Hình 3. Trước điều trị

Hình 4. Sau điều trị 3 tháng

V. KẾT LUẬN

Cho đến nay, i-PRF đã được ứng dụng trong nhiều lĩnh vực y khoa và được chứng minh là vật liệu hỗ trợ làm đầy tiềm năng trong các quy trình nha khoa. Trong nghiên cứu điều trị tụt gai nướu vùng răng trước, i-PRF đã cho thấy hiệu quả trong việc tăng chiều cao gai nướu, làm đầy tam giác đen vùng kẽ răng. Với ưu điểm là vật liệu hoàn toàn tự thân cùng với quy trình thực hiện đơn giản, nhanh chóng và không gây đau cho BN. Tuy nhiên, cần có thêm thời gian theo dõi và thực hiện thêm nghiên cứu về vật liệu này nhằm đưa ra quy trình mang lại hiệu quả tốt hơn cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahila E, Saravana Kumar R, Reddy VK, Pratebha B, Jananni M, Priyadharshini V.** Augmentation of Interdental Papilla with Platelet-rich Fibrin. Contemp Clin Dent. 2018 Apr-Jun; 9(2):213-217. doi: 10.4103/ccd.ccd_812_17. PMID: 29875563; PMCID: PMC5968685.
2. **Trivedi, et al.** Comparative evaluation of injectable-platelet rich fibrin and hyaluronic acid injections in the treatment of gingival black triangles. International journal of scientific research. 2021;64-68. 10.36106/iisr/3417009.
3. **Mourao, Carlos Fernando & Valiense, Helder & Melo, et al.** Obtention of injectable platelets rich-fibrin (i-PRF) and its polymerization with bone graft: technical note. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2015; 42. 421-423. 10.1590/0100-69912015006013.
4. **Cardaropoli D, Re S, Corrente G.** The Papilla Presence Index (PPI): a new system to assess interproximal papillary levels. Int J Periodontics Restorative Dent. 2004 Oct;24(5):488-92. doi: 10.11607/prd.00.0596. PMID: 15506030.
5. **Sharma P, Vaish S, Sharma N, et al.** Comparative evaluation of efficacy of subepithelial connective tissue graft versus platelet-rich fibrin membrane in surgical reconstruction of interdental papillae using Han and Takie technique: A randomized controlled clinical trial. J Indian Soc Periodontol. 2020 Nov-Dec;24(6):547-553. doi: 10.4103/jisp.jisp 125 20. Epub 2020 Nov 14. PMID: 33424172; PMCID: PMC7781246.
6. **Chandramohan, Nikhila & A, Swetha.** Evaluation of i-PRF injection technique as an alternative for reconstruction of interdental papillae - a pilot study. A Indian Journal of applied research. 2021, 50-53. 10.36106/ ijar/9514273.
7. **Fakher, I., Hazzaa, H. H., & Abdelgawad, N.** Use of Injectable Hyaluronic Acid Gel and Injectable Platelet-rich Fibrin in the Treatment of Gingival Black Triangles: A Randomized Clinical Trial. Al-Azhar Dental Journal for Girls. 2023, 10 (2), 471-477.
8. **Bissar, M. W., Nasser, N., & El-Mofty, M. S.** Volumetric Soft Tissue Changes After Using Injectable Platelet-Rich Fibrin (I-PRF) Versus Subepithelial Connective Tissue Graft in Interdental Papillae Defects: A Randomized Controlled Clinical Study. Perio J.2022; 6(1), 2635.https://doi.org/10.26810/perioj.2022.a3.

KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ[1,2], Trần Hoà[1,2], Nguyễn Thị Ngọc Trâm[2], Đinh Quốc Bảo[1]

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến tại Việt Nam. Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được kiểm soát tích cực các yếu tố nguy cơ tim mạch trong đó có tăng huyết áp để giảm biến chứng và tử vong. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ kiểm soát huyết áp 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:** 275 người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tham gia nghiên cứu. Tỉ lệ đồng mắc tăng huyết áp là 32,7% và trong đó, 27,8% đạt huyết áp mục tiêu. Xét trên trị số huyết áp phòng khám, 56,4% có huyết áp > 130/80 mmHg. Các yếu tố liên

[1]*Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ
Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024
Ngày duyệt bài: 25.10.2024

quan đến không đạt huyết áp mục tiêu tại phòng khám bao gồm: tuổi < 60 (OR 0,4, KTC 95% 0,2-0,8), thừa cân/béo phì (OR 2,1, KTC 95% 1,1-3,8) và sử dụng ACEi/ARB (OR 3,2, KTC 95% 1,4-7,0). **Kết luận:** Tình trạng đồng mắc tăng huyết áp trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán và tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu cần được quan tâm. Những người có thừa cân/béo phì hoặc đơn trị ACEi/ARB cần được theo dõi để đạt huyết áp mục tiêu tại phòng khám.

Từ khoá: Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, trị số huyết áp phòng khám, kiểm soát huyết áp

SUMMARY

BLOOD PRESSURE CONTROL IN PATIENTS WITH NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Introduction: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is a common cardiovascular risk factor in Vietnam. Newly diagnosed T2DM patients require aggressive multifactorial cardiovascular risk management, including blood pressure control, to reduce complications and mortality. **Objective:** This study aims to determine the rate of blood pressure control among newly diagnosed T2DM patients. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on newly diagnosed T2DM patients within 6 months at the Endocrinology and Family Medicine Clinics of Ho Chi Minh City University Medical Center. **Results:** A total of 275 newly diagnosed T2DM patients participated in the study. The comorbidity rate of hypertension was 32.7%, with 27.8% achieving target blood pressure. Based on clinic blood pressure readings, 56.4% had blood pressure > 130/80 mmHg. Factors associated with not achieving target clinic blood pressure included age < 60 (OR 0.4, 95% CI 0.2-0.8), overweight/obesity (OR 2.1, 95% CI 1.1-3.8) and use of ACEi/ARB (OR 3.2, 95% CI 1.4-7.0). **Conclusions:** Newly diagnosed T2DM patients with comorbid hypertension as well as rates of uncontrolled office blood pressure require careful attention. Those who are overweight/obese or ACEi/ARB monotherapy should be followed closely to achieve target blood pressure in the clinic.

Keywords: Newly diagnosed type 2 diabetes mellitus, office blood pressure, blood pressure control

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hóa phổ biến và là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với các bệnh lý tim mạch. Dự đoán số người mắc bệnh này sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai.[1] Bệnh đái tháo đường type 2 thường đi kèm với các biến chứng về mạch máu nhỏ, đặc biệt là bệnh thận, và các biến chứng mạch máu lớn như bệnh tim mạch. Việc kiểm soát huyết áp ở người bệnh đái tháo đường type 2 đã được chứng minh là giúp cải thiện tiên lượng và là mục tiêu điều trị thiết yếu.[2,3] Ngưỡng huyết áp mục tiêu tại phòng khám thấp hơn đã được khuyến nghị ở các hướng dẫn điều trị hiện hành.[3]

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm khảo sát tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

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 p1 = 0,62 là tỉ lệ tăng huyết áp trên nhóm đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán theo nghiên cứu của tác giả Muddu và cộng sự[4] và m được chọn là 0,05, N1 tối thiểu là 185. Với p2 = 0,52 là tỉ lệ có huyết áp tâm thu tại phòng khám không kiểm soát cũng theo nghiên cứu tham chiếu trên, N2 tối thiểu là 196. 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]

- Tăng huyết áp được xác định dựa trên chẩn đoán của bác sĩ khám bệnh.

- Huyết áp đo tại phòng khám được thực hiện theo hướng dẫn.[3] Đạt mục tiêu huyết áp phòng khám được định nghĩa là huyết áp tâm thu < 130 mmHg và huyết áp tâm trương < 80 mmHg.[3,4]

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 huyết áp.

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

Đặc điểm	Chung (N=275)	Không kiểm soát huyết áp (N=120)	Kiểm soát huyết áp (N=155)	p
Tuổi (năm)	50,0 ± 12,5	52,8 ± 12,5	47,7 ± 12,0	0,001
Nhóm <60 tuổi	218 (79,3)	82 (68,3)	136 (87,7)	0,001
Giới nam	138 (50,2)	67 (55,8)	71 (45,8)	0,1
BMI	24,4 ± 3,6	25,5 ± 3,5	23,6 ± 3,5	0,001
Thừa cân/béo phì	181 (65,8)	90 (75,0)	91 (58,7)	0,005
Sống ở nông thôn	177 (64,4)	77 (64,2)	100 (64,5)	0,9
Sống với gia đình	260 (94,5)	112 (93,3)	148 (95,5)	0,4
Hút thuốc lá	47 (17,1)	26 (21,7)	21 (13,5)	0,07
Bệnh đồng mắc Tăng huyết áp Rối loạn lipid máu Khác	266 (96,7) 90 (32,7) 225 (81,8) 182 (66,2)	117 (97,5) 65 (54,2) 103 (85,8) 84 (70,0)	149 (96,1) 25 (16,1) 122 (78,7) 98 (63,2)	0,7 0,001 0,1 0,2
BB	23 (8,4)	18 (15,0)	5 (3,2)	0,001
ACEi	8 (2,9)	6 (5,0)	2 (1,3)	0,08
ARB	65 (23,6)	48 (40,0)	17 (11,0)	0,001
CCB	40 (14,5)	31 (25,8)	9 (5,8)	0,001
Lợi tiểu	10 (3,6)	8 (6,7)	2 (1,3)	0,02
Phối hợp thuốc hạ áp	40 (14,5)	34 (28,3)	6 (3,9)	0,001

BMI: chỉ số khối cơ thể, BB: chẹn beta, ACEi: ức chế men chuyển, ARB: chẹn thụ thể angiotensin, CCB: chẹn kênh calcium.

Nhận xét: Đa số người bệnh dưới 60 tuổi. Tỉ lệ nam:nữ cân bằng. Tỉ lệ được chẩn đoán tăng huyết áp là 32,7%. Ở nhóm không kiểm soát huyết áp phòng khám, giá trị tuổi trung bình và tỉ lệ BMI (chỉ số khối cơ thể), thừa cân/béo phì, có chẩn đoán tăng huyết áp, sử dụng BB (chẹn beta), ARB (chẹn thụ thể angiotensin), CCB (chẹn kênh calcium), lợi tiểu và phối hợp thuốc hạ áp cao hơn so với nhóm kiểm soát huyết áp phòng khám.

3.2. Đạt mục tiêu huyết áp phòng khám

Bảng 2. Tỉ lệ đạt mục tiêu huyết áp

Huyết áp phòng khám <130/80 mmHg (N = 275)	155 (56,4)
Tăng huyết áp đạt huyết áp mục tiêu (N = 90)	25 (27,8)

Nhận xét: Một nửa số người tham gia có huyết áp phòng khám đạt mục tiêu và hơn ¼ số người có chẩn đoán đạt huyết áp mục tiêu.

3.3. Yếu tố liên quan đến không kiểm soát huyết áp phòng khám

Biến số	Không đạt mục tiêu huyết áp			
	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p
Giới nam	1,5 (0,9 – 2,4)	0,1	1,3 (0,7 – 2,5)	0,4
Tuổi <60	0,3 (0,2 – 0,5)	0,001	0,4 (0,2 – 0,8)	0,01
Thừa cân/Béo phì	2,1 (1,2 – 3,5)	0,005	2,1 (1,1 – 3,8)	0,02
Sống ở nông thôn	1,0 (0,6 – 1,6)	0,9	--	--
Sống chung với gia đình	0,7 (0,2 – 1,9)	0,4	--	--
Hút thuốc lá	1,8 (0,9 – 3,3)	0,08	2,1 (0,9 – 4,7)	0,06
Bệnh đồng mắc	1,6 (0,4 – 6,4)	0,5	--	--
Rối loạn lipid máu	1,6 (0,9 – 3,1)	0,1	1,1 (0,5 – 2,3)	0,8
Phối hợp thuốc hạ áp	9,8 (4,0 – 24,3)	0,001	2,1 (0,4 – 12,4)	0,4
ACEI/ARB	5,8 (3,2 – 10,7)	0,001	3,2 (1,4 – 7,0)	0,004
BB	5,3 (1,9 – 14,7)	0,001	3,1 (0,9 – 10,7)	0,07
CCB	5,7 (2,6 – 12,4)	0,001	1,4 (0,4 – 5,0)	0,6
Lợi tiểu	5,5 (1,1 – 26,2)	0,03	0,7 (0,1 – 5,9)	0,8

BB: chẹn beta, ACEi: ức chế men chuyển, ARB: chẹn thụ thể angiotensin, CCB: chẹn kênh calcium.

Nhận xét: Các yếu tố liên quan đến không đạt huyết áp mục tiêu tại phòng khám bao gồm: tuổi < 60 (OR 0,4, KTC 95% 0,2-0,8), thừa cân/béo phì (OR 2,1, KTC 95% 1,1-3,8) và sử dụng ACEi/ARB (OR 3,2, KTC 95% 1,4-7,0).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ được chẩn đoán tăng huyết áp trên đối tượng đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán xấp xỉ 1/3. Kết quả này thấp hơn đáng kể hơn so với nghiên cứu tương tự của tác giả Muddu và cộng sự.[4] Sự khác biệt này khả năng cao do sự khác biệt về nơi thực hiện nghiên cứu cũng như sắc dân được khảo sát. Tác giả Muddu và cộng sự tiến hành nghiên cứu ở Uganda nơi có thể ít triển khai việc tầm soát sớm các bệnh lý mạn tính. Vì vậy, mặc dù mới chẩn đoán đái tháo đường type 2 nhưng có thể tình trạng này đã kéo dài trước đó dẫn đến tăng khả năng đồng mắc tăng huyết áp. Bên cạnh đó, dân số da màu có tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn các chủng tộc khác.[6]

Trong số những người có tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ kiểm soát huyết áp là là 27.8%. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu tương tự, cũng có thể liên quan đến dân số nghiên cứu và sự khác biệt trong điều trị và quản lý.[6] Việc đạt huyết áp mục tiêu là một trong 4 thành tố thiết yếu trong quản lý đái tháo đường type 2. Chậm kiểm soát huyết áp làm tăng nguy cơ gặp các biến cố tim mạch trong tương lai.[7] Chính vì vậy, kết quả kiểm soát huyết áp chưa tối ưu trong nghiên cứu của chúng tôi là một vấn đề cần được quan tâm.

Đáng lưu ý, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có hơn một nửa số người tham gia bao gồm cả những người bệnh không có chẩn đoán tăng huyết áp có trị số huyết áp tại phòng khám cao hơn mục tiêu khuyến cáo đối với người bệnh đái tháo đường. Điều này cho thấy có số lượng đáng kể người có tăng huyết áp áo choàng trắng. Nghiên cứu của tác giả Caroline và cộng sự thực hiện trên người đái tháo đường type 2 cho thấy tăng huyết áp áo choàng trắng liên quan đến tăng nguy cơ biến chứng mạch máu nhỏ.[8] Tuy nhiên, các hướng dẫn hiện tại đều không khuyến cáo điều trị thuốc cho tăng huyết áp áo choàng trắng.[9] Ngoài ra, chúng tôi không loại trừ khả năng có bỏ sót chẩn đoán tăng huyết áp trên người bệnh đái tháo đường type 2 như đã được báo cáo.[10] Kết quả phát hiện của chúng tôi gợi ý tăng cường việc thực hiện theo dõi huyết áp tại nhà hoặc theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ trên dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán nhằm xác định rõ tình trạng đồng mắc và kiểm soát tăng huyết áp. Hai phương tiện chẩn đoán này ngày càng có thêm bằng chứng và khuyến khích sử dụng trên thực hành lâm sàng.[3,9]

Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy các yếu tố liên quan đến không đạt mục tiêu huyết áp phòng khám bao gồm tuổi < 60, thừa cân/béo phì và sử dụng ACEi/ARB trong đó yếu tố tuổi < 60 mang ý nghĩa giảm nguy cơ. Đối với tình trạng béo phì, đây là yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp với cơ chế bệnh sinh liên quan mật thiết đến tình trạng đề kháng insulin, adipokine, hiện tượng viêm, sự tăng hoạt hệ giao cảm và hệ renin – angiotensin – aldosterone. Những nghiên cứu tương tự cũng ghi nhận béo phì liên quan đến việc kém kiểm soát huyết áp.[11] Điều trị thừa cân/béo phì hiện tại vẫn ưu tiên các biện pháp kinh tế-hiệu quả liên quan đến điều chỉnh lối sống và chế độ ăn. Cần nhấn mạnh là những phương thức này cũng đem đến lợi ích cho kiểm soát huyết áp và đường huyết.[3,5] Nhóm thuốc ACEi/ARB được khuyến cáo điều trị đầu tay cho người bệnh tăng huyết áp đồng mắc với đái tháo đường. Lợi ích của nhóm thuốc này lên tim mạch-thận liên quan đến các cơ chế nằm ngoài việc hạ áp. Kết quả không thuận lợi trên kiểm soát huyết áp của ACEi/ARB có thể liên quan đến tỉ lệ thấp phối hợp thuốc hạ áp trong nghiên cứu của chúng tôi. Phối hợp thuốc hạ áp được khuyến cáo thực hiện cho dân số đái tháo đường type 2 có kèm tăng huyết áp với ACEi/ARB đóng vai trò thiết yếu.[2,9]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đại diện cho nhóm người bệnh đái tháo đường type 2 mới được chẩn đoán tại các bệnh viện tuyến cuối. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu cắt ngang nên khó xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố liên quan đến không kiểm soát huyết áp. Tiếp theo, khảo sát chỉ triển khai tại một trung tâm, ảnh hưởng đến khả năng khái quát hoá cho dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán trong cộng đồng. Phương tiện giúp loại trừ hiện tượng áo choàng trắng bao gồm đo huyết áp tại nhà và theo dõi huyết áp lưu động 24 giờ chưa được thực hiện. Những hạn chế này cần được khắc phục trong các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô lớn hơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng đồng mắc tăng huyết áp trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán và tỉ lệ đạt

huyết áp mục tiêu cần được quan tâm. Những người có thừa cân/béo phì hoặc đơn trị ACEi/ARB cần được theo dõi để đạt huyết áp mục tiêu tại phòng khám.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation**. IDF Diabetes Atlas. https://diabetesatlas.org/. Accessed July 9, 2024.
2. **Kintscher U.** Benefit of Blood Pressure Control in Diabetic Patients. Curr Hypertens Rep. 2015 Jul;17(7):50. doi: 10.1007/s11906-015-0561-1.
3. **Van Minh H, Van Huy T, Long DPP, et al.** 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.
4. **Muddu M, Mutebi E, Ssinabulya I, et al.** Hypertension among newly diagnosed diabetic patients at Mulago National Referral Hospital in Uganda: a cross sectional study. Cardiovasc J Afr. 2018 Jul/Aug 23;29(4): 218-224. doi: 10.5830/ CVJA-2018-015.
5. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 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. **Aggarwal R, Chiu N, Wadhera RK, et al.** Racial/Ethnic Disparities in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in the United States, 2013 to 2018. Hypertension. 2021 Dec;78(6):1719-1726. doi: 10.1161/ HYPERTENSIONAHA.121.17570.
7. **Raghavan S, Ho YL, Kini V, et al.** Association Between Early Hypertension Control and Cardiovascular Disease Incidence in Veterans With Diabetes. Diabetes Care. 2019 Oct; 42(10):1995-2003. doi: 10.2337/dc19-0686.
8. **Kramer CK, Leitão CB, Canani LH, et al.** Impact of white-coat hypertension on microvascular complications in type 2 diabetes. Diabetes Care. 2008 Dec;31(12):2233-7. doi: 10.2337/ dc08-1299.
9. **Unger T, Borghi C, Charchar F, et al.** 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension. 2020 Jun;75(6):1334-1357. doi: 10.1161/ HYPERTENSIONAHA.120.15026.
10. **Adnan M, Noor W, Baig MMA.** Risk factors of previously undiagnosed and known untreated hypertension among patients with Type-2 diabetes mellitus. Pak J Med Sci. 2023 Mar-Apr; 39(2): 361-366. doi: 10.12669/pjms. 39.2.6329.

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM PHỔI ĐỐI CHIẾU VỚI CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC TRONG ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG PHỔI Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CÓ THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI, NĂM 2023-2024

Trịnh Hồng Quang[1], Đoàn Tiến Lưu[2], Lê Hoàn[3]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 33 bệnh nhân viêm phổi có thông khí nhân tạo xâm nhập điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2023 đến tháng 6/2024 nhằm đánh giá giá trị của siêu âm đối chiếu với cắt lớp vi tính (CLVT) ngực trong phát hiện các tổn thương phổi ở nhóm bệnh nhân này. Kết quả cho thấy siêu âm phổi và CLVT ngực có sự tương đồng cao trong việc phản ánh các tổn thương nông ở màng phổi và dưới màng phổi, nhưng lại có sự khác biệt lớn trong phát hiện các tổn thương sâu hơn như kính mờ và đông đặc trong nhu mô. Siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (75,0 – 100%) trong chẩn đoán các tổn thương nông tại màng phổi và dưới màng phổi nhưng lại cho độ đặc hiệu thấp (34,4 – 50,0%) trong phát hiện các tổn thương sâu trong nhu mô phổi. Tuy siêu âm là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán các tổn thương phổi nhưng các phát hiện của siêu âm trên nhu mô phổi chỉ đóng vai trò gợi ý và định hướng chẩn đoán. Việc kết hợp siêu âm với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh chuyên sâu khác được cho là cần thiết để đánh giá chính xác mức độ tổn thương phổi của bệnh nhân và đưa ra các can thiệp phù hợp.

Từ khóa: siêu âm phổi, cắt lớp vi tính ngực, viêm phổi, thông khí nhân tạo xâm nhập

[1]*Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình*
[2]*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Lưu
Email: doantienluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.8.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024
Ngày duyệt bài: 28.10.2024

SUMMARY

PERFORMANCE OF LUNG ULTRASOUND COMPARED TO CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF PULMONARY LESIONS IN PATIENTS WITH PNEUMONIA RECEIVING INVASIVE MECHANICAL VENTILATION AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2023 - 2024