

- 2004;242-254:chap 14.
4. **Trong-Phi L.** Closure of VSDs - PFM coil. Percutaneous Interventions for Congenital Heart Disease. Informa healthcare; 2007:357-62.
  5. **Hiếu NL, Hùng PM, Quang NN, et al.** Thông tim can thiệp điều trị bệnh tim bẩm sinh ở Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2003;36:tr 7-16.
  6. **Nguyen HL, Phan QT, Dinh LH, et al.** Nit-Occlud Le VSD coil versus Duct Occluders for percutaneous perimembranous ventricular septal defect closure. Congenit Heart Dis. Jul 2018;13(4):584-593. doi:10.1111/chd.12613
  7. **Haas NA, Kock L, Bertram H, et al.** Interventional VSD-Closure with the Nit-Occlud(R) Le VSD-Coil in 110 Patients: Early and Midterm Results of the EUREVECO-Registry. Pediatr Cardiol. Nov 15 2016;doi:10.1007/s00246-016-1502-8
  8. **Wang L, Cao S, Li J, et al.** Transcatheter closure of congenital perimembranous ventricular septal defect in children using symmetric occluders: an 8-year multiinstitutional experience. Ann Thorac Surg. Aug 2012;94(2):592-8. doi:10.1016/j.athoracsur.2012.03.067

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM DOPPLER TIM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN CẨM KHÊ TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Đình Sơn<sup>1</sup>, Lê Quốc Tuấn<sup>2</sup>, Trịnh Xuân Tráng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** "Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm Doppler tim và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Huyện Cẩm Khê tỉnh Phú Thọ". **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang, tiến cứu. 99 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế) điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ từ 9/2023 đến 6/2024. **Kết quả:** Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát glucose máu lúc đói (OR = 0,4; 95% CI: 0,1 – 0,9; p< 0,05), kiểm soát chỉ số glucose máu sau ăn (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,4; p< 0,01), kiểm soát chỉ số HbA1C (OR = 0,3; 95% CI: 0,1 – 0,8; p< 0,05) và kiểm soát 3 yếu tố (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,9; p< 0,05) với xuất hiện rối loạn chức năng tim trên siêu âm. **Kết luận:** Kiểm soát tốt tình trạng tăng đường huyết có thể làm giảm các nguy cơ gây tổn thương tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường.

**Từ khóa:** siêu âm Doppler tim, yếu tố liên quan, đái tháo đường típ 2

### SUMMARY

#### IMAGE OF CARDIAC DOPPLER ULTRASOUND AND SOME RELATED FACTORS IN TYPE 2 DIABETES PATIENTS TREATED AT CAM KHE DISTRICT MEDICAL CENTER, PHU THO PROVINCE

**Objective:** "Describe the characteristics of Doppler echocardiographic images and some related factors in type 2 diabetes patients treated at Cam Khe

District Medical Center, Phu Tho province". **Methods:** Descriptive study, cross-sectional design, prospective. 99 type 2 diabetes patients (according to the diagnostic criteria of the Ministry of Health) treated at Cam Khe District Medical Center, Phu Tho province from September 2023 to June 2024. **Results:** There was a statistically significant association between fasting blood glucose control (OR = 0.4; 95% CI: 0.1 - 0.9; p< 0.05), postprandial blood glucose control (OR = 0.2; 95% CI: 0.1 - 0.4; p< 0.01), HbA1C control (OR = 0.3; 95% CI: 0.1 - 0.8; p< 0.05) and 3-factor control (OR = 0.2; 95% CI: 0.1 - 0.9; p< 0.05) with the appearance of cardiac dysfunction on ultrasound. **Conclusion:** Good control of hyperglycemia can reduce the risk of cardiovascular damage in diabetic patients. **Keywords:** cardiac Doppler ultrasound, associated factors, type 2 diabetes

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội tiết thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, là nguyên nhân gây tử vong và tàn tật đứng hàng thứ 8 trên toàn thế giới [3], năm 2021 có 529 triệu người người mắc bệnh ĐTĐ và tổng tỷ lệ mắc bệnh chuẩn hóa theo độ tuổi trên toàn cầu là 6,1%. Dự đoán sẽ có hơn 1,31 tỷ người mắc bệnh ĐTĐ đến năm 2050 [4]. Tại Việt Nam. Bệnh có xu hướng gia tăng, giai đoạn 2011 – 2020, tỷ lệ mắc tăng lên 9% [5]. Những thay đổi ở tim trên bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ là một quá trình diễn ra từ từ dẫn đến những biến cố bất lợi về tim mạch [6]. Hai phương pháp thường sử dụng để đánh giá chức năng thất trái là siêu âm M-mode và phương pháp Simpson. Tuy nhiên các phương pháp này chỉ là bán định lượng, đồng thời cũng mang tính chủ quan, các phương pháp này đánh giá chức năng tim bằng các thông số kinh điển khi đã có biến chứng phì đại thất trái hoặc giãn buồng tim. Vì thế chúng có độ

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế Huyện Cẩm Khê, Phú Thọ

<sup>2</sup>Trung tâm Y tế Thanh Ba, Phú Thọ

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Sơn  
Email: nguyendinhson20091975@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

nhạy tương đối thấp trong phát hiện những bất thường kín đáo về chức năng tim. Cộng hưởng từ tim là tiêu chuẩn vàng để đánh giá biến dạng cơ tim nhưng kỹ thuật này khá đắt tiền nên khó có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng. Siêu âm tim Doppler được xem là một phương pháp không xâm lấn có hiệu quả trong xác định bất thường sớm của tim [7].

Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê hiện tại đã quản lý và điều trị nhiều bệnh nhân ĐTD típ 2, và đã áp dụng siêu âm Doppler trong khám và theo dõi bệnh nhân ĐTD típ 2. Tuy nhiên từ thời điểm triển khai những nghiên cứu trong lĩnh vực này còn hạn chế. Câu hỏi đặt ra là đặc điểm hình ảnh siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân ĐTD típ 2 tại Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê là như thế nào và yếu tố nào ảnh hưởng đến tổn thương tim trên siêu âm Doppler. Nhận thức được tầm quan trọng của vấn đề đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Mô tả đặc điểm hình ảnh siêu âm Doppler tim và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị tại Trung tâm Y tế Huyện Cẩm Khê Tỉnh Phú Thọ".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 99 bệnh nhân ĐTD típ 2 (theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế) điều trị tại Trung tâm Y tế huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ từ 9/2023 đến 6/2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Được chỉ định siêu âm Doppler tim, không phân biệt tuổi, giới tính. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân ĐTD típ 2 có thai, có biến chứng cấp tính, bông, suy hô

hấp, suy gan, suy thận nặng. Bệnh tim không do ĐTD, bệnh van tim, rối loạn nhịp tim, bệnh tim phổi. Bệnh nhân ĐTD típ 2 có kèm bệnh lý tim không phải do ĐTD. Các bệnh nhân ĐTD thứ phát sau sử dụng một số thuốc như corticoid, thiazid hoặc ĐTD do bệnh tụy tạng, các bất thường hormon.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang, tiến cứu.

**Cỡ mẫu:** Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu xác định một tỷ lệ, trên thực tế chúng tôi thu thập được 99 bệnh nhân.

**Chỉ tiêu nghiên cứu:**

- Đặc điểm hình ảnh siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân ĐTD típ 2

- Một số yếu tố liên quan tổn thương tim trên siêu âm Doppler ở bệnh nhân ĐTD típ 2.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Kích thước buồng tim và chiều dày thành thất đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số	X ± SD (Min – Max)
LA (mm) (< 21; 21 – 30; 31 – 40; > 40)	31,9 ± 2,4 (28 – 41)
Dd (mm)	45,9 ± 4,8 (32 – 62)
Ds (mm)	29,7 ± 4,7 (17 – 49)
IVSd (mm) (6 – 10)	7,7 ± 1,9 (4 – 14)
LVPWd (mm) (6 – 11)	7,4 ± 1,6 (4 – 13)

Chỉ số LA trung bình 31,9 ± 2,4, chỉ số Đ và Ds trung bình lần lượt 45,9 ± 4,8 và 29,7 ± 4,7, chỉ số IVSd trung bình 7,7 ± 1,9 trong khi đó chỉ số LVPWd trung bình 7,4 ± 1,6.

**Bảng 2. Kích thước buồng tim và chiều dày thành thất và kiểm soát đường huyết**

Chỉ số	Glucose máu lúc đói		Glucose máu sau ăn		HbA1C	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
LA	31,9 ± 2,2	32,0 ± 2,5	32,1 ± 1,8	31,8 ± 2,6	32,1 ± 2,0	31,9 ± 2,5
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05	
Dd	45,5 ± 4,6	46,1 ± 5,0	47,0 ± 4,7	45,3 ± 4,8	45,2 ± 4,9	46,1 ± 4,8
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05	
Ds	28,5 ± 3,3	30,2 ± 5,3	30,0 ± 3,9	29,5 ± 5,1	28,3 ± 4,0	30,1 ± 4,9
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05	
IVSd	7,6 ± 1,8	7,7 ± 2,0	7,9 ± 1,9	7,5 ± 1,9	7,7 ± 1,5	7,6 ± 2,0
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05	
LVPWd	7,7 ± 1,9	7,3 ± 1,3	7,7 ± 1,9	7,3 ± 1,3	7,4 ± 1,4	7,4 ± 1,6
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các chỉ số LA, Dd, Ds, IVSd và LVPWd giữa nhóm kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu và nhóm không kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu.

**Bảng 3. Một số chỉ số chức năng tâm thu thất trái và kiểm soát đường huyết**

Chỉ số	Glucose máu lúc đói		Glucose máu sau ăn		HbA1C	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
FS	36,2 ± 2,8	35,0 ± 4,7	35,8 ± 3,0	35,2 ± 4,6	36,3 ± 3,4	35,2 ± 4,2

P	> 0,05		> 0,05		> 0,05	
<b>EF</b>	66,3 ± 3,7	64,0 ± 6,5	65,9 ± 3,6	64,2 ± 6,6	66,2 ± 4,6	64,3 ± 6,1
P	> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các chỉ số FS và EF giữa nhóm kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu và nhóm không kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu.

**Bảng 4. Một số chỉ số chức năng tâm trương thất trái và kiểm soát đường huyết**

Chỉ số	Glucose máu lúc đói		Glucose máu sau ăn		HbA1C	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
<b>E/A</b>	1,0 ± 0,4	0,9 ± 0,3	1,0 ± 0,3	0,9 ± 0,3	1,0 ± 0,3	0,9 ± 0,3
P	> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số E/A giữa nhóm kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu và nhóm không kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu.

**Bảng 5. Một số chỉ số chức năng tâm thu thất phải và kiểm soát đường huyết**

Chỉ số	Glucose máu lúc đói		Glucose máu sau ăn		HbA1C	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
<b>FAC</b>	44,7 ± 5,2	43,3 ± 6,1	45,3 ± 5,3	43,0 ± 5,9	45,2 ± 5,5	43,3 ± 5,9
P	> 0,05		> 0,05		> 0,05	
<b>S'</b>	7,8 ± 1,2	8,1 ± 1,9	7,6 ± 1,1	8,3 ± 1,9	7,7 ± 1,0	8,1 ± 1,6
P	> 0,05		> 0,05		> 0,05	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các chỉ số FAC và S' giữa nhóm kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu và nhóm không kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu.

**Bảng 6. Một số chỉ số chức năng tâm trương thất phải và kiểm soát đường huyết**

Chỉ số	Glucose máu lúc đói		Glucose máu sau ăn		HbA1C	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
<b>E/E'</b>	5,1 ± 0,9	5,3 ± 1,0	4,9 ± 0,7	5,4 ± 1,0	5,1 ± 0,8	5,3 ± 1,0
p	> 0,05		< 0,05		> 0,05	

Chỉ số E/E' ở nhóm kiểm soát được glucose máu sau ăn 4,9 ± 0,7 trong khi đó chỉ số này ở nhóm không kiểm soát được glucose máu sau ăn trong giới hạn mục tiêu 5,4 ± 1,0 sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của chỉ số E/E' giữa nhóm kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói và HbA1c trong giới hạn mục tiêu và nhóm không kiểm soát được chỉ số glucose máu lúc đói, glucose máu sau ăn và HbA1c trong giới hạn mục tiêu.

**Bảng 7. Liên quan giữa kiểm soát glucose với tổn thương tim trên siêu âm Doppler**

Đặc điểm	Tổn thương tim		Tổng	OR 95% CI	p
	Có	Không			
<b>Glucose máu lúc đói</b>	Không đạt	39(60,0%)	26(40,0%)	0,4 (0,1 – 0,9)	< 0,05
	Đạt	12(35,3%)	22(64,7%)		
<b>Glucose máu Sau ăn</b>	Không đạt	43(66,2%)	22(33,8%)	0,2 (0,1 – 0,4)	< 0,01
	Đạt	08(23,5%)	26(76,5%)		
<b>HbA1C</b>	Không đạt	44(58,7%)	31(41,3%)	0,3 (0,1 – 0,8)	< 0,05
	Đạt	07(29,2%)	17(70,8%)		
<b>Kiểm soát 3 yếu tố</b>	Không đạt	48(55,8%)	38(44,2%)	0,2 (0,1 – 0,9)	< 0,05
	Đạt	03(23,1%)	10(76,9%)		
<b>Tổng</b>		51(51,5%)	48(48,5%)		

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát glucose máu lúc đói (OR = 0,4; 95% CI: 0,1 – 0,9; p < 0,05), chỉ số glucose máu sau ăn (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,4; p < 0,01), kiểm soát chỉ số HbA1C (OR = 0,3; 95% CI: 0,1 – 0,8; p < 0,05) và kiểm soát 3 yếu tố (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,9; p < 0,05) với xuất hiện rối loạn chức năng tim trên siêu âm.

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi 66,7 ± 11,1, nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số với tỷ lệ 76,1%. Giới tính nữ chiếm đa số với tỷ lệ 61,6%. Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,6.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số LA

(kích thước nhĩ trái) trung bình  $31,9 \pm 2,4$ , chỉ số Dd và Ds trung bình lần lượt  $45,9 \pm 4,8$  và  $29,7 \pm 4,7$ , chỉ số IVSd (cơ thất trái) trung bình  $7,7 \pm 1,9$  trong khi đó chỉ số LVPWd trung bình  $7,4 \pm 1,6$ . Kết quả này cho thấy chỉ số kích thước buồng tim cũng cũng thành thất trung bình ở bệnh nhân ĐTD tip 2 trong nghiên cứu của chúng tôi trong giới hạn bình thường. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Thủy và cộng sự cho thấy rằng chỉ số LA (kích thước nhĩ trái) trung bình  $31,07 \pm 3,38$ , chỉ số Dd trung bình  $44,76 \pm 3,92$ , chỉ số Ds trung bình  $28,63 \pm 4,35$ , chỉ số IVSd (cơ thất trái) trung bình  $10,02 \pm 1,16$  trong khi đó chỉ số LVPWd trung bình  $8,65 \pm 1,02$  [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi một số chỉ số chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân ĐTD tip 2 trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong giới hạn bình thường điều này cho thấy chức năng tâm thu thất trái vẫn được bảo tồn, cụ thể chỉ số FS trung bình của đối tượng nghiên cứu  $35,4 \pm 4,1$  (thấp nhất 25 và cao nhất 45), trong khi đó chỉ số EF trung bình của đối tượng nghiên cứu  $64,8 \pm 5,7$  (thấp nhất 48 và cao nhất 75). Nguyễn Đình Tài và cộng sự chỉ số EF trung bình của bệnh nhân ĐTD tip 2 trong nghiên cứu này  $71,3 \pm 6,3$  [2].

Kết quả cho thấy rằng hình thái thất phải ở bệnh nhân ĐTD tip 2 trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đều trong giới hạn bình thường. Cụ thể, Chỉ số RVD1 trung bình của bệnh nhân  $37,2 \pm 3,3$  trong đó 88,9% bệnh nhân có chỉ số RVD1 trong giới hạn bình thường. Chỉ số RVD2 trung bình  $27,2 \pm 3,9$  trong đó có 96 bệnh nhân (97%) bệnh nhân có chỉ số RVD2 trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số RVD3 trong giới hạn bình thường chiếm 88,9% và chỉ số RVD3 trung bình  $74,7 \pm 7,1$ . Như vậy kết quả của chúng tôi cho thấy rằng hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chưa xuất hiện bất thường về hình thái thất phải. Suran và cộng sự năm 2016 cho thấy chỉ số RVD1 trung bình của bệnh nhân ĐTD  $34,9 \pm 3,7$ , chỉ số RVD2 trung bình  $27,2 \pm 4,3$  và chỉ số RVD 3 trung bình  $71,0 \pm 8,8$  [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có 51 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 51,5% xuất hiện rối loạn chức năng tim trên siêu âm. Trong đó rối loạn chức năng tâm trương thất trái chiếm tỷ lệ 29,3%, có 25 bệnh nhân (25,3%) xuất hiện rối loạn chức năng tâm trương thất phải, tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện rối loạn chức năng tâm thu thất phải và rối loạn chức năng tâm thu thất trái chiếm lần lượt 16,2% và 8,1%.

Điều này giải thích cho kết quả nghiên cứu

của chúng tôi khi rối loạn chức năng tâm trương thất trái (29,3%) và rối loạn chức năng tâm trương thất phải (25,3%) là hai rối loạn thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi trong khi đó rối loạn chức năng tâm thu thất phải (16,2%) và rối loạn chức năng tâm thu thất trái (8,1%) chiếm tỷ lệ thấp nhất.

**Một số yếu tố liên quan đến tổn thương tim trên siêu âm Doppler ở bệnh nhân đái tháo đường tip 2.** Kết quả một số nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam cho thấy mối liên quan giữa tình trạng kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ĐTD với tổn thương tim mạch trên siêu âm. Kết quả nghiên cứu của Pinto và cộng sự nhằm xác định yếu tố liên quan đến xuất hiện bệnh tim mạch ở bệnh nhân ĐTD tip 2 cho thấy bệnh nhân kiểm chỉ số HbA1c không trong giới hạn mục tiêu có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn gấp 2,085 lần so với bệnh nhân có kiểm soát được chỉ số HbA1c trong giới hạn mục tiêu (RR = 2,085; 95% CI: 1,218-3,569; p = 0,007) [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát đường huyết với tổn thương tim trên siêu âm. Cụ thể, có mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát glucose máu lúc đói (OR = 0,4; 95% CI: 0,1 – 0,9; p < 0,05), kiểm soát chỉ số glucose máu sau ăn (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,4; p < 0,01), kiểm soát chỉ số HbA1C (OR = 0,3; 95% CI: 0,1 – 0,8; p < 0,05) và kiểm soát 3 yếu tố (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,9; p < 0,05) với xuất hiện rối loạn chức năng tim trên siêu âm. Kết quả này cho thấy rằng bệnh nhân kiểm soát được chỉ số đường huyết có nguy cơ xuất hiện tổn thương tim trên siêu âm thấp hơn so với bệnh nhân không kiểm soát được đường huyết.

## V. KẾT LUẬN

Mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát đường huyết với tổn thương tim trên siêu âm. Có mỗi liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiểm soát glucose máu lúc đói (OR = 0,4; 95% CI: 0,1 – 0,9; p < 0,05), kiểm soát chỉ số glucose máu sau ăn (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,4; p < 0,01), kiểm soát chỉ số HbA1C (OR = 0,3; 95% CI: 0,1 – 0,8; p < 0,05) và kiểm soát 3 yếu tố (OR = 0,2; 95% CI: 0,1 – 0,9; p < 0,05) với xuất hiện rối loạn chức năng tim trên siêu âm. Kết quả này cho thấy rằng bệnh nhân kiểm soát được chỉ số đường huyết có nguy cơ xuất hiện tổn thương tim trên siêu âm thấp hơn so với bệnh nhân không kiểm soát được đường huyết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Thủy & Trần Văn Riệp. Rối

- loạn chức năng tâm trương thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có thời gian phát hiện bệnh dưới 2 năm. Tạp chí Y - Dược học Quân sự 9, 1-7 (2011).
- Nguyễn Đình Tài, Lê Đình Tuấn & Vũ Thanh Bình.** Khối lượng cơ thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Tạp chí Y học Việt Nam 515, 45-49, doi:10.51298/vmj.v515i1.2671 (2022).
  - Collaborators, G. D. a. I.** Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet (London, England) 396, 1204-1222, doi:10.1016/s0140-6736(20)30925-9 (2020).
  - Collaborators, G. D.** Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet (London, England) 402, 203-234, doi:10.1016/s0140-6736(23)01301-6 (2023).
  - Biswas, T. et al.** Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. BMJ Open 12, e052725, doi:10.1136/bmjopen-2021-052725 (2022).
  - Ernande, L. et al.** Clinical Implications of Echocardiographic Phenotypes of Patients With Diabetes Mellitus. Journal of the American College of Cardiology 70, 1704-1716, doi:10.1016/j.jacc.2017.07.792 (2017).
  - Urlic, H. et al.** Role of Echocardiography in Diabetic Cardiomyopathy: From Mechanisms to Clinical Practice. J. Cardiovasc 10, 1-15, doi:10.3390/jcdd10020046 (2023).
  - Suran, D., Sinkovic, A. & Naji, F.** Tissue Doppler imaging is a sensitive echocardiographic technique to detect subclinical systolic and diastolic dysfunction of both ventricles in type 1 diabetes mellitus. BMC cardiovascular disorders 16, 72, doi:10.1186/s12872-016-0242-2 (2016).
  - Pintó, X. et al.** Factors Predictive of Cardiovascular Disease in Patients With Type-2 Diabetes and Hypercholesterolemia. ESODIAH Study. Revista Española de Cardiología (English Edition) 60, 251-258, doi:https://doi.org/10.1016/S1885-5857(07)60149-2 (2007).

## PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP VAI ĐIỀU TRỊ TRẬT KHỚP VAI TÁI DIỄN RA SAU KÈM THEO TỔN THƯƠNG HILL-SACHS NGƯỢC: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HIẾM GẶP

Nguyễn Hữu Mạnh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Quốc Trung<sup>1</sup>, Vũ Đức Việt<sup>1,2</sup>,  
Trần Quyết<sup>1,2</sup>, Trần Đại Hiệp<sup>1</sup>, Trần Trung Dũng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Trật khớp vai ra sau là một tổn thương hiếm gặp trên lâm sàng chiếm từ 2-4% trong tổng số các bệnh nhân bị trật vai và có tới 50% các trường hợp bị bỏ sót tổn thương tại các phòng khám cấp cứu. Khi tình trạng trật khớp ra sau tái diễn nhiều lần dễ dẫn đến mất xương của phần phía trước của chỏm xương cánh tay gần diện bám của gân dưới vai (tổn thương Hill- Sachs ngược) và tình trạng này càng dễ gây ra tình trạng trật lại khớp vai ra sau. **Trình bày ca lâm sàng:** Chúng tôi xin trình bày 01 trường hợp trật khớp vai tái diễn ra sau trên phim chụp MRI tại thời điểm sau lần trật gần nhất thấy có tổn thương Hill – Sachs ngược ở chỏm xương cánh tay, kèm theo có tổn thương Bankart ngược (rách sụn viền phía sau) không có tổn thương mất xương tại bờ sau ổ chảo. Bệnh nhân đã được tiến hành phẫu thuật nội soi khớp vai bao gồm khâu phục hồi tổn thương sụn viền phía sau kèm theo tiến hành chôn chuyển 1 phần điểm bám phía trên của gân dưới vai. Kiểm tra các tư thế

của khớp vai trong mổ (ngay sau khi khâu xử trí hết các tổn thương) thấy khớp vai vững không còn tình trạng trật ra sau của chỏm xương cánh tay, bệnh nhân sau mổ ổn định không ghi nhận bất cứ biến chứng nào sau mổ, mặc áo dạng vai và ra viện sau 02 ngày phẫu thuật. **Thảo luận:** Một số phương pháp phẫu thuật để giải quyết nguy cơ trật lại cao đối với mỗi mức độ của tổn thương Hill-Sachs ngược này đã được giới thiệu như chuyển gân dưới vai (Phẫu thuật McLaughlin) hoặc đục xương chuyển vị trí củ lớn, cắt xoay chỏm xương cánh tay, ghép xương đồng loại hoặc tự thân. Tuy nhiên tất cả các can thiệp này đều phải tiến hành bằng phẫu thuật mổ mở. Đối với phẫu thuật chuyển gân được đa số các Tác giả khuyến cáo áp dụng cho các trường hợp tổn thương Hill-Sachs ngược ở mức độ nhỏ đến trung bình. Phẫu thuật nội soi chuyển phần trên của gân dưới vai đã được một số tác giả thực hiện gần đây, kỹ thuật này có thể kiểm soát tốt và thực hiện sau khi tiến hành khâu phục hồi lại sụn viền phía sau dưới ổ chảo cánh tay tránh phát sinh thêm quá trình mổ mở, giúp cho quá trình phẫu thuật nhanh hơn và ít xâm lấn. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị trật khớp vai tái diễn bao gồm khâu phục hồi tổn thương sụn viền phía sau dưới và chuyển điểm bám phần trên của gân dưới vai cho tổn thương lớn của Hill-Sachs ngược đảm bảo độ vững và chống được sự di chuyển ra phía sau của vai. **Từ khóa:** Trật khớp vai tái diễn ra sau, nội soi khớp vai, tổn thương Hill-Sachs ngược, chuyển gân dưới vai

<sup>1</sup>Trường Đại học VinUni

<sup>2</sup>Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Mạnh

Email: manhnghuyen0901@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025