

các kích thước của DCCT như sau: chiều dài trung bình của DCCT đo ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT là 36,63 mm; trong đó ở nam dài hơn ở nữ và ở gối phải dài tương đương ở gối trái. Đường kính trung bình tại điểm giữa của DCCT đo ở mặt phẳng đứng dọc trên CHT là 9,19mm; trong đó ở nam đường kính lớn hơn ở nữ và ở gối trái đường kính tương đương gối phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zantop T, Petersen C.W and Fu F.H. (2005). Anatomy of the Anterior Cruciate Ligament. Oper Tech Orthop. 15, pp 20 - 28.
2. Nacey NC, Geeslin MG, Miller GW, Pierce JL. (2017). Magnetic resonance imaging of the knee: An overview and update of conventional and state of the art imaging. J Magn Reson Imaging. 45(5), pp 1257-1275
3. Girgis FG, Marshall JL, Monajem A. (1975). The cruciate ligaments of the knee joint. Anatomical, functional and experimental analysis. Clin Orthop Relat Res. (106), pp 216–231.
4. Mohamed Hamid Awadelsied. (2015). Radiological Study of Anterior Cruciate Ligament of the Knee Joint in Adult Human and its Surgical Implication. Universal Journal of Clinical Medicine. Vol. 3(1), pp 1 – 5.
5. Wang HP, Cui HK, Yue W, et al.(2015). Determination of patellar ligament and anterior cruciate ligament geometry using MRI. Genet Mol Res.14(4), pp 12352-61.
6. Wei C, Bing X, Guo-Hong Zu, et al. (2013). Oblique coronal view of the ACL double-bundle: Comparison of the Chinese Visible Human dataset and low-field MRI. Exp Ther Med. 6(2), pp 606 - 610.

DỰ ĐOÁN NGUY CƠ MẮC BỆNH TIM MẠCH TRONG 10 NĂM THEO THANG ĐIỂM FRAMINGHAM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TUÝP 2

Vũ Vân Nga¹, Hà Thị Thu Thương¹, Đỗ Thị Quỳnh¹,
Đinh Thị Mỹ Dung², Nguyễn Thị Bình Minh²,
Nguyễn Thị Lan Anh², Lê Ngọc Thành^{1,2}, Vũ Thị Thơm¹

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) tuýp 2 là một trong những căn bệnh có xu hướng ngày càng tăng với nhiều biến chứng nguy hiểm, trong đó có nguy cơ gia tăng các tổn thương hệ tim mạch. Ước tính khoảng 75% bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 tử vong do hậu quả của các bệnh tim mạch. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm theo thang điểm Framingham (Framingham Risk Score - FRS) ở bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2. Để dự đoán nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm và các yếu tố liên quan đến tình trạng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp mô tả, cắt ngang trên 139 bệnh nhân (62 nam và 77 nữ) ĐTĐ tuýp 2, có độ tuổi trung bình $66,31 \pm 8,88$, cho thấy chủ yếu các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ rất cao (41,7%), nguy cơ cao (17,3%), nguy cơ trung bình (20,9%) và nguy cơ thấp (20,1%). Nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn ở bệnh nhân nam, trên 60 tuổi, chỉ số khối cơ thể cao, có tình trạng rối loạn lipid máu. Với bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 kèm theo tăng huyết áp có khả năng làm tăng nguy cơ ở mức rất cao lên 10,784 lần.

Từ khóa: Đái tháo đường tuýp 2, bệnh tim mạch, thang điểm Framingham.

SUMMARY

PREDICT THE RISK-10 YEARS OF CARDIOVASCULAR DISEASE ACCORDING TO FRAMINGHAM RISK SCORE IN TYPE 2 DIABETES MELLITUS PATIENTS

Type 2 diabetes is rapidly increasing rate diseases with many dangerous complications, including an increased risk of blood vessel damage. It was estimated that 75% type 2 diabetic patients died as a result of cardiovascular diseases. However, in Vietnam, there have not been many studies evaluating the risk of cardiovascular disease in the next 10 years according to the Framingham Risk Score (FRS) in patients with type 2 diabetes. To predict the risk of cardiovascular disease in type 2 diabetic patients in the next 10 years and the factors related to this condition, we conducted a descriptive, cross-sectional study on 139 patients (62 men and 77 women) with type 2 diabetes, with an average age of 66.31 ± 8.88 , showing that almost patients in very high risk (41.7%), high risk (17.3%), moderate risk (20.9%) and low risk (20.1%). The risk of cardiovascular disease is higher in male patients, over 60 years old, with high body mass index, with dyslipidemia. For patients with type 2 diabetes and hypertension, the risk of cardiovascular disease is increased 10.784 times.

Key words: Type 2 diabetes mellitus, coronary artery disease, Framingham risk score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, số người mắc đái tháo đường (ĐTĐ) trên thế giới đã tăng gấp khoảng 4 lần

¹Trường ĐH Y Dược–Đại học Quốc gia HN

²Bệnh viện E Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thơm

Email: thomtbk5@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 21/6/2021

Ngày duyệt bài: 15/7/2021

trong vòng 3 thập kỷ qua. Theo thống kê của Liên đoàn ĐTD thế giới (International Diabetes Federation- IDF), tỷ lệ hiện mắc bệnh ĐTD toàn cầu năm 2019 ước tính là 9,3% (463 triệu người), tăng lên 10,2% (578 triệu người) vào năm 2030 và 10,9% (700 triệu người) vào năm 2045. Châu Á hiện đang là khu vực có tỷ lệ lớn mắc ĐTD tít 2, trong đó có Việt Nam [1]. Ước tính khoảng 75% bệnh nhân ĐTD tuýp 2 tử vong do hậu quả của các bệnh tim mạch [2]. Thang điểm Framingham là thang điểm được sử dụng rộng rãi để đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm. Hiện nay, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch trên các bệnh nhân ĐTD tuýp 2 dựa theo thang điểm này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Xác định nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm theo thang điểm Framingham và đánh giá mối liên quan với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở các bệnh nhân ĐTD tít 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 139 bệnh nhân ĐTD tít 2 điều trị tại Khoa Nội tổng hợp-Bệnh viện E từ tháng 5 đến tháng 12 năm 2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định mắc ĐTD tít 2 (Theo Hướng dẫn của Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ 2020)[3];

- Có đầy đủ các thông tin lâm sàng (Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, tiền sử THA và ĐTD, tiền sử hút thuốc lá và uống rượu), thông tin cận lâm sàng (Nồng độ creatinin, glucose, cholesterol, triglycerid, HDL, LDL huyết thanh) và đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân không đủ

Bảng. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n,%)	Nam (n=62)	Nữ (n=77)	p	
Tuổi (năm)	X ± SD	66,31±8,88	64,77±9,78	67,55±7,93	0,067 ^a
	< 60	27(19,40)	18(66,70)	9(33,30)	0,01^c
	≥ 60	112(80,60)	44(39,30)	68(60,70)	
BMI (kg/m ²)	X ± SD	23,19±3,03	22,96±2,94	23,38±3,09	0,418 ^a
HATT(mmHg)	X ± SD	131,04± 22,71	132,42±18,86	129,94±25,46	0,117 ^b
Tiền sử hút thuốc lá	Có	14 (10,07)	14(100)	0(0)	<0,001^c
	Không	125 (89,93)	48(38,4)	77(61,6)	

^a:Independent-samples T-test;^b:Mann Whitney Test;^c:Chi-Square Test; BMI: Body Mass Index;HATT: Huyết áp tâm thu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân nữ có tuổi trung bình, BMI cao hơn bệnh nhân nam nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ trong hai nhóm tuổi < 60 và ≥ 60 có sự khác biệt ($p=0,01$).

và không thỏa mãn các chỉ tiêu đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch theo thang điểm Framingham. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Bệnh nhân được thăm khám, thu thập các thông tin lâm sàng, lấy mẫu máu vào buổi sáng khi nhịn ăn trên 10 tiếng để tiến hành phân tích một số chỉ số hóa sinh máu.

Đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch theo thang điểm Framingham: Dựa trên 6 yếu tố: tuổi, trị số huyết áp tâm thu, mức cholesterol hoặc LDL-C, HDL-C, hút thuốc lá, ĐTD để tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới là bao nhiêu phần trăm. Từ đó, đánh giá mức độ nguy cơ như sau: Rất cao: trên 30%; Cao: 20 đến 30%; Trung bình: 10 đến 20%; Thấp: dưới 10% [4].

Bệnh nhân được kiểm tra huyết áp theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam với tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp theo JNC VI; chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI) được tính theo công thức:

$$\text{Cân nặng (kg)}$$

$\text{Chiều cao (m)} \times \text{Chiều cao (m)}$; xác định tình trạng hút thuốc lá khi bệnh nhân hút > 10 điếu một ngày liên tục trong 3 năm; xác định rối loạn mỡ máu theo NCEP ATPIII 2001 (National Cholesterol Education Program) [5].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng chung của đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 5 đến tháng 12 năm 2020 tại Khoa Nội tổng hợp - Bệnh viện E. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân được trình bày chi tiết trong Bảng 1 và Bảng 2.

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	X ± SD	Nam	Nữ	p
Glucose (mmol/L)	10,47 ± 5,44	11,88 ± 6,5	9,32 ± 4,09	0,018^b
HbA1c (%)	9,75 ± 2,68	9,66 ± 2,53	9,82 ± 2,81	0,734 ^a
Cholesterol (mg/dL)	192,62 ± 51,67	182,61 ± 56,28	200,68 ± 46,45	0,005^b
Triglyceride (mg/dL)	234,45 ± 156,21	226,83 ± 182,81	240,59 ± 131,9	0,087 ^b
HDL-C (mg/dL)	62,82 ± 33,69	55,9 ± 26,21	68,38 ± 37,93	0,021^b
LDL-C (mg/dL)	84,01 ± 42,91	82,77 ± 42,35	85,01 ± 43,78	0,737 ^b

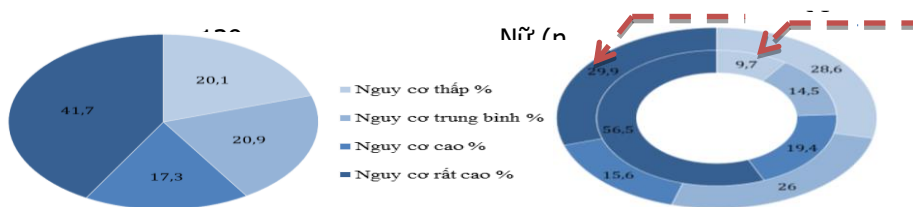
^a:Independent-samples T-test; ^b:Mann Whitney Test; ^c:Chi-Square Test.

Trong các chỉ số lipid thì triglycerid tăng cao ở cả 2 giới. Nồng độ trung bình HbA1c, Triglyceride và LDL-C tương đồng ở cả hai giới. Chỉ số Glucose ở nam cao hơn nữ trong khi chỉ số Cholesterol và HDL-C ở nữ lại cao hơn ở nam (p<0,05).

3.2. Đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm theo FRS và mối liên quan với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm theo FRS

Khi phân tích mức độ nguy cơ mắc bệnh tim mạch 10 năm ở hai giới theo FRS, chúng tôi có kết quả trình bày ở Hình 1:



Hình 1. Ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Từ hình 1 chúng tôi nhận thấy, chủ yếu bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ rất cao; giữa hai giới có sự khác biệt về tỷ lệ nhóm nguy cơ (p=0,002), bệnh nhân nữ có sự đồng đều ở các nhóm nguy cơ trong khi nam giới có nhiều bệnh nhân ở các nhóm nguy cơ cao hơn.

Ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch 10 năm tới theo FRS theo các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3. Ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch 10 năm tới theo FRS theo các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	X ± SD	Phân tầng nguy cơ				P
		Thấp	Trung bình	Cao	Rất cao	
Tuổi (năm)	X ± SD	58,7±8,6	64,2±8,6	67,8±9,3	70,4±5,9	<0,001^a
	< 60	12(44,4)	7(25,9)	5(18,5)	3(11,1)	<0,001^c
	≥ 60	16(14,3)	22(19,6)	19(17,0)	55(49,1)	
BMI (kg/m ²)	X ± SD	21,6±3,1	24,05±3,45	22,56±2,76	23,78±2,57	0,004^a
HATT(mmHg)	X ± SD	113,6± 10,2	123,6± 14,9	127,3± 14,9	144,0±25,0	<0,001^b

^a:Oneway ANOVA test; ^b:Kruskal Wallis Test; ^c:Chi-Square Test.

Các đặc điểm lâm sàng có sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ (p<0,05). Bệnh nhân có tuổi, BMI và HATT càng cao thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch càng lớn. Đặc biệt nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn nhóm tuổi <60 với p<0,001.

Bảng 4. Mức độ nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 tới theo FRS ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có THA và không THA

	Không THA (n=106)	Có THA (n=33)	OR	p
Nguy cơ thấp	51,5%	10,4%	0,109	<0,001
Nguy cơ trung bình	27,3%	18,9%	0,62	> 0,05
Nguy cơ cao	12,1%	18,9%	1,686	> 0,05
Nguy cơ rất cao	9,1%	59,1%	10,784	<0,001
p < 0,001				

Chi-Square Test

Nhóm có THA có tỷ lệ nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng dần từ thấp đến rất cao và có sự khác

biệt với nhóm không THA ($p < 0,001$). Tỷ lệ nguy cơ rất cao mắc bệnh tim mạch ở nhóm có THA cao hơn so với nhóm không có THA với $OR=10,784$ (CI: 3,101-37,509), $p < 0,001$.

Bảng 5: Phân tầng nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới theo các đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Phân tầng nguy cơ				p
	Thấp	Trung bình	Cao	Rất cao	
Glucose(mmol/L)	10,87±6,91	9,7±5,1	11,03±5,3	10,44±4,93	0,589 ^b
HbA1c (%)	8,87±1,85	9,74±3,48	10,07±2,75	10,04±2,52	0,236 ^b
Cholesterol(mg/dL)	188,22±42,02	193,18±61,58	193,34±50,21	194,17±52,3	0,946 ^b
Triglycerid(mg/dL)	201,78±141,3	231,85±173,92	277,05±145,1	233,9±158,1	0,064 ^b
HDL-C (mg/dL)	75,27±39,79	60,39±31,17	64,05±26,8	57,51±33,49	0,044^b
LDL-C (mg/dL)	71,27±40,25	83,44±40,7	82,46±41,29	90,98±45,51	0,246 ^b

^a:Oneway ANOVA test; ^b:Kruskal Wallis Test; ^c:Chi-Square Test.

Các đặc điểm lipid máu như LDL-C, Cholesterol, Triglycerid có giá trị trung bình tăng dần từ mức nguy cơ thấp đến nguy cơ trung bình, nguy cơ cao và rất cao, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nồng độ HDL-C ở các bệnh nhân giảm dần theo mức độ tăng của nguy cơ, sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0,044$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 139 bệnh nhân với các đặc điểm lâm sàng chung được trình bày trong bảng 1: 77 bệnh nhân nữ (55,4%) và 62 bệnh nhân nam (44,6%) với độ tuổi trung bình tương tự nhau ($67,55 \pm 7,93$ tuổi với nữ và $64,77 \pm 9,78$ tuổi với nam). Tuy nhiên ở hai nhóm tuổi < 60 và ≥ 60 có sự khác biệt về tỷ lệ nam nữ ($p=0,01$), tỷ lệ nữ ≥ 60 cao hơn so với nam. BMI trung bình của quần thể nghiên cứu là $23,19 \pm 3,03$ kg/m², trong đó nữ ($23,38 \pm 3,09$) cao hơn nam ($22,96 \pm 2,94$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tiền sử hút thuốc lá là 10,07% và đều là bệnh nhân nam. Các đặc điểm lâm sàng này tương tự với nghiên cứu tại Brazil của Oliveira DS và cộng sự (2007), với cỡ mẫu lớn hơn gồm 333 bệnh nhân mắc ĐTD tuýp 2, 2,215 (64,6%) là nữ và 118 (35,4%) là nam. Tuổi trung bình của đối tượng là $59,6 \pm 9,7$ tuổi, không có sự khác biệt giữa các giới. Chỉ số BMI là $28,8 \pm 5,7$ kg/m², ở nữ cao hơn ở nam ($29,2 \pm 5,4$ so với $27,6 \pm 4,5$ kg/m², $p = 0,03$). Tỷ lệ hút thuốc hiện tại hoặc trước đây là 30,6% ($n = 102$), thường xuyên hơn ở nam so với nữ (48,3% so với 20,9%, $p < 0,001$) [6]. Như vậy, các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trên thế giới, ngoại trừ có sự chênh lệch về chỉ số BMI do sự khác biệt về chủng tộc và lối sống giữa hai nhóm quần thể.

Về đặc điểm cận lâm sàng, thành phần rối loạn lipid chủ yếu là tăng triglycerid. Nồng độ trung bình HbA1c, Triglyceride, LDL-C và eGFR tương đồng ở cả hai giới. Trong khi đó, nồng độ glucose, cholesterol toàn phần, HDL-C huyết thanh có sự khác biệt. Nồng độ cholesterol toàn phần ở nữ ($200,68 \pm 46,45$ mg/dL) cao hơn ở nam

($182,61 \pm 56,28$ mg/dL) ($p = 0,005$) và nồng độ HDL-C ở nữ ($68,38 \pm 37,93$ mg/dL) cũng cao hơn nam ($55,9 \pm 26,21$ mg/dL) ($p=0,021$). Sự khác biệt này có thể là do tình trạng rối loạn lipid thường gặp ở nữ nhiều hơn nam, đặc biệt gặp nhiều hơn ở phụ nữ sau tuổi mãn kinh.

4.2. Đánh giá nguy cơ bệnh ĐMV trong 10 năm theo thang điểm Framingham và mối liên quan với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đánh giá nguy cơ bệnh ĐMV trong 10 năm theo thang điểm Framingham. Kết quả tính điểm nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm theo thang điểm Framingham-2011 được biểu diễn ở hình 1: chủ yếu là nguy cơ rất cao (41,7%), nguy cơ cao (17,3%), nguy cơ trung bình (20,9%) và nguy cơ thấp (20,1%). Điều này có thể giải thích do nghiên cứu thực hiện trên nhóm đối tượng là bệnh nhân ĐTD tuýp 2, độ tuổi trung bình $66,31 \pm 8,88$ tuổi với nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch như THA, rối loạn lipid máu,... nên nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn so với đối tượng nhân viên văn phòng có độ tuổi trung bình là $41,57 \pm 7,7$ tuổi với ít yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu của Đỗ Thị Quỳnh (2019). Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ nguy cơ giữa nam và nữ ($p=0,002$), ở nam tỷ lệ các mức độ nguy cơ tăng dần, phần lớn là thuộc nhóm nguy cơ cao (19,4%) và rất cao (56,5%), trong khi đó ở nữ, các mức nguy cơ có tỷ lệ tương đương nhau. Như vậy nam có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn nữ, tương tự một số nghiên cứu trước đây [7]. Trong nghiên cứu của này, tất cả các bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá đều là nam. Đây cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch.

Mối liên quan giữa nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm theo thang điểm Framingham với các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng. Trong nghiên cứu này, 139 bệnh nhân đã được đánh giá chỉ số BMI giữa các nhóm nguy cơ và nhận thấy rằng nguy cơ mắc bệnh tim mạch càng cao khi bệnh nhân có BMI càng lớn ($p=0,004$). Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Công (2011). Khi nghiên cứu nguy cơ mắc bệnh mạch vành trên 158 bệnh nhân thừa cân và béo phì và 341 bệnh nhân không thừa cân béo phì, kết quả cho thấy tỷ lệ nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch ở nhóm có BMI ≥ 23 kg/m² cao hơn nhóm có BMI <23 kg/m² có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ [8]. Điều này có thể giải thích là do béo phì thường dẫn tới tình trạng rối loạn lipid máu, gây lắng đọng và hình thành các mảng xơ vữa, đặc biệt ở những động mạch quan trọng như động mạch vành, mạch não. Do đó, nguy cơ mắc bệnh tim mạch thường cao hơn ở nhóm đối tượng này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm của bệnh nhân ĐTĐ tăng dần theo tuổi ($p<0,001$). Đặc biệt, ở nhóm tuổi <60 , nguy cơ chủ yếu ở mức thấp và trung bình, trong khi nhóm còn lại chủ yếu là nguy cơ cao và rất cao. Điều này phù hợp với sinh lý cơ thể, khi tuổi càng cao mức độ đàn hồi của thành mạch giảm dần, kết hợp với các bệnh lý như tăng huyết áp, rối loạn lipid, ĐTĐ làm nguy cơ mắc bệnh tim mạch càng cao. Trong nghiên cứu của Đỗ Thị Quỳnh (2019) trên 306 đối tượng nhân viên văn phòng, nguy cơ chung của 2 giới ở độ tuổi 30-40 là 1,97%, giá trị này tăng lên xấp xỉ gấp 9 lần ở độ tuổi 60-70 [7].

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ quan trọng của các bệnh lý tim mạch. Trong một nghiên cứu về ĐTĐ tại Đức (the Diabetes in Germany (DIG) study) (2007) đã chỉ ra tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ đơn độc quan trọng nhất của các vấn đề tim mạch ở các bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Khảo sát chỉ số huyết áp tâm thu cho thấy có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm nguy cơ trên quần thể bệnh nhân nghiên cứu. Nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng theo mức độ tăng huyết áp ($p<0,001$). Ở bệnh nhân có huyết áp bình thường, kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác, nguy cơ mắc bệnh tim mạch chỉ ở nhóm nguy cơ thấp và trung bình, nguy cơ rất cao chỉ chiếm 9,1%. Xu hướng trên cũng gặp trong nghiên cứu của Đỗ Thị Quỳnh (2019), theo đó, ở nhóm THA độ II, điểm nguy cơ tim mạch cao gấp 6 lần so

với nhóm có huyết áp bình thường, gấp 1,5 lần so với nhóm THA độ I, gấp xấp xỉ 3 lần so với nhóm tiền THA [7].

Nhóm có THA có nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng dần từ thấp đến rất cao và có sự khác biệt với nhóm không THA ($p<0,001$). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mối tương quan giữa tỷ lệ nguy cơ rất cao mắc bệnh tim mạch ở nhóm có THA cao hơn so với nhóm không có THA với OR=10,784 (CI: 3,101-37,509), $p<0,001$. Trên thực tế, tăng huyết áp ít khi xảy ra đơn độc. Ở bệnh nhân tăng huyết áp thường hay kèm theo các yếu tố nguy cơ khác như rối loạn lipid máu, rối loạn đường huyết,... Khi có mặt càng nhiều yếu tố nguy cơ thì khả năng xảy ra các biến cố tim mạch của bệnh nhân càng tăng.

Các đặc điểm lipid máu như LDL-C, cholesterol, triglycerid có giá trị trung bình tăng dần từ mức nguy cơ thấp đến nguy cơ trung bình, nguy cơ cao và rất cao, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn lipid máu chủ yếu là tăng triglycerid với nồng độ trung bình là $234,45 \pm 156,21$ mg/dL. Bên cạnh đó, nồng độ HDL-C ở các bệnh nhân giảm dần khi mức độ nguy cơ càng cao, sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ có ý nghĩa với $p=0,044$. HDL-C là lipoprotein trọng lượng phân tử lớn có chức năng vận chuyển cholesterol từ máu trở về gan, làm giảm nồng độ cholesterol trong máu, từ đó làm giảm sự lắng đọng và hình thành các mảng xơ vữa thành mạch máu. Khi nồng độ HDL-C trong máu giảm sẽ dẫn đến tăng tình trạng xơ vữa động mạch và dẫn đến các biến cố tim mạch nghiêm trọng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cho thấy chủ yếu các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ mắc bệnh tim mạch rất cao và nguy cơ cao. Nguy cơ bệnh mắc bệnh tim mạch cao hơn ở bệnh nhân nam, trên 60 tuổi, chỉ số BMI cao và có tình trạng rối loạn lipid máu. Tình trạng THA kèm theo có khả năng làm tăng nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Lời cảm ơn. Chúng tôi trân trọng cảm ơn sự tài trợ của Bộ Khoa học công nghệ, Chương trình Nghị định thư đã cấp kinh phí cho đề tài mã số NĐT.69/CHN/19; Trân trọng cảm ơn Ban lãnh đạo Trường đại học Y Dược - ĐHQGHN, Ban lãnh đạo Bệnh viện E, các cán bộ Bộ môn Y Dược học cơ sở - Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN; các cán bộ Khoa Nội tổng hợp, Khoa Mắt và Khoa Sinh hóa - Bệnh viện E đã ủng hộ và tạo điều kiện cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Nghiên cứu sinh Vũ Văn Nga được tài trợ bởi Nhà tài trợ thuộc Tập đoàn Vingroup và hỗ trợ bởi chương trình học bổng đào tạo thạc sĩ, tiến sĩ trong nước của Quỹ Đổi mới sáng tạo Vingroup (VINIF), Viện Nghiên cứu Dữ liệu lớn (VinBigdata), mã số VINIF.2020.TS.79.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2019), IDF Diabetes Atlas Nine edition 2019.
2. **Hammoud T** và cộng sự(2000). Management of coronary artery disease: therapeutic options in patients with diabetes, Journal of the American College of Cardiology, 36(2):355-65.
3. **American Diabetes Association** (2020), 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020, Journal Diabetes Care, 43(Suppl 1), tr. S14
4. **D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolk PA, Cobain M, Massaro JM, Kannel WB**(2008), General Cardiovascular Risk Profile for Use in Primary Care The Framingham Heart Study, Circulation,117: 743-753.
5. **Detection NCEPEPo, Adults ToHbCi** (2002). Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III): The Program
6. **Oliveira DS, Tannus LRM, Matheus ASM, Correa FH, Cobas R, Cunha EF, Gomes MB**(2007),Evaluation of cardiovascular risk according to Framingham criteria in patients with tuýp 2 diabetes,Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, 51(2):268-74.
7. **Đỗ Thị Quỳnh, Vũ Văn Nga, Lê Thị Hòa, Lê Thị Diễm Hồng, Vũ Thị Thơm** (2019), Nghiên cứu ứng dụng mô hình theo thang điểm Framingham dự đoán nguy cơ mắc bệnh tim mạch 10 năm trên nhóm nhân viên văn phòng tại Hà Nội. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Science, 35(1):128-136
8. **Nguyễn Đức Công, Nguyễn Hồng Huệ** (2011), Nghiên cứu ước tính nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở người thừa cân béo. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 15(2):45-50

PHẪU THUẬT NỐI LẠI NGÓN TAY ĐỨT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU

Hồ Mẫn Trường Phú*, Nguyễn Đặng Huy Nhật*, Lê Khánh Linh*, Hồ Văn Nhân*, Phạm Trần Nhật Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm tổn thương trong đứt rời ngón tay và đánh giá kết quả của phẫu thuật nối lại ngón tay vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp:** 14 bệnh nhân với 32 ngón tay được phẫu thuật nối lại ngón tay bằng kỹ thuật vi phẫu tại BVTW Huế (từ 4/2019 đến tháng 6/2020). Nghiên cứu mô tả tiến cứu có theo dõi các đặc điểm tổn thương ngón tay đứt rời ngón và các đặc điểm chức năng và thẩm mỹ ngón tay sau mổ. **Kết quả:** 14 bệnh nhân với 32 ngón tay bị đứt rời ngón tay được khâu nối vi phẫu, gồm 13 nam và 1 nữ; độ tuổi từ 20 đến 60 tuổi; có nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó chiếm đa số là cửa cắt với 50%. Ngón 2 chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 9 ngón trong số 32 ngón bị đứt rời. Chiếm đa số là tổn thương tại vùng V với 15 trường hợp. Có 3/32 ngón có sung huyết tĩnh mạch, 3 trường hợp hoại tử. Thời gian mổ kéo dài tùy trường hợp, giới hạn từ 2 đến 9 giờ và trung bình là 4.9 ± 2.2 giờ. Theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng, không ghi nhận trường hợp nào có rối loạn dị cảm, đau hay tê rần đầu ngón tay. Tất cả những bệnh nhân được nối ngón tay sau mổ đều bắt đầu có cảm

giác nông (đau và sờ thô sơ). 20/29 ngón tay được nối ngón vi phẫu đã có cơ năng tương đối tốt, biên độ vận động gần bình thường so với tay bên đối diện. Biến dạng móng và teo búp ngón có xảy ra nhưng không đáng kể. Đa số bệnh nhân đều thể hiện hài lòng về mặt thẩm mỹ với ngón tay sau khi được nối lại. **Kết luận:** Phẫu thuật nối lại ngón tay bằng kỹ thuật khâu nối vi phẫu đang trở thành lựa chọn chính yếu trong đứt rời ngón tay và chỉ định này càng được mở rộng hơn nhờ sự thành thạo về kỹ năng phẫu thuật vi phẫu và sự phát triển vượt bậc của các loại kính vi phẫu thế hệ mới.

Từ khóa: Bàn tay, tạo hình vi phẫu, nối lại ngón tay, đứt rời ngón tay

SUMMARY

REPLANTATION FOR FINGER AMPUTATION WITH MICROSURGICAL TECHNIQUE

Objectives: To study the clinical characteristics of finger amputation and to evaluate the outcome of microsurgical finger replantation. **Material and method:** The study was carried out at Hue Central Hospital (from 4/2019 to 6/2020) on 14 patients with 32 fingers who were surgically reattached by microsurgery. A prospective descriptive study with follow-up on the characteristics of finger amputation and the functional and aesthetic characteristics of the fingers after surgery. **Results:** 14 patients with 32 severed fingers were replanted with microsurgical technique, including 13 male and 1 female; age from

*Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Mẫn Trường Phú

Email: bsnttrph@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12/6/2021

Ngày phản biện khoa học: 10/7/2021

Ngày duyệt bài: 28/7/2021