

- revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut, 62(1), 102–111.
5. **Phạm Ngọc Trường** (2020). Đánh Giá Hiệu Quả Của Phương Pháp Giảm Đau PCA Với Fentanyl Cho Bệnh Nhân Viêm Tụy Cấp. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội.
 6. **Nguyễn Tú Anh** (2019). Nghiên Cứu Áp Dụng USCOM Trong Hướng Dẫn Bồi Phụ Thể Tích Tuần Hoàn ở Bệnh Nhân Viêm Tụy Cấp. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội.
 7. **Trần Phương** (2017). Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị VTC do tăng TG ở phụ nữ có thai. Luận Văn Thạc Sĩ Học Đại Học Hà Nội.
 8. **Trần Thanh Phong** (2019). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan đến mức độ nặng và đánh giá kết quả điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglycerid tại Bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018-2019. Luận Văn Bác Sĩ Chuyên Khoa Cấp II Đại Học Dược Cần Thơ.
 9. **Vũ Công Thắng N.T.V.H.** (2011). Tiên lượng viêm tụy cấp theo bảng điểm Imrie và Balthazar. Tạp Chí Học Lâm Sàng, (61), 40–46.
 10. **Nguyễn Quang Ân** (2013). Nghiên cứu áp dụng bảng điểm BISAP trong đánh giá mức độ nặng của bệnh nhân Viêm tụy cấp. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học Đại Học Hà Nội.

SỰ THAY ĐỔI Ở CUNG HÀM CỦA TRẺ SƠ SINH KHE HỖ MÔI – VÒM MIỆNG MỘT BÊN KHI ĐƯỢC CAN THIỆP NẪN CHỈNH TRƯỚC PHẪU THUẬT BẰNG KHÍ CỤ

Nguyễn Thanh Huyền¹, Nguyễn Thùy Linh¹, Lê Đức Thành¹,
Vũ Thị Bích Nguyệt¹, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh¹

TÓM TẮT

Khí cụ nắn chỉnh trước phẫu thuật thường được sử dụng để thu nhỏ khe hở cung hàm của trẻ sơ sinh khe hở môi vòm miệng. Nghiên cứu định kỳ xem xét hiệu quả của phương pháp điều trị này theo thời gian. 29 trẻ sơ sinh khe hở môi vòm miệng toàn bộ một bên đã được điều trị và cho kết quả khả quan.

Từ khóa: sơ sinh, KHMVM, khí cụ, khe hở cung hàm, nắn chỉnh trước phẫu thuật.

SUMMARY

CHANGES IN THE UPPER ARCH OF INFANTS WITH UNILATERAL CLEFT LIP AND PALATE AFTER PREOPERATIVE ORTHODONTIC INTERVENTION WITH APPLIANCES

Presurgical nasolabial molding appliance is commonly employed to reduce the alveolar segments into proper alignment in patients with cleft lip and palate. This study examines the periodical progression of presurgical nasolabial molding treatment over time. 29 patients with complete unilateral cleft lip and palate were prospectively recruited.

Keywords: newborn, cleft lip and palate, appliances, cleft, presurgical molding.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi vòm miệng (KHMVM) là một trong những loại khe hở vùng mặt bẩm sinh hay gặp nhất [1]. Ở Việt Nam tỉ lệ này là 1-2 ‰ [2].

KHMVM một bên là loại khe hở gặp nhiều nhất trong các dị tật khe hở.

Ở trẻ sơ sinh, KHMVM toàn bộ là những biến dạng về mũi, môi và cung hàm, có thể ảnh hưởng trực tiếp tới chức năng bú, nuốt, và hậu quả là trẻ ăn uống thường sặc, mắc các bệnh về đường hô hấp một cách thường xuyên, rối loạn chức năng nghe và phát âm.

Phương pháp sử dụng khí cụ nắn chỉnh trước phẫu thuật đối với những bệnh nhân có KHMVM bẩm sinh giúp cho phẫu thuật tạo hình được tốt, giảm biến dạng mũi, môi, cung hàm, đồng thời tạo điều kiện để trẻ có thể bú được tốt hơn, giảm căng khi phẫu thuật môi – vòm miệng, ổn định tâm lý cho gia đình và người thân. Trên thế giới nhiều nước đã thực hiện việc điều trị tiền phẫu thuật cho trẻ sơ sinh khe hở môi-vòm miệng như Mỹ, Canada, Đài Loan, Ấn Độ, Thái Lan, Anh, Nhật, Indonesia, Iran.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên hồ sơ của những trẻ có khe hở môi-vòm miệng toàn bộ một bên dưới 1 tháng tuổi được khám và điều trị tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương Hà Nội từ năm 2013 đến 2023.

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Trẻ có KHMVM toàn bộ 1 bên, dưới 1 tháng tuổi.

- Có đầy đủ hồ sơ trước và sau điều trị.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân KHMVM có kết hợp với các bất thường sọ mặt khác và bệnh lý tim mạch.

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huyền

Email: huyenortho@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 18.11.2024

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

❖ **Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

- Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội.
- Từ tháng 01 năm 2013 đến tháng 08 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Can thiệp lâm sàng một nhóm so sánh trước sau.

2.2.2. Cách chọn mẫu. Chúng tôi chọn toàn bộ 29 đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

- Hồ sơ bệnh án
- Mẫu hàm thạch cao của bệnh nhân.
- Bút đánh dấu trên mẫu hàm thạch cao.

2.2.3. Phương tiện đo mẫu. Thước đo mm, compa, bút đánh dấu.

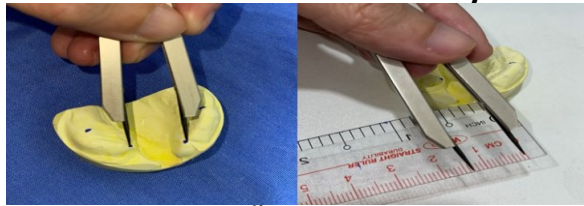
2.2.4. Phương tiện khám và điều trị định kỳ. Bộ kim nắn chỉnh răng.

2.2.5. Vật liệu

- Vật liệu lấy dấu: silicone, alginate.
- Vật liệu đẽm hàm.

2.2.6. Thống kê các chỉ số trong bệnh án
Độ rộng cung hàm trên mẫu hàm thạch cao (mm)

2.2.7. Đo mẫu trước và sau điều trị



Hình 2.1. Đo mẫu trước và sau điều trị

Khoảng cách của khe hở cung hàm được đo từ điểm cuối phía trước của phân đoạn sống hàm bên lành đến điểm cuối phía trước của phân đoạn sống hàm bên khe hở [3].

2.2.8. Tổng kết và xử lý số liệu

- Làm sạch số liệu trước khi phân tích.
- Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.
- Kiểm định Pair – T test tìm ý nghĩa thống kê sự khác biệt nếu có.

2.3. Khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Răng hàm mặt trung ương có sự đồng ý của lãnh đạo viện.

Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác.

Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ cho

mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác.

Thông tin hồ sơ bệnh án, tình trạng bệnh lý của người bệnh được giữ bí mật, chỉ cung cấp cho người bệnh để theo dõi quá trình điều trị, không cung cấp cho các cá nhân, tổ chức khác.

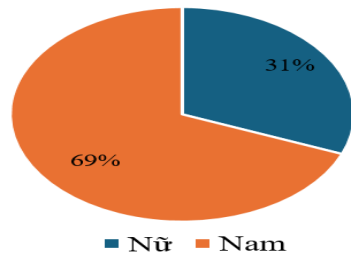
Trong khi khám nếu phát hiện các tình trạng bệnh lý về răng miệng, người bệnh được tư vấn điều trị hoặc tiến hành các biện pháp thăm khám khác để chẩn đoán chính xác. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh có khe hở môi-vòm miệng toàn bộ một bên

3.1.1. Tỷ lệ giới

Tỷ lệ KHMVM theo giới

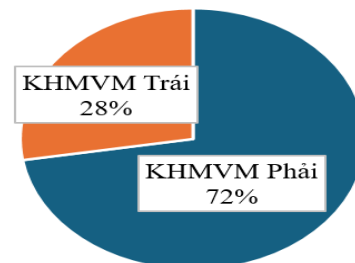


Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ giới trong nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ nam là 69% nhiều hơn trẻ nữ 31%.

3.1.2. Tỷ lệ phân phối khe hở môi - vòm miệng

Tỷ lệ KHMVM theo vị trí khe hở



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ khe hở môi - vòm miệng theo vị trí khe hở

Nhận xét: Trẻ mắc KHMVM bên trái (28%) nhiều hơn so với trẻ mắc KHMVM bên phải (36%).

3.1.3. Các đặc điểm lâm sàng khác

Bảng 3.1. Các đặc điểm lâm sàng khác (n=29)

Tuổi trung bình bắt đầu đeo khí cụ (ngày)	23,6 ± 22,5
Trung bình thời gian điều trị (ngày)	102,7 ± 34,4

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của trẻ sơ sinh bắt đầu đeo hàm là 23,6 ngày, các trẻ này được điều trị trong vòng 102 ngày.

3.2. Nhận xét kết quả can thiệp nắn

chỉnh trước phẫu thuật bằng khí cụ cho trẻ sơ sinh khe hở môi - vòm miệng toàn bộ một bên

3.2.1. Độ rộng khe hở cung hàm trước và sau điều trị

Bảng 3.2. Độ rộng khe hở cung hàm

	Trước điều trị (n=29)	Sau điều trị (n=29)	p*
Trung bình độ rộng khe hở cung hàm (mm)	12,7 ± 2,9	7,1 ± 2,4	0,000

Nhận xét: Độ rộng khe hở giảm từ 12,7 ± 2,9 còn 7,1 ± 2,4 sau điều trị. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mô tả đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh có KHMVM một bên. Trong nhóm nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của trẻ sơ sinh có KHMVM một bên với 29 bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy có những đặc điểm sau:

Tỷ lệ trẻ nam (69%) nhiều hơn nữ (31%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Nguyệt Nhã trên 952 trẻ bị KHMVM năm 1995 tại một số tỉnh miền núi phía Bắc (Hà Giang, Tuyên Quang, Lào Cai, Yên Bái, Lạng Sơn, Vĩnh Phú) cho thấy nam (64,1%) nhiều hơn nữ (35,9%). Cũng như vậy, tác giả Nguyễn Hồng Lợi (2006) đã thống kê tại khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế trên 210 trẻ có KHMVM cho thấy nam (55,2%) nhiều hơn nữ (44,8%). Trương Mạnh Dũng, Nguyễn Thanh Hòa nghiên cứu trên 106 trẻ có KHMVM từ 1-5 tuổi tại Cần Thơ cũng cho thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Nam là 1,25/1000 và nữ là 0,93/1000. Theo nghiên cứu của Trương Minh Nga trên 159 trẻ dưới 15 tuổi thì tỷ lệ nam là 58%, nữ là 42% [4].

Trong các nghiên cứu dịch tễ của nước ngoài thì tỷ lệ nam cũng nhiều hơn nữ. Theo Triin Jagomagi, Marianne Soots, Mare Saag (2010) nghiên cứu trên 583 bệnh nhân KHMVM ở bệnh viện của trường Đại học Tartu ở Estonia thấy rằng tỷ lệ nam gấp 2,1 lần nữ. Nghiên cứu của Morteza Noorollahian và cộng sự được thực hiện vào năm 2015 thu thập số liệu trong vòng 10 năm tại bệnh viện Mashhad, Iran cũng cho thấy tỷ lệ trẻ nam mắc KHMVM toàn bộ một bên cũng nhiều hơn trẻ nữ với tỷ lệ lần lượt là 21,6% và 12,8%. Nghiên cứu của Shariselle và cộng sự thực hiện năm 2021 về mức độ phổ biến của các loại KHMVM dựa trên phân loại phôi thai học xác định sự khác biệt về giới tính cho kết quả trong 2089 bệnh nhân, trẻ nam chiếm 63%, trẻ nữ 37% [5].

Sự khác biệt này có thể được giải thích là do trong giai đoạn bào thai, vòm miệng ở trẻ nữ

đóng muộn hơn ở trẻ nam 1 tuần.

Trong nhóm trẻ có KHMVM một bên, tỷ lệ khe hở môi bên trái chiếm đa số với 64% trong khi khe hở môi phải chiếm 36%. Kết quả này trùng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cho rằng khe hở bên trái gặp nhiều hơn bên phải không phân biệt giới tính, chủng tộc và mức độ khe hở. Nghiên cứu của Nguyễn Nguyệt Nhã năm 1996 cũng cho thấy khe hở môi trái (62,1%) nhiều hơn cả khe hở môi phải (25%) và khe hở môi hai bên (12,9%). Martyn T. Cobourne (2012) cho thấy trong 2,506 trường hợp KHMVM một bên thì 41,1% là bên phải, 58,9% là bên trái. Theo Triin Jagomagi, Marianne Soots, Mare Saag (2010) thì trong 583 BN, KHMVM trái gấp 2,2 lần bên phải. Theo Trương Mạnh Dũng và Nguyễn Thanh Hòa nghiên cứu trên 106 trẻ có KHMVM thì KHMVM trái chiếm 53,57%, KHMVM phải chiếm 30,36% và KHMVM hai bên chiếm 16,07%. Theo Nguyễn Thị Luyến nghiên cứu trên 122 trẻ dưới 18 tuổi có KHMVM thì thấy kết quả là KHM một bên gấp 2,6 lần KHM hai bên, KHM bên trái gấp 2,8 lần bên phải, KHM toàn bộ gấp 6,7 lần KHM không toàn bộ, KHMVM trái chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,18%, KHMVM phải là 19,67%, KHMVM hai bên là 31,15%. Theo nghiên cứu của Yoshikazu và cộng sự, trong cả ba nhóm KHM, KHMVM KHM, tỷ lệ khe hở bên trái đều chiếm phần lớn.

Điều này được giải thích là có thể do mạch máu cung cấp cho phía bên phải của đầu bào thai tách ra khỏi động mạch chủ gần tim hơn nên bên phải được cung cấp máu tốt hơn bên trái.

Độ tuổi trung bình của trẻ khi bắt đầu đeo khí cụ trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,6 ± 22,5 ngày, tương đồng với một số các nghiên cứu khác, như của V. Shetty và cộng sự, tác giả chia làm 2 nhóm nghiên cứu, nhóm I bắt đầu đeo khí cụ từ khi trẻ chưa được 1 tháng tuổi, tương tự như nghiên cứu của chúng tôi; nhóm II bao gồm các trẻ được bắt đầu đeo khí cụ trong khoảng thời gian từ 1 đến 3 tháng tuổi và sẽ đeo tới khi trẻ được 6 tháng tuổi, nếu trẻ bắt đầu điều trị trong khoảng từ 3 đến 5 tháng tuổi, trẻ sẽ được đeo khí cụ trong vòng 3 tháng. Trong nghiên cứu của Keçik, độ tuổi trung bình bắt đầu đeo hàm của trẻ là 23 ngày và sẽ đeo cho tới khi thực hiện phẫu thuật mũi môi thì đầu vào lúc trẻ được khoảng 6 tháng tuổi. Tại BVRHMTWHN, thông thường trẻ sẽ được phẫu thuật đóng khe hở môi thì đầu khi được 3- 6 tháng tuổi, lúc sức khỏe toàn thân đạt yêu cầu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng thời gian đeo hàm của trẻ trung bình là 102,7 ± 34,4

ngày, tương đương với khoảng gần 4 tháng. So sánh với nghiên cứu của Liao và cộng sự, nhóm I ở nghiên cứu này điều trị trung bình trong 82 ngày; nhóm II đeo hàm trong 88 ngày. Cũng theo một nghiên cứu khác của nhóm tác giả này, nhóm trẻ được điều trị bằng khí cụ NAM truyền thống đeo trong vòng 93 ngày, nhóm trẻ được điều trị bằng khí cụ NAM cải tiến đeo trong vòng 87 ngày. Thời gian đeo khí cụ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt so với các nghiên cứu khác tuy nhiên các tác giả chưa đề cập đến số lần bệnh nhân cần quay lại để tác dụng hàm cũng như kiểm tra duy trì. Thông thường trẻ chỉ cần tác dụng phần nâng mũi khoảng 2-4 lần hẹn, mỗi lần cách nhau 1 tuần, sau đó tái khám định kỳ 1 tháng/lần cho đến khi phẫu thuật. Một số nguyên nhân khác như trẻ tiến hành điều trị muộn hơn hoặc cần thời gian để đạt đủ số cân nặng phù hợp với điều kiện phẫu thuật, cha mẹ không đưa trẻ được đến đúng hẹn, gia đình chưa chuẩn bị được về mặt thời gian cũng như kinh phí phẫu thuật.

4.2. Nhận xét kết quả can thiệp nắn chỉnh trước phẫu thuật bằng khí cụ cho nhóm đối tượng trên. Trong nhiều thế kỷ, các bác sĩ phẫu thuật đã phải đối mặt với sự thay đổi của biến dạng khe hở một bên. Khí cụ nắn chỉnh tiền phẫu thuật được giới thiệu lần đầu tiên bởi McNeill từ những năm 50 của thế kỷ trước và được thiết kế thêm máng bites bằng nhựa acrylic nhờ Rosenstein và Jacobson[6]. Mặc dù vẫn còn nhiều tranh luận xung quanh các quan điểm có hay không có can thiệp nắn chỉnh trước điều trị phẫu thuật chỉnh sửa mũi – môi, hiện nay người ta đã thừa nhận rằng nắn chỉnh cho trẻ sơ sinh trước phẫu thuật khe hở môi và vòm miệng một bên là cần thiết để giảm bớt độ rộng của khe hở, khiến cho các phân đoạn của môi tiến lại gần nhau hơn và cải thiện sự cân xứng của mũi bằng cách định hình lại sụn mũi, giảm căng và hình thành sẹo tối thiểu khi phẫu thuật.

Độ rộng khe hở trung bình trước điều trị trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 12,7mm và sau điều trị là 7,1mm. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Liao và cộng sự được thực hiện tại Đài Loan với trung bình độ rộng khe hở của 2 nhóm nghiên cứu lần lượt là 11,5 và 11mm. Độ rộng khe hở giảm sau điều trị giảm trung bình 5,6mm (từ 12,7mm trước điều trị xuống còn 7,1mm). Cũng như vậy, nghiên cứu của Shetty giảm 7,47mm. Hay như nghiên cứu của Monasterio, ở nhóm sử dụng khí cụ Grayson, độ rộng cung hàm giảm từ 11,2mm còn 5,9mm

sau điều trị. Độ rộng khe hở giảm là do 2 phần cung hàm bị chia cắt bởi khe hở (phần lớn, phần nhỏ) phát triển theo đường sống hàm được thiết kế trước ở labo dựa trên mẫu hàm của từng bệnh nhân sao cho phần lớn và phần nhỏ của cung hàm tiến lại gần nhau mà không bị cản trở.

Khác với thiết kế nền hàm trong nghiên cứu này, tác giả Grayson phải tác động vào nền hàm mỗi tuần cho đến khi hai phần cung hàm tiến lại gần nhau [7].

Tác giả Baek, S. H.Son, W. S. cũng đạt kết quả tương tự khi điều chỉnh nền hàm để cho 2 phần cung răng di chuyển vào gần nhau bằng cách đắp thêm nền hàm ở phía ngoài và mài ở phía trong [8].

V. KẾT LUẬN

Trẻ sơ sinh có KHMVM toàn bộ một bên là nam nhiều hơn trẻ nữ.

Trẻ có KHMVM trái nhiều hơn phải.

Tác dụng của khí cụ cho trẻ sơ sinh KHMVM toàn bộ một bên đã làm thu hẹp khe hở cung hàm đối với các trường hợp khe hở cung hàm lớn hơn 5mm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berkowitz, S.**, Cleft lip and palate:Diagnosis and Management. 3rd ed. 2013: Springer.
2. **Trần Văn Trường**, Tạo hình khe hở môi một bên và hai bên. Tạp chí y học Việt Nam, 1999. 240-241: p. 81-88.
3. **Singh, A., et al.**, A comparative evaluation of efficacy and efficiency of Grayson's presurgical nasoalveolar molding technique in patients with complete unilateral cleft lip and palate with those treated with Figueroa's modified technique. Contemporary clinical dentistry, 2018. 9(Suppl 1): p. S28.
4. **Trương Minh Nga**, Khảo sát sự hiểu biết của bố mẹ về bệnh lý và chăm sóc trẻ khe hở môi vòm miệng. 2011.
5. **Pool, S.M., et al.**, Embryologically based classification specifies gender differences in the prevalence of orofacial cleft subphenotypes. The Cleft Palate-Craniofacial Journal, 2021. 58(1): p. 54-60.
6. **Rosenstein, S.W. and B.N. Jacobson**, Early maxillary orthopedics: A sequence of events. The Cleft Palate Journal, 1967. 4(3): p. 197-204.
7. **Grayson, B.H. and D. Maull**, Nasoalveolar molding for infants born with clefts of the lip, alveolus, and palate. Clin Plast Surg, 2004. 31(2): p. 149-58, vii.
8. **Baek, S.H. and W.S. Son**, Difference in alveolar molding effect and growth in the cleft segments: 3-dimensional analysis of unilateral cleft lip and palate patients. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics, 2006. 102(2): p. 160-168

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ NESFATIN-1 HUYẾT TƯƠNG VỚI MỘT SỐ CHỈ SỐ LÂM SÀNG TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (MỚI PHÁT HIỆN) CHƯA ĐIỀU TRỊ VÀ ĐÃ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Thị Minh¹, Hoàng Trung Vinh², Cần Văn Mão²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ Nesfatin -1 trong huyết thanh và mối liên quan giữa nồng độ Nesfatin-1 với một số thông số lâm sàng của nhóm bệnh nhân đái tháo đường týp2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện 60 bệnh nhân ĐTĐT2 được chia thành 2 nhóm là ĐTĐT2 mới phát hiện, chưa điều trị và ĐTĐT2 đã điều trị tại Bệnh viện 19-8. Các phương pháp được thực hiện trong nghiên cứu bao gồm nồng độ Nesfatin-1 của Bio Vendor, một số xét nghiệm lâm sàng gồm BMI, WHR, tuổi và cận lâm sàng (gồm HbA1c và glucose máu). **Kết quả:** nồng độ Nesfatin-1 và hàm lượng glucose máu có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa hai nhóm nghiên cứu ĐTĐT2 được nghiên cứu. Ngoài ra, chỉ số Nesfatin-1 với chỉ số Tuổi, BMI, WHR (tỷ lệ eo-hông), và HbA1c ở 2 nhóm nghiên cứu đều không cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra sự xuất hiện mối tương quan thuận giữa chỉ số Glucose máu với HbA1c và WHR (tỷ lệ eo-hông) trong các nhóm ĐTĐT2 ($r = 0,68-0,75$; $p = 0,001$ và $r = 0,439$; $p = 0,015$). **Kết luận:** Nồng độ Nesfatin-1 và hàm lượng glucose máu khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu. Nồng độ Nesfatin -1 có mối tương quan thuận với thông số lâm sàng và cận lâm sàng với mức độ sai khác có ý nghĩa.

Từ khóa: Đái tháo đường týp 2; Nesfatin-1; HbA1c; mới được chẩn đoán; đã điều trị.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN PLASMA NESFATIN-1 CONCENTRATIONS AND CLINICAL INDICATORS IN A GROUP OF PATIENTS WITH DIABETES (NEWLY DETECTED, UNTREATED AND TREATED) AT THE 19-8 HOSPITAL

Objective: Determine the concentration of Nesfatin-1 in serum and the relationship between Nesfatin-1 concentration and some clinical parameters in a group of patients with type 2 diabetes. **Subjects and Methods of Research:** The study was conducted on 60 patients with type 2 diabetes, divided into 2 groups: newly detected, untreated type 2 diabetes, and type 2 diabetes treated at the 19-8 Hospital. The methods used in the study included

measuring the concentration of Nesfatin-1 using BioVendor, and conducting some clinical tests including BMI, WHR, age, and paraclinical tests (including HbA1c and blood glucose). **Results:** The concentration of Nesfatin-1 and blood glucose levels showed a statistically significant difference ($p < 0.05$) between the two groups of type 2 diabetes studied. In addition, the Nesfatin-1 index, along with the indices of age, BMI, WHR (waist-hip ratio), and HbA1c in the two study groups, did not show any statistically significant difference ($p > 0.05$). The study results also showed a positive correlation between blood glucose index and HbA1c and WHR (waist-hip ratio) in the T2DM groups ($r = 0.68-0.75$; $p = 0.001$ and $r = 0.439$; $p = 0.015$). **Conclusion:** Nesfatin-1 concentration and blood glucose levels were statistically significantly different between the two study groups. Nesfatin-1 concentration was positively correlated with clinical and paraclinical parameters with a significant difference.

Keywords: Type 2 diabetes; Nesfatin-1; HbA1c; newly diagnosed; treated.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiểu đường týp 2 hay bệnh ĐTĐT2 là bệnh rối loạn chuyển hóa carbohydrat có đặc điểm tăng glucose máu do cả 2 lý do là khiếm khuyết về tiết insulin và về tác động của insulin đến cơ thể hay gặp là đề kháng insulin [1]. ĐTĐT2 chiếm tỉ lệ khoảng 90% bệnh Đái tháo đường trên thế giới, thường gặp ở người trưởng thành trên 40 tuổi. Nguy cơ mắc bệnh tăng dần theo tuổi [2].

Nesfatin-1 được xác định là có liên quan với một số thông số lâm sàng, cận lâm sàng trong đó có kháng insulin [3]. Đây là chất có tác dụng kiểm soát cảm giác ngon miệng thuộc chức năng của vùng dưới đồi. Nesfatin-1 có thể gây cảm giác chán ăn. Nesfatin-1 tồn tại và phân bố ở nhiều nơi trong cơ thể chủ yếu ở não, tế bào mô mỡ, tế bào ống tiêu hóa. Ngoài ra nồng độ nesfatin-1 có thể định lượng được ở huyết thanh và dịch não tủy. Nesfatin có vai trò quan trọng đối với sự xuất hiện tiến triển bệnh ĐTĐ[4]. Nồng độ nesfatin-1 biến đổi theo nhiều hướng khác nhau[5]. Các hướng nghiên cứu liên quan đến nesfatin-1 tiếp tục được thực hiện và có triển vọng lớn trong đánh giá giai đoạn bệnh, tổn thương một số cơ quan đích và tác động điều trị, chẩn đoán ĐTĐ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Bệnh viện 19-8,

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh

Email: minhch25@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2024

Ngày duyệt bài: 13.11.2024