các giá trị trung bình (T- test)
- So sánh các tỷ lệ(X² hoặc Fisher Exact test)
- p>0.05: khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở mức 95%
- p<0.05: khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức 95%

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của bệnh

3.1.2. Một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

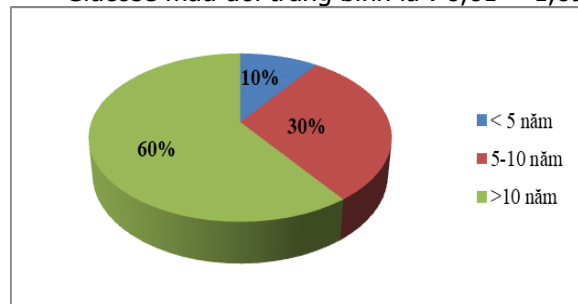
Bảng 3.2: Một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	X ± SD	Min	Max
BMI (kg/m ²)	22,85 ± 2,55	17,1	27,9
Thời gian mắc bệnh ĐTD (năm)	16,24 ± 8,62	2	35
Creatinin(umol/l)	117,55 ± 8,62	80,6	170,7
eGFR(ml/phút/1,73m ²)	50,22 ± 6,78	32	59
HbA1C (%)	7,77 ± 1,33	6,0	13,2
GM máu đói(mmol/l)	8,81 ± 1,89	5,8	12,6

Nhận xét: - Thời gian phát hiện ĐTD ngắn nhất là 2 năm, dài nhất là 35 năm

- Mức lọc cầu thận thấp nhất là 32, cao nhất là 59 ml/phút/1,73m²

- Glucose máu đói trung bình là : 8,81 ± 1,89



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ thời gian phát hiện ĐTD

Nhận xét: -Nhóm bệnh nhân có thời gian bị ĐTD > 10 năm chiếm 60%

3.2. Tình trạng kiểm soát Glucose máu ở

3.2.2. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C theo giới

Bảng 3.5. Kiểm soát HbA1C theo giới

Giới	Chỉ số	HbA1C			Tổng	P
		Chấp nhận	Đạt	Kém		
Nữ		2 (25%)	3(37,5%)	3(37,5%)	8(100%)	>0.05
Nam		10(23,8%)	16(38,1%)	16(38,1%)	42(100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ HbA1C chấp nhận, đạt mục tiêu, kiểm soát kém không có sự khác biệt giữa nam và nữ (p>0.05).

Bảng 3.6. Kiểm soát Glucose máu đói theo giới

Chỉ số	Glucose máu đói	Tổng	P
--------	-----------------	------	---

nhân nghiên cứu

3.1.1. Giới và Tuổi

Bảng 3.1: Đặc điểm giới và tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=50)

Đặc điểm	Số bệnh nhân (Tỷ lệ %)	
Giới	Nam	42(84%)
	Nữ	8(16%)
Tuổi	60-69	7(14%)
	70-79	26(52%)
	≥80	17(34%)

Nhận xét: -Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 84%. Tỷ lệ nam/nữ = 5,25/1.

-Nhóm độ tuổi 70-79 chiếm 52%.

*Tuổi trung bình ±SD = 76,94 ± 6,04; Min: 62; Max: 93

nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.2.1. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.4. Tỷ lệ Glucose máu đói, HbA1C của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)	
			Đạt
Glucose máu đói (mmol/l)	Chấp nhận	7	28
	Kém	29	58
	Tổng	50	100
HbA1c (%)	Đạt	19	38
	Chấp nhận	12	24
	Kém	19	38
	Tổng	50	100

Nhận xét:

-Tỷ lệ kiểm soát kém glucose máu đói là 58%

-Tỷ lệ HbA1C kiểm soát đạt và chấp nhận được tương ứng là 38% và 24%

Giới	Chấp nhận	Đạt	Kém		
Nữ	1(12,5%)	3(37,5%)	4(50%)	8(100%)	>0.05
Nam	6(14,3%)	11(26,2%)	25(59,5%)	42(100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ Glucose máu đói chấp nhận, đạt mục tiêu, kiểm soát kém không có sự khác biệt giữa nam và nữ ($p > 0.05$).

3.2.3. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C theo thời gian mắc đái tháo đường

Bảng 3.7. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C theo thời gian mắc đái tháo đường

Chỉ số	HbA1C			Tổng	P
	Chấp nhận	Đạt	Kém		
TGĐTĐ ≤ 10 năm	4(20%)	12(60%)	4(20%)	20(100%)	0.026
>10 năm	8(26,7%)	7(23,3%)	15(50%)	30(50%)	

Nhận xét: - Tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu và chấp nhận trong nhóm thời gian mắc bệnh ≤ 10 năm tương ứng 60% và 20%; tỷ lệ kiểm soát HbA1C kém trong nhóm thời gian mắc bệnh > 10 năm chiếm 50%.

- Tỷ lệ kiểm soát HbA1C chấp nhận, đạt mục tiêu, kiểm soát kém có sự khác biệt giữa 2 nhóm thời gian mắc ĐTĐ ≤ 10 năm và nhóm > 10 năm có ý nghĩa thống kê với $p = 0.026 (< 0.05)$.

Bảng 3.8. Tỷ lệ kiểm soát Glucose máu đói theo thời gian mắc đái tháo đường

Chỉ số	Glucose máu đói			Tổng	P
	Chấp nhận	Đạt	Kém		
TGĐTĐ ≤ 10 năm	5(25%)	7(35%)	8(40%)	20(100%)	0.085
>10 năm	2(6,7%)	7(23,3%)	21(70%)	30(50%)	

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát Glucose máu đói chấp nhận, đạt mục tiêu, kiểm soát kém không có sự khác biệt giữa 2 nhóm thời gian mắc ĐTĐ ≤ 10 năm và nhóm > 10 năm với $p = 0.085 (> 0.05)$.

3.2.4. Kiểm soát Glucose máu đói, HbA1C theo MLCT

Bảng 3.9. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C theo MLCT

Chỉ số	HbA1C			Tổng	p
	Chấp nhận	Đạt	Kém		
MLCT 45-59(Gđ3a)	11(27,5%)	14(35%)	15(37,5%)	40(100%)	0.598
30-44(Gđ3b)	1(10%)	5(50%)	4(40%)	10(100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát HbA1c kém không có sự khác biệt giữa nhóm CKD gđ3a và CKD gđ3b với $p = 0.598 > 0.05$

Bảng 3.10. Tỷ lệ kiểm soát Glucose máu đói theo MLCT

Chỉ số	Glucose máu đói			Tổng	p
	Chấp nhận	Đạt	Kém		
MLCT 45-59(Gđ3a)	7(17,5%)	11(27,5%)	22(55%)	40(100%)	0.528
30-44(Gđ3b)	1(10%)	5(50%)	4(40%)	10(100%)	

Nhận xét: Tỷ lệ kiểm soát Glucose máu kém không có sự khác biệt giữa nhóm CKD gđ3a và CKD gđ3b với $p = 0.528 > 0.05$

3.2.5. Giá trị trung bình HbA1C theo MLCT

Bảng 3.11. Giá trị trung bình HbA1C theo MLCT

MLCT	HbA1C (X ± SD)	p
45-59	7.71 ± 1.12	0.529 (T- test)
30-44	8.01 ± 2,01	

Nhận xét: -Giá trị HbA1C trung bình của nhóm MLCT 45-59 và 30-44 ml/phút/1,73m² tương ứng là 7.71 ± 1.12 và 8.01 ± 2,01.

- Không có sự khác biệt giá trị trung bình HbA1C giữa hai nhóm CKD gđ 3a và CKD gđ 3b ($p = 0.529 > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuổi và Giới. Tuổi trung bình trong

nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 76,94 ± 6,04 (thấp nhất là 62 tuổi, cao nhất là 93 tuổi), từ Bảng 3.1 ta thấy nhóm tuổi mắc bệnh chủ yếu là 70 – 79 chiếm tỷ lệ cao nhất là 52%, tiếp đến là BN ≥ 80 tuổi chiếm 34%, nhóm tuổi từ 60-69 chiếm 14%. Kết quả này cũng gần tương tự nghiên cứu của tác giả Lê Thị Phương Huệ⁷ trên 150 bệnh nhân tại Bệnh viện Thanh Nhàn (2019): gặp cao nhất nhóm tuổi 70-79, tiếp đến ≥ 80, và thấp hơn tiếp ở nhóm tuổi 60-69. Nhóm tuổi < 60 chúng tôi không gặp bệnh nhân nào, có thể do đặc thù bệnh nhân của bệnh viện Hữu Nghị đa số là cán bộ hưu trí, người cao tuổi. Cùng địa điểm nghiên cứu tại Bệnh viện Hữu Nghị, tác giả Lê Xuân Cảnh⁸ nghiên cứu 428 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cũng gặp chủ yếu ở nhóm 70-79 tuổi; giới gặp chủ yếu ở

nam (tỷ lệ nam/ nữ: 2,6/1. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự với tác giả Lê Xuân Cảnh cũng gặp tỷ lệ bệnh nhân nam là chủ yếu (nam chiếm 84%, nữ chiếm 16%).

4.2. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là $16,24 \pm 8,62$ năm, có 60% bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh > 10 năm, 30% bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm và ở nhóm < 5 năm chỉ chiếm 10%. Trong Bảng 3.7 ta thấy tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu và chấp nhận trong nhóm thời gian mắc bệnh ≤ 10 năm tương ứng 60% và 20%; tỷ lệ kiểm soát HbA1C kém trong nhóm thời gian mắc bệnh > 10 năm chiếm 50%. Tỷ lệ kiểm soát HbA1C chấp nhận, đạt mục tiêu, kiểm soát kém có sự khác biệt giữa 2 nhóm thời gian mắc ĐTĐ ≤ 10 năm và nhóm > 10 năm có ý nghĩa thống kê với $p = 0.026 (< 0.05)$. Chúng ta có thể thấy từ Bảng 3.8: tỷ lệ kiểm soát Glucose máu đói chấp nhận, đạt mục tiêu, kiểm soát kém không có sự khác biệt giữa 2 nhóm thời gian mắc ĐTĐ ≤ 10 năm và nhóm > 10 năm với $p = 0.085 (> 0.05)$. Tác giả Lê Thị Phương Huệ⁷ cũng cho kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi: nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện > 10 năm chiếm chủ yếu (70,7%).

4.3. Mức lọc cầu thận: Mức lọc cầu thận trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $50,22 \pm 6,78$, còn theo tác giả Lê Thị Phương Huệ⁷ (2019) MLCT trung bình là $43 \pm 14,4$ ml/phút/1,73m². Mức lọc cầu thận trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn có thể do không đưa vào nghiên cứu các bệnh nhân có chạy thận nhân tạo (thường các bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ sẽ thiếu máu có thể ảnh hưởng đến việc đánh giá HbA1C) chính vì vậy các mức lọc cầu thận giảm hơn < 15 không được đánh giá. Mức lọc cầu thận được ghi nhận thấp nhất là 32ml/phút/1,73m² (1bệnh nhân) và cao nhất là 59 ml/phút/1,73m².

Theo Bảng 3.9 và bảng 3.10 có 10 bệnh nhân có MLCT < 45ml/phút/1,73m²; 40 bệnh nhân có MLCT từ 45-59 ml/phút/1,73m². Tỷ lệ kiểm soát HbA1C, Glucose máu đói đạt mục tiêu, chấp nhận, kém không có sự khác biệt giữa hai nhóm CKD gđ3a và giai đoạn 3b.

4.4. Kiểm soát HbA1C. Giá trị trung bình HbA1C trong nghiên cứu của chúng tôi là $7,77 \pm 1,33$, giá trị thấp nhất là 6%, cao nhất là 13,2%. Tỷ lệ HbA1C đạt mục tiêu, chấp nhận, kém tương ứng là 38%, 24%, 38%. Không có sự khác biệt tỷ lệ kiểm soát HbA1C đạt mục tiêu, chấp nhận, kém giữa bệnh nhân nam và nữ. Giá trị HbA1C trung bình của nhóm bệnh nhân CKD

giai đoạn 3a là $7,71 \pm 1,12$; giai đoạn 3b là $8,01 \pm 2,01$. Sự khác biệt giá trị trung bình HbA1C của hai nhóm này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0.529 > 0.05$. Kết quả của chúng tôi ngược so với tác giả Kommineni Sai SuBramanyam tiến hành 2018⁹. Điều này có thể do nghiên cứu lựa chọn đầu vào của chúng tôi không có nhóm bệnh có MLCT giai đoạn 5, hoặc số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi ít hơn, vùng địa lý khác nhau?.

4.5. Kiểm soát glucose máu đói. Giá trị trung bình glucose máu đói trong nghiên cứu là $8,81 \pm 1,89$, giá trị thấp nhất 5,8 mmol/l và cao nhất là 13,2mmol/l. Tỷ lệ kiểm soát Glucose máu đói đạt mục tiêu, chấp nhận, kém tương ứng là 14%, 28%, 58%. Không có sự khác biệt tỷ lệ kiểm soát glucose máu đạt mục tiêu, chấp nhận, kém giữa bệnh nhân nam và nữ; giữa nhóm mắc bệnh > 10 năm và ≤ 10 năm, giữa nhóm CKD giai đoạn 3a và 3b. Việc đánh giá Glucose máu đói tại thời điểm xét nghiệm có thể phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Trong thực tế, đa số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân cao tuổi khi đi khám bệnh phải nhịn ăn buổi sáng để xét nghiệm máu e ngại hạ đường máu trong thời gian chờ xét nghiệm nên bữa tối hôm trước một số bệnh nhân thường có xu hướng ăn tăng hơn một chút so với thường lệ, điều này cũng là một trong vấn đề cản trở sự đánh giá khi khám và quyết định điều trị, đòi hỏi bác sĩ phải cẩn thận trong việc ra quyết định điều trị.

V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt giá trị HbA1C trung bình giữa hai nhóm CKD gđ 3a và CKD gđ 3b ($p = 0.529 > 0.05$). Tỷ lệ kiểm soát Glucose máu (HbA1C; Glucose máu đói) ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 CKD giai đoạn 3a và giai đoạn 3b khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p tương ứng 0.598 và 0,528). Tỷ lệ kiểm soát HbA1C giữa 2 nhóm mắc ĐTĐ ≤ 10 năm và >10 năm khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.026 < 0.05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ohkubo Y.** Intensive insulin therapy prevents the progression of diabetic microvascular complications in Japanese patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized prospective 6-year study. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 1995;28(2):103-117.
- The ADVANCE Collaborative Group (2008),** "Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes", *N Engl J Med*, 358: 2560-2572.
- Hahr AJ, Molitch ME.** Management of diabetes mellitus in patients with chronic kidney disease. *Clin Diabetes Endocrinol.* 2015;1(1):2. doi:

- 10.1186/s40842-015-0001-9
4. **Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2** theo qđ 5481/qđ-byt ngày 30/12/2020. tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2 theo qđ 5481/qđ-byt ngày 30/12/2020.
 5. **KDOQI Clinical Practice Guideline for Diabetes and CKD: 2012 Update.** American Journal of Kidney Diseases. 2012;60(5):850-886. doi:10.1053/j.ajkd.2012.07.005
 6. **Association AD. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2021.** Diabetes Care. 2021;44 (Supplement 1):S73-S84. doi:10.2337/dc21-S006
 7. **Lê Thị Phương Huệ, Nguyễn Khoa Diệu Vân** “Khảo sát tình trạng ha đường huyết và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có giảm mức lọc cầu thận < 60ml/phút”.
 8. **Lê Xuân Cảnh.** Thực trạng kiểm soát glucose máu và một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường typ2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị. Published online 2017.
 9. **Subramanyam K, Gosavi S, Tenneti D, Murgod R.** Evaluation of the Role of HBA1c in Chronic Kidney Disease. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2018;12:BC01-BC04.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỔN THƯƠNG PHỔI VÀ MỘT SỐ TỰ KHÁNG THỂ TRONG BỆNH XƠ CỨNG BÌ

Nguyễn Thị Thanh Hoa¹, Nguyễn Thị Phương Thủy¹, Đoàn Thị Phương Lan²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa tổn thương phổi và một số tự kháng thể trong bệnh xơ cứng bì. **Đối tượng nghiên cứu:** 65 bệnh nhân được chẩn đoán XCB theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2013 tại Khoa Cơ xương khớp, Trung tâm Hồ Hấp, bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Da Liễu Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu và kết luận:** 73,8% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tổn thương phổi, trong đó BPMK đơn thuần chiếm tỉ lệ cao nhất (35,4%), BPMK phổi hợp với TAĐMP chiếm 26,2%, TAĐMP đơn thuần 6,2%, BPMK phổi hợp với TDMP chiếm 3,1%. Bệnh phổi mô kẽ chủ yếu gặp trong XCB toàn thể, không có sự khác biệt về tỉ lệ TAĐMP và TDMP giữa các thể XCB. Tự kháng thể Scl-70 gặp nhiều trong XCB toàn thể, kháng thể kháng Centromere gặp nhiều trong XCB khu trú. Có mối liên quan giữa bệnh phổi kẽ với kháng thể kháng Scl-70, tăng áp động mạch phổi với kháng thể kháng Centromere.

Từ khóa: Xơ cứng bì, tổn thương phổi, tự kháng thể.

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN LUNG INJURY AND SOME AUTOANTIBODIES IN SCLERODERMA

Objective: To investigate the association between lung injury and some autoantibodies in scleroderma. **Subjects of the study:** 65 patients diagnosed with scleroderma according to ACR/ EULAR 2013 standards and treated at the Respiratory center, Rheumatology department in Bach Mai hospital and in National

hospital of Dermatology and Venereology. **Methods:** Prospective, cross-sectional study. **Results and conclusion:** 73.8% of patients participating in the study had lung damage, of which ILD alone accounted for the highest percentage (35.4%), ILD combined with PAH accounted for 26.2%, PAH alone 6.2%, ILD in collaboration with PE accounted for 3.1%. Interstitial lung disease is mainly seen in generalized scleroderma, there is no difference in the rates of PAH and PE between scleroderma types. Scl70 autoantibodies are common in generalized scleroderma, anti-Centromere antibodies are common in focal scleroderma. There is an association between ILD and anti-Scl70 antibodies, PAH and anti-Centromere antibodies.

Keywords: Scleroderma, lung injury, autoantibodies.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ cứng bì (XCB) là bệnh mô liên kết hệ thống chưa rõ nguyên nhân với ba tổn thương đặc trưng gồm: bệnh lý các mạch máu nhỏ, sản xuất các tự kháng thể, rối loạn chức năng của nguyên bào sợi và lắng đọng collagen quá mức ở tổ chức ngoại bào. Trên lâm sàng, bệnh nhân thường có biểu hiện về da như da dày, cứng, mất khả năng đàn hồi và tổn thương các cơ quan nội tạng. Trên 80% bệnh nhân XCB có tổn thương phổi, là biến chứng nội tạng có tần suất đứng thứ hai sau tổn thương thực quản [3]. Tổn thương phổi hay gặp là bệnh phổi mô kẽ (BPMK), tăng áp lực động mạch phổi (TAĐMP) và tràn dịch màng phổi (TDMP). BPMK được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (HRCT) của lồng ngực, thường gặp trong XCB toàn thể. TAĐMP được chẩn đoán dựa vào siêu âm Doppler tim và thường gặp trong XCB thể khu trú. TDMP gặp ở cả xơ cứng bì toàn thể và khu trú nhưng không phổ biến (tỉ lệ dưới 10%)

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hoa

Email: nguyenthanhhoaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022