

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN)** (2024), Gastrointestinal stromal tumor. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology.
- Đỗ Hùng Kiên** (2017), Nghiên cứu kết quả điều trị u mô đệm đường tiêu hóa (GISTS) giai đoạn muộn bằng imatinib tại bệnh viện K, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
- Sözütek D., Yanik S., Akkoca A. N., et al.** (2014). Diagnostic and prognostic roles of DOG1 and Ki-67, in GIST patients with localized or advanced/metastatic disease. International journal of clinical and experimental medicine, 7(7): 1914-22.
- Kim K. M., Kang D. W., Moon W. S., et al.** (2005). Gastrointestinal stromal tumors in Koreans: its incidence and the clinical, pathologic and immunohistochemical findings. Journal of Korean medical science, 20(6): 977.
- Iannicelli E., Carbonetti F., Federici G. F., et al.** (2017). Evaluation of the relationships between computed tomography features, pathological findings, and prognostic risk assessment in gastrointestinal stromal tumors. Journal of Computer Assisted Tomography, 41(2): 271-278.

KIỂM SOÁT LDL CHOLESTEROL TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ^{1,2}, Nguyễn Vũ Đạt³, Đinh Quốc Bảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường type 2 là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Bên cạnh việc ổn định đường huyết, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác bao gồm rối loạn lipid máu với chỉ số đại diện là LDL cholesterol là cần thiết để phòng ngừa sự hình thành và tiến triển của các biến chứng tim mạch. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên người bệnh đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nghiên cứu tuyển chọn 275 người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. Phân tầng nguy cơ tim mạch bao gồm trung bình 3,6%, cao 53,1% và rất cao 43,3%. Tương ứng, tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol chung là 37,8%, trong đó tương ứng các phân tầng nguy cơ tim mạch trung bình, cao và rất cao thì tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol là 30,0%, 36,9% và 39,0%. **Kết luận:** Tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol trên người đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được cải thiện hơn.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, kiểm soát LDL cholesterol

SUMMARY

LDL CHOLESTEROL CONTROL IN PATIENT WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Introduction: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a significant cardiovascular risk factor. Besides

controlling blood glucose levels, managing other risk factors, including dyslipidemia with LDL cholesterol as a representative index, is essential to prevent the development and progression of cardiovascular complications. **Objective:** This study was conducted to determine the rate of LDL cholesterol control in newly diagnosed T2DM patients. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on T2DM patients diagnosed within the last 6 months at the Endocrinology Clinic and Family Medicine Clinic of Ho Chi Minh City University Medical Center. **Results:** The study included 275 newly diagnosed T2DM patients. Cardiovascular risk stratification revealed that 3.6% of patients were at moderate risk, 53.1% at high risk and 43.3% at very high risk. Correspondingly, the overall rate of LDL cholesterol control was 37.8%. The rates of LDL cholesterol control for moderate, high and very high cardiovascular risk groups were 30.0%, 36.9% and 39.0%, respectively. **Conclusion:** The rate of LDL cholesterol control in newly diagnosed T2DM patients needs to be improved. **Keywords:** Newly diagnosed type 2 diabetes, LDL cholesterol control

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hoá thường gặp và được dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai trên thế giới và ở Việt Nam.^[1,2] Đái tháo đường type 2 liên quan mật thiết đến tăng nguy cơ tổn thương mạch máu lớn dẫn đến các biến chứng tim mạch do xơ vữa. Đối với người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, việc kiểm soát tích cực tình trạng rối loạn lipid máu với ưu tiên hàng đầu là LDL (lipoprotein trọng lượng phân tử thấp) cholesterol được chứng minh giúp phòng ngừa các biến chứng nói trên.^[3] Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol trên người đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số nghiên cứu

- *Dân số mục tiêu:* Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại các bệnh viện tuyến cuối.

- *Dân số khảo sát:* Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- *Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:* Người từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đái tháo đường type 2 trong vòng 6 tháng đang theo dõi và điều trị tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức $N = 1,96.p.(1-p)/m^2$ với $p = 0,25$ là tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol theo nghiên cứu của tác giả Moon và cộng sự^[4] và m được chọn là 0,05. Theo công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là $N \geq 147$ và thực tế thực hiện nghiên cứu, số lượng người bệnh tham gia là 275 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu liên tục thuận tiện. Nếu người bệnh thỏa tiêu chí đưa vào và không có tiêu chí loại ra sẽ được đưa vào nghiên cứu.

2.6. Định nghĩa biến số

- Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của phác đồ Bộ Y tế 2020 hoặc chẩn đoán hiện có của người bệnh trên hồ sơ bệnh án.^[5]

- Nguy cơ tim mạch được phân tầng thành 3 cấp độ: trung bình, cao và rất cao.^[5,6]

- Kiểm soát LDL cholesterol được định nghĩa dựa theo phân tầng nguy cơ tim mạch với LDL cholesterol < 100 mg/dL ở nguy cơ trung bình, < 70 mg/dL ở nguy cơ cao và < 55 mg/dL ở nguy cơ rất cao.^[5,6]

2.7. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 20.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị - tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

Phân tích hồi quy logistic được sử dụng trong phân tích đơn biến và đa biến để xác định các biến số liên quan đến việc không kiểm soát LDL cholesterol.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 833/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28/9/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Chung (N=275)	Không đạt mục tiêu LDL cholesterol (N=171)	Đạt mục tiêu LDL cholesterol (n=104)	P
Đặc điểm nhân khẩu học				
Tuổi (năm)	50,0 ± 12,5	49,5 ± 12,2	50,6 ± 12,9	0,4
Nhóm < 60 tuổi	218 (79,3)	135 (78,9)	83 (79,8)	0,8
Giới nam	138 (50,2)	87 (50,9)	51 (49,0)	0,7
BMI	24,4 ± 3,6	24,7 ± 3,8	23,9 ± 3,3	0,06
Thừa cân/béo phì	181 (65,8)	117 (68,4)	64 (61,5)	0,2
Sống ở nông thôn	177 (64,4)	103 (60,2)	74 (71,2)	0,07
Sống với gia đình	260 (94,5)	159 (93,0)	101 (97,1)	0,1
Hút thuốc lá	47 (17,1)	30 (17,5)	17 (16,3)	0,8
Phân tầng nguy cơ tim mạch				
Trung bình	10 (3,6)	7 (4,1)	3 (2,9)	0,8
Cao	146 (53,1)	89 (52,0)	57 (54,8)	
Rất cao	119 (43,3)	75 (43,9)	44 (42,3)	
Bệnh đồng mắc				
Bệnh đồng mắc	266 (96,7)	165 (96,5)	101 (97,1)	1,0
Tăng huyết áp	90 (32,7)	57 (33,3)	33 (31,7)	0,8
Rối loạn lipid máu	225 (81,8)	135 (78,9)	90 (86,5)	0,1
Khác	182 (66,2)	114 (66,7)	68 (65,4)	0,8
Xét nghiệm lipid máu				

hơn về phía thầy thuốc và có thể do đái tháo đường mới chẩn đoán nên các bất thường về lipid máu chưa diễn ra quá nặng nề.

Việc chậm kiểm soát tích cực LDL cholesterol trên người đái tháo đường type 2 có liên quan đến tăng nguy cơ biến cố tim mạch.^[3] Các khuyến cáo điều trị hiện tại luôn nhấn mạnh việc khởi trị đầu tay statin cho việc kiểm soát LDL cholesterol trên nhóm đái tháo đường type 2.^[8] Tương ứng với từng phân tầng nguy cơ tim mạch mà cường độ statin khởi trị sẽ có sự thay đổi để đáp ứng với mục tiêu LDL cholesterol ngày càng trở nên chặt chẽ hơn.^[5,6] Do đó, với số lượng ưu thế người bệnh có nguy cơ tim mạch và rất cao ghi nhận được, cần thiết điều trị statin cường độ cao nhưng hầu hết chỉ định statin trong khảo sát của chúng tôi đều ở mức cường độ trung bình. Hiện tượng chỉ định statin cường độ cao chưa tối ưu cũng được ghi nhận ở nghiên cứu tương tự. Với dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi, việc ưu thế statin cường độ trung bình có thể liên quan đến cách tiếp cận điều trị dựa trên mục tiêu (treat-to-target) với sự điều chỉnh tăng liều statin dần theo thời gian. Phương thức này hiện có bằng chứng khởi đầu cho thấy có lợi ích tương tự như khởi trị statin cường độ cao ngay từ đầu.^[9] Hơn nữa, với tình trạng nhạy cảm với statin dẫn đến tăng nguy cơ có tác dụng phụ với statin ở dân số châu Á thì điều trị dựa trên mục tiêu có thể được ưa chuộng hơn.^[10] Cần lưu ý, bên cạnh hạ LDL cholesterol, lợi ích của statin còn đến từ những cơ chế tác dụng khác điển hình như kháng viêm, chống stress oxy hoá, cải thiện chức năng nội mạc, ổn định mảng xơ vữa và những hiệu quả này lại phụ thuộc vào liều statin.

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi có tính đại diện cho các phòng khám điều trị người bệnh đái tháo đường type 2. Vẫn tồn tại những hạn chế trong nghiên cứu bao gồm: (1) thực hiện tại một trung tâm nên khó khái quát hoá cho toàn bộ dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, (2) nghiên cứu không có sự theo dõi theo thời gian nên chưa đánh giá được sự điều chỉnh liều statin và hiệu quả lên trị số LDL cholesterol và (3) chưa đánh giá việc điều trị không dùng thuốc có thể ảnh hưởng đáng kể đến đạt mục tiêu LDL cholesterol. Thực hiện các nghiên cứu đoàn hệ với quy mô lớn hơn ở đa trung tâm là cần thiết để có thể khắc phục những giới hạn nói trên.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ kiểm soát LDL cholesterol trên người đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được

cải thiện hơn. Cần có thêm những khảo sát để tìm ra các yếu tố liên quan và từ đó có chiến lược can thiệp phù hợp để tối ưu hoá mục tiêu quan trọng này cho người đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas.** <https://diabetesatlas.org/>. Accessed June 2, 2024.
2. **Biswas T, Tran N, Thi My Hanh H, et al.** Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. *BMJ Open.* 2022 Aug 8;12(8):e052725.
3. **Moon MK, Noh J, Rhee EJ, et al.** Cardiovascular Outcomes according to Comorbidities and Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Korean People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Metab J.* 2023 Jan;47(1):45-58. doi: 10.4093/dmj.2021.0344.
4. **Ramirez-Morros A, Franch-Nadal J, Real J, et al.** Clinical characteristics and degree of cardiovascular risk factor control in patients with newly-diagnosed type 2 diabetes in Catalonia. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2024 Feb 8;15:1339879. doi: 10.3389/fendo.2024.1339879.
5. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tip 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020). <https://daithaoduong.kcb.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-dai-thao-duong-tip-2>
6. **Van Minh H, Van Huy T, Long DPP.** Highlights of the 2022 Vietnamese Society of Hypertension guidelines for the diagnosis and treatment of arterial hypertension: The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA): The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA). *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2022 Sep;24(9):1121-1138. doi: 10.1111/jch.14580.
7. **Nguyen S, Nguyen D, Dang V, et al.** (2024). Assessing LDL Cholesterol Management and Statin Use in Diabetic Patients: Disparities and Outcomes in a Vietnamese Tertiary Hospital Setting. *BMRAT*, 11(4), 6297-6304. <https://doi.org/10.15419/bmrat.v11i4.876>.
8. **ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al,** on behalf of the American Diabetes Association. Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care.* 2023 Jan 1;46(Suppl 1):S5-S9. doi: 10.2337/dc23-Srev.
9. **Hong SJ, Lee YJ, Lee SJ, et al;** LODESTAR Investigators. Treat-to-Target or High-Intensity Statin in Patients With Coronary Artery Disease: A Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2023 Apr 4;329(13):1078-1087. doi: 10.1001/jama.2023.2487.
10. **Tomlinson B, Chan P, Liu ZM.** Statin Intolerance-An Asian Perspective. *J Atheroscler Thromb.* 2020 May 1;27(5):485-488. doi: 10.5551/jat.50435.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH U MẠCH HẮC MẠCHoàng Thị Thảo^{1,2}, Mai Quốc Tùng¹, Lương Thị Hải Hà³**TÓM TẮT**

Mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh u mạch hắc mạc tại Phòng khám Mắt, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương. 2. Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh u mạch hắc mạc. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 29 bệnh nhân đã được chẩn đoán mắc u mạch hắc mạc đến khám và điều trị tại Phòng khám Mắt, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 8 năm 2023. Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu mẫu toàn bộ. **Kết quả:** - 51,7% bệnh nhân không có xuất huyết, hình thái hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (37,9%), xuất huyết xâm lấn hồ trung tâm chiếm tỷ lệ cao (37,9%). - Triệu chứng phổ biến nhất là biến đổi BMST và xuất tiết (100,0%), bong thanh dịch (62,1%), phù hoàng điểm (58,6%), và bong võng mạc (41,4%). - Các tổn thương phổ biến nhất là biến đổi BMST và xuất tiết (100,0%). Bong TDVMTT (65,5%), phù hoàng điểm (58,6%), và xuất huyết (48,3%). - Dấu hiệu trên OCT A phổ biến nhất là dấu hiệu tổn thương bề mặt (65,5%), tổn thương sâu chiếm tỷ lệ thấp hơn (34,5%). - Kích thước phổ biến nhất của khối u là 2.00 chiếm 34,5%. Vị trí phổ biến nhất của khối u là cạnh hoàng điểm, chiếm 37,9%. **Kết luận:** Cần có các nghiên cứu tiến cứu theo dõi sự thay đổi đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Bệnh u mạch hắc mạc, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng

Viết tắt: Chụp mạch huỳnh quang (CMHQ), Biểu mô sắc tố (BMST), Optical coherence tomography angiography (OCT-A), Indocyanine Green (ICG),...

SUMMARY**CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHOROIDAL HEMANGIOMA**

Objective: (1) To describe the clinical characteristics of choroidal hemangioma at the Eye Clinic of the National Geriatric Hospital. (2) To describe the paraclinical characteristics of choroidal hemangioma. **Patients and methods:** A total of 29 patients diagnosed with choroidal hemangioma were examined and treated at the Eye Clinic of the National Geriatric Hospital over a 5-year period, from August 2018 to August 2023. A cross-sectional study. **Results:** - More than half of the patients (51.7%) did not have hemorrhage. Among those with hemorrhage, the most common type was mixed morphology (37.9%). - The most common symptoms, present in

all patients, were BMST changes and exudation (100.0%). Other symptoms such as serous retinal detachment (62.1%), macular edema (58.6%), and retinal detachment (41.4%). - The most common lesions, present in all patients, were BMST changes and exudation (100.0%). Serous retinal detachment (65.5%), macular edema (58.6%), and hemorrhage (48.3%). - The most common OCT-A finding was surface damage (65.5%), while deep damage was less common (34.5%). - The most common tumor size was 2.00 mm, accounting for 34.5% of cases. The most frequent tumor location was adjacent to the macula, accounting for 37.9% of cases. **Conclusion:** Prospective studies are needed to monitor the changes in clinical and paraclinical characteristics in this patient group. **Keywords:** Choroidal hemangioma, clinical characteristics, paraclinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh u mạch hắc mạc (Choroidal Hemangioma – CCH) là một bệnh lý u mạch lành tính của hắc mạc, bao gồm nhiều ống mạch máu có kích thước khác nhau nằm trong lớp hắc mạc. Bệnh được chia thành hai loại chính: u có danh giới và u tỏa lan, trong đó loại tỏa lan thường đi kèm với hội chứng Sturge-Weber. Hầu hết các trường hợp u mạch hắc mạc có danh giới chỉ được phát hiện khi bệnh nhân có triệu chứng hoặc tình cờ được phát hiện trong các lần khám định kỳ.

Những biến đổi về sắc tố, sự mất tổ chức và tăng sinh của biểu mô sắc tố võng mạc (RPE) bên trên khối u, cùng với sự hình thành các màng xơ trên hắc mạc, và hiếm khi xuất hiện màng tân mạch hắc mạc, đã được ghi nhận trong các nghiên cứu. Theo thời gian, khối u có thể trải qua các thay đổi thoái hóa như cốt hóa trên bề mặt khối u. Võng mạc phía trên khối u có thể xuất hiện các biến đổi bao gồm phù võng mạc hoặc thoái hóa dạng nang, bong võng mạc, mất tế bào cảm quang, u thần kinh đệm, và đôi khi có sự xâm lấn từ biểu mô sắc tố.

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, đã có một số bài báo cáo về các ca bệnh u mạch hắc mạc. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu toàn diện nào về bệnh lý này. Vì vậy, để hiểu rõ hơn về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh u mạch hắc mạc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh u mạch hắc mạc tại Phòng khám Mắt, Bệnh viện Lão khoa Trung Ương.*

2. *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng của bệnh u mạch hắc mạc.*

¹Trường Đại học Y Hà Nội²Bệnh viện Mắt Thái Nguyên³Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Thảo

Email: thaoanh0480@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024