

- Diabetes Mellitus. 2018;Vol.08 No.03.
- Bộ Y tế Quyết định 5481/QĐ-BYT.** Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2". 2020.
 - Trần Thị Thủy Linh, Trần Ngọc Dung.** Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2021 – 2022. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2022; 53(11/2022), tr 40 – 48.
 - Nguyễn Thị Thanh Tú, Tô Thị Vân Giang.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Nội tiết Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 528 (2), tr 37 – 40.
 - Lê Thị Hoa** (2018). Khảo sát sự hiểu biết về bệnh đái tháo đường type 2 tại BVĐK Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2018; 1 (4-2018).
 - Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al.** IDF diabetes Atlas:Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice. 2022; 183.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT VỀ ĐÊM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2: VAI TRÒ CỦA THIẾT BỊ THEO DÕI ĐƯỜNG HUYẾT LIÊN TỤC

Nguyễn Thị Ngọc Trinh¹, Ngô Văn Truyền¹,
Đoàn Thị Kim Châu¹, Ngô Đức Lộc¹, Bùi Xuân Trà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hạ đường huyết về đêm là biến chứng nghiêm trọng, thường bị bỏ sót trong quản lý đái tháo đường typ 2. Thiết bị theo dõi đường huyết liên tục (CGM) giúp phát hiện và quản lý dạng hạ đường huyết này, giúp giảm nguy cơ biến chứng nguy hiểm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và đặc điểm của hạ đường huyết về đêm ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 dựa trên thiết bị theo dõi đường huyết liên tục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, sử dụng hệ thống theo dõi đường huyết liên tục. **Kết quả:** Trong số 41 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 19 bệnh nhân (46,34%) có hạ đường huyết về đêm. Các đặc điểm liên quan đến hạ đường huyết về đêm là chỉ số quản lý đường huyết (GMI) thấp và mức biến thiên đường huyết (CV) cao. **Kết luận:** CGM phát hiện tỷ lệ lớn bệnh nhân gặp hạ đường huyết về đêm (46,34%), đồng thời xác định GMI thấp và CV cao là các đặc điểm nguy cơ.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, hạ đường huyết về đêm, theo dõi đường huyết liên tục.

SUMMARY

NOCTURNAL HYPOGLYCEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: THE ROLE OF CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING DEVICES

Background: Nocturnal hypoglycemia is a severe complication that is often overlooked in the management of type 2 diabetes mellitus (T2DM). Continuous glucose monitoring (CGM) devices play a

crucial role in detecting and managing this form of hypoglycemia, thereby reducing the risk of serious complications. **Objectives:** To determine the prevalence and characteristics of nocturnal hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus using continuous glucose monitoring devices. **Materials and methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients with type 2 diabetes mellitus receiving treatment at Can Tho City General Hospital, utilizing continuous glucose monitoring systems. **Results:** Among the 41 participants, 19 patients (46.34%) experienced nocturnal hypoglycemia. Factors associated with nocturnal hypoglycemia included a low glucose management indicator (GMI) and high glycemic variability (CV). **Conclusions:** Continuous glucose monitoring identified a significant proportion of patients (46.34%) with nocturnal hypoglycemia, highlighting low GMI and high CV as key risk factors.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, nocturnal hypoglycemia, continuous glucose monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ đường huyết về đêm là một biến chứng nghiêm trọng nhưng thường bị đánh giá thấp trong quá trình quản lý bệnh đái tháo đường typ 2 [2]. Hạ đường huyết về đêm đặc trưng bởi mức đường huyết thấp trong lúc ngủ, tiềm ẩn nhiều nguy cơ nguy hiểm do tính chất không triệu chứng và khả năng dẫn đến các biến cố nghiêm trọng như rối loạn tim mạch hoặc suy giảm chất lượng cuộc sống. Các phương pháp theo dõi đường huyết truyền thống thường không đủ nhạy để phát hiện kịp thời các đợt hạ đường huyết về đêm, khiến bệnh nhân dễ bị bỏ sót và không được can thiệp đúng lúc [7], [3]. Thiết bị theo dõi đường huyết liên tục (Continuous Glucose Monitoring - CGM) đã nổi lên như một công cụ đột phá trong quản lý bệnh đái tháo đường. Với khả năng cung cấp dữ liệu đường huyết theo thời gian thực và toàn diện,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Nam Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Trinh

Email: ntnyc@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

CGM cho phép phát hiện chính xác các đợt hạ đường huyết về đêm, kể cả khi không có triệu chứng rõ ràng. Việc phát hiện sớm các trường hợp này đóng vai trò quan trọng trong việc can thiệp kịp thời và giảm thiểu nguy cơ biến chứng nghiêm trọng [10],[9],[4]. Tuy nhiên, ở Việt Nam, ứng dụng CGM trong phát hiện và đánh giá hạ đường huyết về đêm vẫn còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ và đặc điểm hạ đường huyết về đêm qua đó góp phần cải thiện hiệu quả quản lý đường huyết và giảm rủi ro cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đái tháo đường týp 2 nhập viện điều trị tại Khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường týp 2, theo mã số chẩn đoán khi xuất viện E11, có chỉ định gần đây theo dõi đường huyết liên tục.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ĐTĐ type 1, đang bị nhiễm ceton-acid, tăng áp lực thẩm thấu, đang mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: nghiên cứu trên 41 bệnh nhân đái tháo đường týp 2, được chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ.

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

Z=1,96 tương ứng với độ tin cậy mong muốn của nghiên cứu là 95%.

p: tỉ lệ bệnh nhân hạ đường huyết về đêm 10% dựa vào kết quả báo cáo nghiên cứu Richa Redhu Gehlaut và cộng sự (2015) [6].

d: sai số cho phép (d= 0,1).

Thay các số và công thức ta được cỡ mẫu làm tròn là n=35 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi thu thập mẫu là 41 bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, tiền sử HĐH, HbA1c và điều trị hiện tại.

Bảng 2. Hạ đường huyết

Đặc điểm	Tần số	Số cơn tối thiểu	Số cơn tối đa	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thời gian (phút)
HĐH	24	1	25	1,41	0,49	117±54
HĐH ban ngày	20	1	12	1,51	0,50	
HĐH không triệu chứng	24	1	18	1,41	0,49	
HĐH về đêm	19	1	11	1,54	0,50	

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân có HĐH là 24 (58,50%) với số cơn tối thiểu 1 và số cơn tối đa 25. Trung bình mỗi bệnh nhân có 1,41±0,49 cơn.

+ Đặc điểm của HĐH về đêm trên bệnh nhân ĐTĐ týp 2: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, HbA1c, TBR, TIR, CV, GMI, điều trị hiện tại.

Phương pháp xử lí số liệu: Xử lí số liệu dựa trên phần mềm SPSS 22.0. Giá trị các chỉ số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình (X)±độ lệch chuẩn (SD), đánh giá sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình bằng kiểm định T-test. Giá trị biến số định tính trình bày bằng tỷ lệ phần trăm (%), dùng kiểm định χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ, với p< 0,05: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân (n=41)	Tần số (N)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	16 39,00
	Nữ	25 61,00
Nhóm tuổi	<65 tuổi	21 48,80
	≥65 tuổi	20 51,20
Thời gian phát hiện ĐTĐ týp 2	<10 năm	27 65,90
	≥10 năm	14 34,10
Tiền sử HĐH	Có	24 58,50
	Không	17 41,50
HbA1c	<7%	5 12,20
	≥7%	36 87,80
Điều trị	Dùng không insulin thuốc	4 9,76
	Insulin	34 82,93
	Không dùng thuốc	3 7,31

Nhận xét: Phần lớn là nữ giới với 25 bệnh nhân (61,00%). Số bệnh nhân ≥65 tuổi là 20 (51,20%). Thời gian phát hiện bệnh <10 năm chiếm ưu thế với 27 bệnh nhân (65,90%). Có 24 bệnh nhân (58,50%) có tiền sử hạ đường huyết. Đa số bệnh nhân có HbA1c ≥7% với 36 người (87,80%) và dùng insulin là phổ biến nhất, 34 bệnh nhân (82,93%).

3.2. Đặc điểm hạ đường huyết về đêm

Thời gian kéo dài trung bình của các cơn HĐH là 117±54 phút. HĐH ban ngày được ghi nhận ở 20 bệnh nhân (48,80%) với số cơn tối đa 12, trung

bình 1,51±0,50. HbA1c không triệu chứng xuất hiện ở 24 bệnh nhân (58,50%) với số cơn tối đa 18. HbA1c về đêm xảy ra ở 19 bệnh nhân (46,34%) với số cơn tối đa 11, trung bình 1,54±0,50.

Bảng 3. Đặc điểm của hạ đường huyết về đêm

Đặc điểm		Có HbA1c về đêm	Không HbA1c về đêm	Giá trị p
Giới tính	Nam	6 (37,50)	10 (62,50)	0,522
	Nữ	13 (52,00)	12 (48,00)	
Nhóm tuổi	<65 tuổi	8 (38,10)	13 (61,90)	0,354
	≥65 tuổi	11 (55,00)	9 (45,00)	
Thời gian phát hiện ĐTĐ	<10 năm	14 (51,90)	8 (57,10)	0,747
	≥10 năm	13 (48,10)	6 (42,90)	
Tiền sử HbA1c	Có	12 (50,00)	12 (50,00)	0,752
	Không	7 (41,20)	10 (58,80)	
Điều trị	Dùng thuốc	17 (44,70)	21 (55,30)	0,588
	Không dùng thuốc	2 (66,70)	1 (33,30)	
Điều trị insulin	Có	14 (41,20)	20 (58,80)	0,219
	Không	5 (71,40)	2 (28,60)	
Chỉ số quản lý đường huyết		7,02±1,13	7,86±1,23	0,046
Biến thiên đường huyết		36,60±9,58	31,51±4,59	0,042
TIR		62,71±26,65	52,86±27,65	0,254
HbA1c		10,16±2,72	10,74±3,12	0,532

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới và nhóm tuổi ≥65 có HbA1c về đêm cao hơn, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Thời gian mắc bệnh, tiền sử HbA1c, và điều trị insulin không cho thấy mối liên hệ rõ ràng với các dạng HbA1c này. Tuy nhiên, chỉ số GMI thấp và biến thiên đường huyết (CV) cao có liên quan có ý nghĩa thống kê đối với HbA1c về đêm ($p=0,046$ và $p=0,042$). Các yếu tố khác như HbA1c và TIR không có sự khác biệt đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân đái tháo đường type 2. Nhóm ≥65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (51,2%) so với Torimoto (2018) [8] (47,3%), cho thấy nguy cơ hạ đường huyết tăng ở người lớn tuổi do suy giảm chức năng gan, thận và khả năng điều hòa glucose. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ cao hơn nam (61% so với 39%), trong khi Torimoto ngược lại (60,2% nam). Điều này có thể ảnh hưởng đến nguy cơ hạ đường huyết, vì nữ giới thường nhạy cảm hơn với hạ đường huyết. Thời gian mắc bệnh trung bình dài hơn trong nghiên cứu Torimoto (10,6 năm) so với nhóm bệnh nhân phần lớn dưới 10 năm (65,9%) trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên nhóm ≥10 năm (34,1%) vẫn có nguy cơ cao do suy giảm chức năng tế bào beta. Tỷ lệ tiền sử hạ đường huyết cao trong nghiên cứu của chúng tôi (58,5%) nhấn mạnh mối liên hệ giữa điều trị tích cực và nguy cơ tái phát, đặc biệt với nhóm sử dụng insulin chiếm tỷ lệ rất cao (82,93%), so với chỉ 16,3% trong Torimoto. Ngoài ra, mức HbA1c ≥7% phổ biến ở cả hai

nghiên cứu (87,8% trong chúng tôi và trung bình 8,6% ở Torimoto), nhưng nhóm HbA1c <7% trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn có nguy cơ hạ đường huyết cao hơn do điều trị tích cực. Sự khác biệt trong chiến lược điều trị, với tỷ lệ sử dụng insulin cao ở nghiên cứu của chúng tôi và tỷ lệ sử dụng metformin, DPP-4 inhibitors cao trong Torimoto, phản ánh các yếu tố nguy cơ khác nhau đối với hạ đường huyết. Những điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc điều chỉnh phương pháp điều trị phù hợp với đặc điểm dịch tễ học và nguy cơ cụ thể của từng nhóm bệnh nhân.

4.2. Đặc điểm hạ đường huyết về đêm trên bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nữ giới có tỷ lệ hạ đường huyết về đêm cao hơn nam giới (52%), phù hợp với kết quả của van Beers và cộng sự (2021) [9], nhấn mạnh rằng nữ giới có nguy cơ cao hơn do đặc điểm sinh lý và đáp ứng điều trị insulin khác biệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tuổi trung bình của nhóm có hạ đường huyết ban đêm là 61,6±10,3 tuổi, so với 63,75±9,78 tuổi ở nhóm không có hạ đường huyết ban đêm ($p=0,354$). Trong nghiên cứu của Simona Clus (2018) [5], tuổi trung bình của nhóm có hạ đường huyết ban đêm là 61,6±10,3 tuổi, so với 63,75±9,78 tuổi ở nhóm không có hạ đường huyết ban đêm ($p=0,44$). Cả hai nghiên cứu đều không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi giữa hai nhóm, cho thấy tuổi không phải là yếu tố dự đoán đáng kể nguy cơ hạ đường huyết ban đêm.

Thời gian mắc đái tháo đường trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,45±6,68

năm ở nhóm có hạ đường huyết ban đêm và $12,15 \pm 7,3$ năm ở nhóm không có hạ đường huyết ($p=0,747$). Tương tự, nghiên cứu của Simona Clus (2018) ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình của cả hai nhóm là $11,7 \pm 6,64$ năm ($p=0,64$). Cả hai nghiên cứu đều không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian mắc bệnh và nguy cơ hạ đường huyết ban đêm. Tuy nhiên, trong thực tế, bệnh nhân mắc ĐTD lâu năm có thể đối mặt nguy cơ cao hơn về tổn thương thần kinh tự chủ và hạ đường huyết không nhận thức được.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh ≥ 10 năm không khác biệt đáng kể giữa nhóm hạ đường huyết về đêm và không hạ đường huyết về đêm (48,1% so với 42,9%, $p=0,747$). Tuy nhiên, Torimoto (2018) ghi nhận thời gian mắc bệnh dài hơn đáng kể ở nhóm hạ đường huyết ($17,3 \pm 11,7$ năm so với $10,1 \pm 10,1$ năm, $p=0,003$). Điều này phù hợp với Allen & Frier (2003) [1], khi họ chỉ ra rằng thời gian mắc bệnh lâu làm tăng nguy cơ hạ đường huyết do suy giảm chức năng điều hòa glucose và phản ứng đối kháng.

Dựa trên các kết quả thu thập được, HbA1c trung bình ở nhóm có hạ đường huyết ban đêm là $10,16 \pm 2,72\%$, so với $10,74 \pm 3,12\%$ ở nhóm không có hạ đường huyết ($p=0,532$). Tương tự, nghiên cứu của Simona Clus (2018) cho thấy HbA1c trung bình ở nhóm có hạ đường huyết ban đêm là $7,9 \pm 1,68\%$, thấp hơn nhóm không có hạ đường huyết ($8,78 \pm 1,56\%$), nhưng sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê ($p=0,058$). Trong khi đó, Torimoto (2018) lại ghi nhận HbA1c thấp hơn đáng kể ở nhóm hạ đường huyết ($7,7 \pm 0,9\%$ so với $8,6 \pm 1,7\%$, $p < 0,0005$). Những kết quả này phù hợp với nhận định của Allen & Frier (2003), rằng mức HbA1c thấp thường liên quan đến nguy cơ cao hơn của hạ đường huyết, đặc biệt ở những bệnh nhân điều trị tích cực bằng insulin.

Phân tích dữ liệu cũng cho thấy biến thiên đường huyết ở nhóm hạ đường huyết cao hơn đáng kể ($36,6 \pm 9,58$) so với nhóm không hạ đường huyết ($31,51 \pm 4,59$, $p=0,042$). Torimoto (2018) ghi nhận CV (Coefficient of Variation) cao hơn rõ rệt ở nhóm hạ đường huyết ($26,8 \pm 6,5\%$ so với $20,6 \pm 6,5\%$, $p < 0,00007$). Allen & Frier (2003) cũng nhấn mạnh rằng biến thiên đường huyết cao là một yếu tố nguy cơ quan trọng, đặc biệt ở bệnh nhân sử dụng insulin, điều này cho thấy việc giảm dao động đường huyết là cần thiết để phòng ngừa hạ đường huyết.

Tỷ lệ sử dụng insulin cũng cao hơn ở nhóm có hạ đường huyết về đêm (71,4%) so với nhóm

không hạ đường huyết (28,6%, $p=0,219$), mặc dù không có ý nghĩa thống kê. Theo báo cáo của Torimoto (2018), tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở nhóm hạ đường huyết (38,1% so với 14,7%, $p=0,011$), đặc biệt ở những bệnh nhân sử dụng insulin nền kết hợp với bolus ($p=0,009$). Allen & Frier (2003) nhấn mạnh rằng insulin, đặc biệt là insulin nền sử dụng vào buổi tối, có thể làm tăng nguy cơ hạ đường huyết về đêm nếu không được điều chỉnh đúng cách, nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược điều trị và theo dõi hiệu quả.

Thời gian trong khoảng đường huyết mục tiêu (TIR - Time in Range) ở nhóm hạ đường huyết về đêm là $62,71 \pm 26,65\%$, cao hơn so với nhóm không hạ đường huyết ($52,86 \pm 27,65\%$), nhưng không mang ý nghĩa thống kê ($p=0,254$). Mặc dù Torimoto (2018) không trực tiếp đề cập đến TIR, thời gian đường huyết < 70 mg/dL lại cao hơn rõ rệt ở nhóm hạ đường huyết ($3,0 \pm 2,9\%$ so với 0%, $p < 0,0005$), gián tiếp phản ánh sự giảm TIR. Dù không sử dụng TIR làm chỉ số chính, Allen & Frier (2003) vẫn nhấn mạnh vai trò của biến thiên đường huyết đối với TIR và nguy cơ hạ đường huyết, cho thấy TIR có thể là một công cụ hữu ích trong quản lý và phòng ngừa hạ đường huyết.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ hạ đường huyết về đêm còn cao, chiếm 46,34% trong số các bệnh nhân đái tháo đường type 2 tham gia. Các đặc điểm liên quan đến HbA1c về đêm bao gồm sử dụng insulin (71,4%), biến thiên đường huyết (CV) cao ($36,6 \pm 9,58$), và chỉ số quản lý đường huyết (GMI) thấp ($7,02 \pm 1,13$). Trong khi đó, các yếu tố như tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh đái tháo đường, HbA1c, tiền sử hạ đường huyết không cho thấy mối liên hệ đáng kể với HbA1c về đêm. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc ứng dụng công nghệ theo dõi đường huyết liên tục (CGM) để phát hiện sớm và quản lý hiệu quả HbA1c, từ đó cải thiện kiểm soát đường huyết và giảm nguy cơ biến chứng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **K. V. Allen & B. M. Frier** (2003), "Nocturnal hypoglycemia: clinical manifestations and therapeutic strategies toward prevention", *Endocr Pract*, 9 (6), pp. 530-43.
2. **Committee American Diabetes Association Professional Practice** (2025), "6. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes-2025", *Diabetes Care*, 48 (Supplement 1), pp. S128-S145.
3. **J. P. Bae, R. Duan, H. Fu & B. J. Hoogwerf** (2017), "Risk Factors for Nocturnal Hypoglycemia

- in Insulin-treated Patients With Type 2 Diabetes: A Secondary Analysis of Observational Data Derived From an Integrated Clinical Trial Database", *Clin Ther*, 39 (9), pp. 1790-1798 e7.
4. **A. S. Boureau, B. Guyomarch, P. Gourdy, I. Allix, C. Annweiler, N. Cervantes, G. Chapelet, I. Delabriere, S. Guyonnet, R. Litke, M. Paccalin, A. Penfornis, P. J. Saulnier, M. Wargny, S. Hadjadj, L. de Decker&B. Cariou** (2023), "Nocturnal hypoglycemia is underdiagnosed in older people with insulin-treated type 2 diabetes: The HYPOAGE observational study", *J Am Geriatr Soc*, 71 (7), pp. 2107-2119.
 5. **Simona Clus, Gabriela Crețeanu, and Amarin Popa**. (2018), "Nocturnal hypoglycemia in type 2 diabetes.", *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*, 25 (1), pp. 99-103.
 6. **R. R. Gehlaut, G. Y. Dogbey, F. L. Schwartz, C. R. Marling&J. H. Shubrook** (2015), "Hypoglycemia in Type 2 Diabetes--More Common Than You Think: A Continuous Glucose Monitoring Study", *J Diabetes Sci Technol*, 9 (5), pp. 999-1005.
 7. **K. Jauch-Chara&B. Schultes** (2010), "Sleep and the response to hypoglycaemia", *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 24 (5), pp. 801-15.
 8. **K. Torimoto, Y. Okada, M. Hajime, K. Tanaka&Y. Tanaka** (2018), "Risk Factors of Hypoglycemia in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Study Based on Continuous Glucose Monitoring", *Diabetes Technol Ther*, 20(9), pp.603-612.
 9. **C. A. van Beers&J. H. DeVries** (2016), "Continuous Glucose Monitoring: Impact on Hypoglycemia", *J Diabetes Sci Technol*, 10 (6), pp. 1251-1258.
 10. **L. Vu, S. Kefayati, T. Ide, V. Pavuluri, G. Jackson, L. Latts, Y. Zhong, P. Agrawal&Y. C. Chang** (2019), "Predicting Nocturnal Hypoglycemia from Continuous Glucose Monitoring Data with Extended Prediction Horizon", *AMIA Annu Symp Proc*, 2019 pp. 874-882.

UNG THƯ TÚI LỆ: BÁO CÁO MỘT CA BỆNH HIẾM GẶP

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Hoàng Văn Luyện¹

TÓM TẮT

Ung thư túi lệ là khối u ác tính rất hiếm gặp, thường được bác sĩ nhãn khoa phát hiện, phương pháp điều trị chính là cắt bỏ toàn bộ khối u và ống lệ tỵ, sau đó được xạ trị với trường hợp diện cắt còn u hoặc khối u xâm lấn vào hốc mắt, khoang mũi và nền sọ. **Báo cáo ca bệnh:** chúng tôi báo cáo về một trường hợp đi khám vì chẩn đoán tắc ống lệ tỵ, được bác sĩ chuyên khoa mắt phẫu thuật đặt ống thông lệ tỵ, và sinh thiết túi lệ phát hiện ung thư biểu mô vảy của túi lệ. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ túi lệ và ống dẫn lệ, trường hợp này khối u được cắt bỏ toàn bộ đảm bảo kết quả sinh thiết diện cắt không còn khối u. Bệnh nhân ổn định và không tái phát.

Từ khóa: ung thư túi lệ, u hốc mắt, phẫu thuật

SUMMARY

LACRIMAL SAC CARCINOMA: A RARE CASE REPORT

Lacrimal sac cancer is a very rare malignant tumor, usually detected by ophthalmologists. The main treatment is to completely remove the tumor and the lacrimal duct, followed by radiation therapy in cases where the resection area still has a tumor or the tumor invades the eye socket, nasal cavity and skull base. Case report: We report a case of a patient who was diagnosed with lacrimal duct obstruction, who underwent surgery to place a lacrimal duct catheter, and a lacrimal sac biopsy revealed squamous cell

carcinoma of the lacrimal sac. The patient underwent surgery to completely remove the lacrimal sac and lacrimal duct. In this case, the tumor was completely removed, ensuring that the biopsy results of the resection area were clear of the tumor. The patient was stable and had no recurrence.

Keywords: Squamous cell carcinoma, orbital tumor, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô của túi lệ là loại ung thư hiếm gặp, thường được phát hiện bởi bác sĩ chuyên khoa mắt. Tổng cộng có 539 trường hợp được báo cáo trong tài liệu từ năm 1960 đến năm 2019, trong đó ung thư biểu mô tế bào vảy, với 296 trường hợp, là loại được mô tả phổ biến nhất^{1,2,3}. Biểu hiện lâm sàng của ung thư biểu mô tế bào vảy túi lệ (LSSCC) giống với viêm túi lệ mạn tính, không gây khó chịu cho đến khi xuất hiện các triệu chứng cụ thể, chẳng hạn như chảy nước mắt hoặc sờ thấy cục u, khối u tiến triển ở vùng túi lệ hoặc ống dẫn lệ mũi. Do đó, chẩn đoán thường bị trì hoãn, một số trường hợp chẩn đoán bị bỏ sót ngay cả trong phẫu thuật mở thông túi lệ mũi thông thường. Khối u có thể phát triển vào các xoang liên kề và khoang mũi gây ra bệnh tật đáng kể. Chụp MRI hốc mắt hoặc xoang cạnh mũi là xét nghiệm được ưu tiên để chẩn đoán khối u túi lệ. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, bảo tồn nhãn cầu kết hợp tạo hình, sau đó xạ trị là phương thức điều trị chính, chỉ có 18% cần khoét bỏ nhãn cầu bệnh lý. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u túi lệ kết hợp cắt bỏ xương hàm trên đã mang lại kết quả tốt trong

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025