

- classification of colorectal tumors proposed by the Japan NBI Expert Team. Dig Endosc. 2016;28(5):526–533.
3. **Ferlitsch M, Moss A, Hassan C, et al.** Colorectal polypectomy and endoscopic mucosal resection: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2024. Endoscopy. 2024;56(7):516–545. doi:10.1055/a-2304-3219.
 4. **WHO.** Classification of Tumours Editorial Board. Digestive System Tumours. 5th ed. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2019.
 5. **Trần Công Huy, Huỳnh Hiếu Tâm.** Đặc điểm hình ảnh nội soi polyp đại trực tràng theo phân loại JNET và đối chiếu kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2025;(85). doi:10.58490/ctump.2025i85.3456.
 6. **Lê Huyền Trân, Huỳnh Hiếu Tâm, và cs.** Các hình thái polyp đại trực tràng theo phân loại Paris và đối chiếu kết quả mô bệnh học tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2023–2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;(74):37–43. doi:10.58490/ctump.2024i74.2421.
 7. **Nguyễn Văn Thái, và cs.** Kết quả điều trị qua nội soi 365 polyp đại trực tràng. Tạp chí Y học lâm sàng và Dược học 108. 2020;14(2):78–85.
 8. **Zhang X, Jiang X, Shi L.** Risk factors for delayed colorectal postpolypectomy bleeding: a meta-analysis. BMC Gastroenterol. 2024;24:162. doi:10.1186/s12876-024-03251-6.
 9. **Gao P, Liu Y, Chen J, et al.** Endoscopic management of colorectal polyps. Gastroenterol Rep. 2023;11:goad027. doi:10.1093/gastro/goad027.
 10. **Đặng Lê Bích Ngọc, và cs.** Giá trị của phân loại JNET trong tiên đoán mô bệnh học polyp đại trực tràng tại Bệnh viện Tâm Anh TP. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(2).

BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP: U NHÃY NHĨ TRÁI BIẾN CHỨNG ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO CẤP

Nguyễn Ngọc Tuấn¹, Bùi Việt Anh¹, Nguyễn Trường Vũ¹,
Lê Thị Kim Thủy¹, Nông Thê Minh¹, Lê Đức Thắng¹, Trương Thị Ngọc Hà¹,
Cao Đức Thiện¹, Trương Đình Cẩm¹, Nguyễn Doãn Thái Hưng¹

TÓM TẮT

U nhầy nhĩ trái, khối u tim lành tính phổ biến nhất, là một trong các nguyên nhân gây đột quỵ hoặc thiếu máu cục bộ thoáng qua, tỷ lệ mắc ở nữ gấp đôi so với nam. Khi có triệu chứng tắc mạch não, đặc biệt ở bệnh nhân trẻ, cần chụp MRA sọ não và siêu âm tim qua thành ngực sớm để phát hiện nguyên nhân có thể là u nhầy nhĩ trái. Siêu âm tim qua thực quản giúp chẩn đoán xác định. Nên điều trị kháng đông trước phẫu thuật để giảm nguy cơ thuyên tắc và xác định thời điểm phẫu thuật thích hợp. Phẫu thuật cắt bỏ sớm là điều trị tối ưu đối với u nhầy nhĩ trái có biến chứng thần kinh. **Từ khóa:** u nhầy, nhĩ trái, đột quỵ, phẫu thuật tim hở.

SUMMARY

REPORT OF A CASE OF LEFT ATRIAL MYXOMA IN A PATIENT WITH ACUTE CEREBRAL ISCHEMIC STROKE

Left atrial myxoma, the most common benign cardiac tumor, is a recognized cause of ischemic stroke or transient ischemic attack, with a twofold higher incidence in females. In patients presenting with cerebral embolic symptoms, especially at a young age, brain MRA and transthoracic echocardiography

should be promptly performed to rule out cardiac myxoma. Transesophageal echocardiography confirms the diagnosis when available. Preoperative anticoagulation is recommended to reduce the risk of embolism and to determine optimal surgical timing. Early surgical resection. **Keywords:** myxoma, left atrium, stroke, open-heart surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tim nguyên phát hiếm gặp, theo các báo cáo ngoại khoa và khám nghiệm tử thi, tỷ lệ mắc dao động khoảng 0,3% đến 0,7% trong số tất cả u tim. U nhầy nhĩ là khối u nguyên phát lành tính phổ biến nhất chiếm khoảng 50% ở tim.^{1,2} Về vị trí, u nhầy nhĩ trái chiếm khoảng 75%, 20% ở nhĩ phải và 5% ở cả nhĩ và thất.³ Bệnh thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi từ 40 đến 60.

U nhầy tim thường có dạng keo, bề mặt nhẵn, biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào hình thái, mức độ di động, khả năng bong tróc và vị trí của nó. Tam chứng điển hình bao gồm thuyên tắc mạch (10-45%), tắc nghẽn van hai lá, suy tim (54 – 95%) và các triệu chứng khác như chóng mặt, ho, sốt hoặc không có triệu chứng (34 – 90%).^{4,5}

U nhầy nhĩ trái chiếm khoảng 50% nguồn gốc gây ra đột quỵ thiếu máu não cấp hoặc thuyên tắc mạch ngoại vi, hầu hết đều bắt nguồn từ huyết khối bám vào bề mặt của u nhầy, thỉnh thoảng có sự bong ra của các mảnh vỡ khối u dẫn đến đột quỵ. Tuy nhiên, khoảng

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Doãn Thái Hưng

Email: mdthaihung@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025

10% bệnh nhân có thể hoàn toàn không có triệu chứng để bỏ sót nếu không có tiền sử tim mạch. Việc phát hiện u nhầy phải bao gồm tiền sử và khám sức khỏe định kỳ và siêu âm tim qua thành ngực. Siêu âm tim qua thành ngực có độ nhạy khoảng 95% trong việc phát hiện u nhầy tim và siêu âm tim qua thực quản có độ nhạy gần 100%. Ngay khi phát hiện, phẫu thuật cắt bỏ u nhầy là phương pháp điều trị được lựa chọn đầu tiên và triệt để nhất, tuy nhiên, u nhầy vẫn có một tỉ lệ tái phát.

Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng, nhiều trường hợp u nhầy có biến chứng thần kinh đôi khi gây khó khăn trong quyết định điều trị với các bác sĩ ngoại khoa, đặc biệt về vấn đề sử dụng thuốc kháng đông và thời điểm phẫu thuật. Với mục đích nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán sớm, cách xử trí thích hợp đối với u nhầy nhĩ trái có biến chứng thần kinh cấp, chúng tôi sẽ trình bày 1 ca lâm sàng u nhầy nhĩ trái lớn trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp trước đó và đã được điều trị thành công tại Bệnh viện Quân Y 175.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trình bày ca lâm sàng một bệnh nhân nữ 44 tuổi bị đột quỵ thiếu máu não cấp được chẩn đoán có u nhầy nhĩ trái tại Bệnh viện Quân Y 175.

Phương pháp: mô tả chi tiết quá trình lâm sàng, cận lâm sàng (MRI, MRA, TTE, TEE), phẫu thuật và kết quả điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tóm tắt kết quả:

- Triệu chứng ban đầu: ngất đột ngột, yếu nửa người phải.
- Hình ảnh MRI và MRA: nhồi máu thùy trán–đỉnh–thái dương trái, tắc đoạn M2 ĐM não giữa.
- Siêu âm tim (TTE, TEE): khối u nhầy nhĩ trái kích thước khoảng 4.5×2.7 cm, cuống bám vách liên nhĩ.
- Phẫu thuật tim hở cắt u nhầy sau 7 ngày nhập viện, không biến chứng.
- Mô bệnh học xác nhận u nhầy.
- Bệnh nhân hồi phục, không biến cố mạch máu não tái phát.

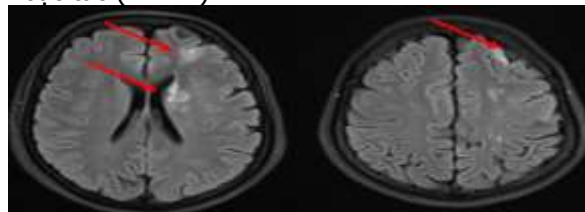
Trình bày ca lâm sàng: Một người phụ nữ 44 tuổi nhập viện khoa cấp cứu vì đột ngột ngất trong khi tắm và mất ý thức tạm thời, sau đó yếu nửa người. Khám tại lúc nhập viện ghi nhận tình trạng méo miệng, rối loạn vận động ngôn ngữ và liệt mặt bên phải, không ghi nhận co giật trong lúc ngất.

Người nhà báo rằng vài năm trở lại đây có 4 hoặc 5 lần đột ngột ngất xỉu và các triệu chứng

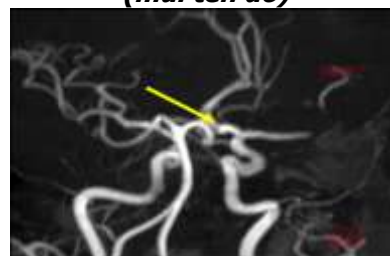
đau cơ và đau khớp. Bệnh nhân bị suy giảm trí nhớ dần và thay đổi tính cách, ngoài ra không bất kỳ yếu tố nguy cơ nào đối với các bệnh mạch máu não như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, bệnh tim mạch vành, bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim, viêm động mạch và các bệnh khác. Về lối sống, bệnh nhân không sử dụng thuốc ngừa thai đường uống gần đây. Vài tháng gần đây, bệnh nhân bị hồi hộp, thỉnh thoảng có cơn khó thở.

Bệnh nhân được chuyển vào khoa nội thần kinh với chẩn đoán theo dõi đột quỵ thiếu máu não cấp tính giờ thứ 6. Trong thời gian nhập viện hiện tại, bệnh nhân được chụp CT ngực phát hiện phổi xẹp phổi dạng đường vùng đáy phổi trái, khám không ghi nhận phù chi dưới hoặc các dấu hiệu thuyên tắc mạch máu chi.

Không có chỉ số bất thường nào khác và điện tâm đồ cho thấy nhịp xoang và có dấu thiếu máu cơ tim thành dưới tim. Do bệnh nhân là một phụ nữ trẻ và bản chất của tổn thương nội sọ nghi ngờ vẫn chưa rõ ràng, bệnh nhân được chỉ định chụp cộng hưởng từ sọ não (MRI) không cản từ ngay sau khi nhập viện, ghi nhận ổ tổn thương nhu mô não thùy trán đỉnh, thái dương trái và trán phải nghi do nhồi máu não cấp (hình 1). Cùng với sự phân bố nhồi máu não trên MRI, chúng tôi đã tiến hành chụp MRA mạch máu não để xác định nhánh động mạch sọ não tổn thương, kết quả cho thấy mất tín hiệu đoạn M2 động mạch não giữa bên trái nghi do hẹp nặng hoặc tắc (hình 2).



Hình 1. MRI không cản từ: Ổ tổn thương nhu mô não thùy trán đỉnh, thái dương trái và trán phải nghi do nhồi máu não cấp (mũi tên đỏ)



Hình 2. MRA mạch máu não: Mất tín hiệu đoạn M2 động mạch não giữa bên trái nghi do hẹp nặng hoặc tắc (mũi tên vàng)

Tuy nhiên, nguyên nhân gây ra các tổn thương nội sọ vẫn chưa được làm sáng tỏ. Nghi ngờ bệnh nhân có thể có các tổn thương trên tim. Do đó, sau 2 ngày nhập viện, siêu âm tim qua thành ngực (TTE - Transthoracic Echocardiogram) được chỉ định ghi nhận khối echo dày (4,5 x 2,7 cm) thuộc nhĩ trái, nhiều tua gai, phần cuống bám vào vách liên nhĩ, phần cuống cách van hai lá một đoạn khoảng 2,6cm, phần còn lại của khối di động theo van hai lá nghỉ nhiều là u nhầy nhĩ trái, ngoài ra van hai lá có tình trạng hở nhẹ. (Hình 3).

TTE	Kết quả/mô tả				
U nhầy	Tổn thương echo dày d # 45 x 27mm thuộc nhĩ trái, bờ không đều, nhiều tua gai Phần cuống: bám vào vách liên nhĩ, cách van hai lá 1 đoạn d # 26mm Phần còn lại của khối: di động theo van hai lá Nghỉ nhiều u nhầy nhĩ trái				
Van 3 lá	Hở nhẹ	Van 2 lá	Hở nhẹ VC # 2mm	LVDd (mm)	44
PAPs	34mmHg	EF (%)	63%	LA (mm)	27

Chú thích: PAPs(Pulmonary artery systolic pressure): áp lực động mạch phổi tâm thu; EF (Ejection Fraction): phân suất tống máu; LVDd (left ventricular end-diastolic diameter): đường kính thất trái cuối thì tâm trương; LA (left atrium): đường kính trước - sau nhĩ trái theo mặt cắt cạnh ức trái trực dọc.



Hình 3. TTE: Khối echo dày (4,5 x 2,7 cm) thuộc nhĩ trái

Bệnh nhân được chỉ định siêu âm thực quản (TEE - Transesophageal echocardiography) để xác nhận và đánh giá các đặc tính của khối u nhầy, kết quả ghi nhận một khối u nhầy nhĩ trái (4,5 x 2,7 cm), bờ nhám nhỡ có nhiều tua di động nhiều, cuống bám tại vách liên nhĩ sát van hai lá (Hình 4).

TEE	Kết quả/mô tả			
U nhầy	U nhầy nhĩ trái d # 45.6 x 27mm, bờ nhám nhỡ, nhiều tua di động nhiều Phần cuống: bám tại vách liên nhĩ sát van nhĩ thất			
Van 3 lá	Hở 1/4	Van động mạch chủ	3 mảnh, hở 1/4	

Van 2 lá	Hở 1/4	Vách liên nhĩ	Nguyên vẹn
-----------------	--------	----------------------	------------



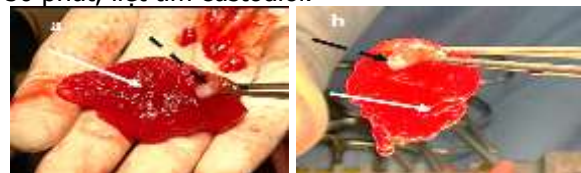
Hình 4. TEE: khối u nhầy nhĩ trái (4,5x2,7 cm)

Các xét nghiệm cho thấy men tim trong giới hạn bình thường (Bảng 1).

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm của bệnh nhân

Xét nghiệm	Kết quả	Giới hạn bình thường
CK-MB	7.2	0 – 25
Troponin – I	0.004	0 – 0.0175
Pro-BNP	111	0 – 450 (dưới 50 tuổi)

Xét đến tình trạng hiện tại của bệnh nhân bị nhồi máu não cấp liên quan đến u nhầy, chúng tôi đã tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa để chọn thời điểm phẫu thuật tim hở cắt u nhầy. Tuy nhiên, vì e ngại rằng việc dùng heparin cần thiết cho phẫu thuật tim có thể làm trầm trọng thêm xu hướng chảy máu, dẫn đến chuyển dạng xuất huyết của tổn thương nhồi máu. BN đã được chỉ định phẫu thuật tim hở bán khẩn cắt bỏ u nhầy mà không có biến chứng nào vào ngày thứ 7 sau khi nhập viện đồng thời kháng đông cũng được chuyển từ kháng kết tập tiểu cầu kép sang heparin trọng lượng phân tử thấp (Lovenox dạng tiêm dưới da) trước phẫu thuật. Trong lúc phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận 1 khối u nhầy có cuống bám vào trần nhĩ trái kích thước 4 x 5 cm, bờ nhám nhỡ, không có vỏ bao, nhiều múi nhỏ, mủn, dễ vỡ, màu đỏ sẫm (hình 5). Chúng tôi đã cắt trọn u nhầy qua đường mở vách liên nhĩ thuận lợi, sau đó vá vách liên nhĩ bằng màng ngoài tim tự thân. Toàn bộ cuộc phẫu thuật được thực hiện dưới tuần hoàn ngoài cơ thể, không hạ nhiệt độ với thời gian chạy máy khoảng 85 phút, thời gian kẹp động mạch chủ là 50 phút, liệt tim custodiol.



Hình 5.

a, b: Khối u nhầy nhĩ trái (mũi tên trắng), cuống u nhầy (mũi tên đen đứt quãng). c: Kết quả giải phẫu mô bệnh học: Cấu trúc u gồm các tế bào sắp xếp thành đám, dài nằm rải rác trong mô đệm dạng niêm. Phù hợp với u nhầy.

Bệnh nhân được chuyển đến khoa chăm sóc đặc biệt sau phẫu thuật. Thời gian thở máy 18 giờ. Sau 20 giờ tại hồi sức sau mổ tim, BN được chuyển về trại bệnh, xuất viện 1 tuần sau mổ.

Sau 1 tuần xuất viện, không xảy ra biến cố mạch máu não và điều trị phục hồi chức năng được thực hiện thường xuyên. Bệnh nhân vẫn bị liệt mặt trung ương, nói đớ và yếu nửa người bên phải.

IV. BÀN LUẬN

4.1. U nhầy nhĩ trái là nguyên nhân gây đột quỵ thiếu máu não cấp. U nhầy nhĩ, khối u tim lành tính phổ biến nhất, là nguyên nhân thường gặp (0.04%) ở những bệnh nhân bị đột quỵ hoặc thiếu máu cục bộ thoáng qua. Về phân bố vị trí, 75% u nhầy ở nhĩ trái, 20% ở nhĩ phải, 5% ở cả nhĩ và thất.³ Về các đặc điểm dịch tễ, tỷ lệ mắc ở nữ gấp đôi so với nam giới, và độ tuổi khởi phát thường từ 40 đến 60 tuổi.

Đột quỵ thường dễ tái phát, có thể là do tắc mạch hoặc xuất huyết, biểu hiện đa dạng từ chứng mất trí nhớ do nhồi máu nhiều tiến triển đến đột quỵ do tắc mạch lớn gây tử vong. Như ở trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân nhập viện ngắt đột ngột, méo miệng một bên, tiền căn cũng ghi nhận nhiều lần ngắt trước đây, kèm theo suy giảm trí nhớ dần và thay đổi tính cách.

Khi sự biểu hiện của các triệu chứng tắc mạch não, đặc biệt là ở những bệnh nhân trẻ có biểu hiện thần kinh, nên tiến hành chụp MRA sọ não. Ở bệnh nhân của chúng tôi, chúng tôi đã tiến hành chụp MRA mạch máu não sau khi ghi nhận ổ tổn thương nghi nhồi máu não cấp ở thùy trán đỉnh, thái dương trái và trán phải trên MRI, kết quả phát hiện hẹp nặng hoặc tắc đoạn M2 động mạch não giữa bên trái. Vì u nhầy nhĩ chiếm 50% nguyên nhân gây tắc mạch máu não.⁴ Nên siêu âm tim, nên được chỉ định ngay cả khi không có bất thường tiếng tim và trên điện tâm đồ. Siêu âm tim qua thành ngực và siêu âm tim qua thực quản, được báo cáo là có độ nhạy trên 90% giúp chẩn đoán u nhầy tim. Tuy nhiên, siêu âm tim thực quản được lựa chọn hơn để xác định chẩn đoán, vì khả năng phân định kích thước khối u, sự bám dính và tính di động cũng như phát hiện các tổn thương đi kèm như nguồn tắc mạch trong tim khác. Trên bệnh nhân này, siêu âm tim qua thành ngực và siêu âm tim qua thực quản đều được thực hiện, ghi

nhận một khối echo dày # 4,5 x 2.7 cm ở nhĩ trái, nhiều tua gai, cuống bám vào vách liên nhĩ.

4.2. Quản lý trước phẫu thuật và hiệu quả kháng đông trong đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính liên quan đến u nhầy nhĩ.

Hiện tại, chưa có hướng dẫn cụ thể về điều trị u nhầy liên quan đến đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính. Về phương diện điều trị, một số nghiên cứu cho rằng liệu pháp bắc cầu bằng thuốc kháng đông nên được sử dụng để trì hoãn cắt bỏ u nhầy⁶, nhưng việc trì hoãn này có thể làm tăng khả năng xuất hiện biến chứng.⁷ Nguy cơ chảy máu khi dùng heparin trong phẫu thuật tim ở những bệnh nhân bị đột quỵ cần được đánh giá thật cẩn thận, cũng như khả năng chịu đựng được ca phẫu thuật của bệnh nhân.

Về liệu pháp kháng đông trước phẫu thuật, vẫn còn nhiều tranh cãi. Một số tác giả, trong đó có Chen⁵, đã sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp, trong khi các nhóm khác áp dụng kháng kết tập tiểu cầu kép hoặc heparin truyền tĩnh mạch. Nhìn chung, các trường hợp được báo cáo đều không ghi nhận thuyên tắc mạch máu trước phẫu thuật.

Trong trường hợp của chúng tôi, BN được chuyển từ kháng kết tập tiểu cầu kép sang sử dụng heparin trọng lượng phân tử thấp 1 tuần trước phẫu thuật, kết quả cũng không ghi nhận thuyên tắc thêm trước mổ.

4.3. Chọn thời điểm thích hợp cắt bỏ u nhầy nhĩ. Để tránh nguy cơ thuyên tắc thêm, phương pháp điều trị hiệu quả nhất là phẫu thuật cắt bỏ u nhầy, với tính an toàn và có tỷ lệ tử vong thấp dưới 5%, không nên trì hoãn ngay cả trong những trường hợp không có triệu chứng được phát hiện tình cờ. Hiện nay chưa có hướng dẫn chắc chắn về khoảng thời gian an toàn cụ thể từ khi khởi phát đột quỵ đến khi phẫu thuật cắt bỏ u nhầy, một vài nghiên cứu trước đây cho rằng phẫu thuật tim hở an toàn cho bệnh nhân nhồi máu não cấp tính.⁸

Về mặt lý thuyết, đột quỵ tái phát không thể loại trừ hoàn toàn các yếu tố như sự di chuyển của các mảnh vỡ u nhầy và mất ổn định huyết động. Hiệu quả liệu pháp kháng đông trong đột quỵ thiếu máu não cấp có liên quan đến u nhầy nhĩ cần được đánh giá trong các nghiên cứu tương lai về loại kháng đông, thời điểm bắt đầu và ngưng sử dụng kháng đông trước phẫu thuật để tránh nguy cơ thuyên tắc.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, chúng tôi báo cáo một trường hợp u nhầy nhĩ trái trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp nhập viện vì ngắt đột ngột, MRI có ổ

nhồi máu não cấp tại thùy trán đỉnh, thái dương trái và trán phải nghĩ do nhồi máu não cấp, MRA ghi nhận tắc hẹp nặng đoạn M2 động mạch não giữa bên trái. Siêu âm tim qua thành ngực và siêu âm tim qua thực quản nên được hoàn thành càng sớm càng tốt và thời gian chờ cắt bỏ u nhầy nên được giảm thiểu.

Mặc dù chưa có hướng dẫn rõ ràng, các trường hợp của các tác giả khác cũng như của chúng tôi đều sử dụng liệu pháp kháng đông trước phẫu thuật cho những bệnh nhân bị đột quỵ liên quan đến u nhầy để giảm nguy cơ thuyên tắc và chọn thời điểm thích hợp để phẫu thuật sớm nhất có thể. Điều trị tối ưu nhất đối với u nhầy nhĩ vẫn là phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Perrelli RL, Jr., Henning RJ, Siddique Patel M.** Atrial myxoma: case report and a review of the literature. *Heart Dis* 2003;5(3):224-30. doi: 10.1097/01.hdx.0000074515.95567.92 [published Online First: 2003/06/05]
2. **Lam KY, Dickens P, Chan AC.** Tumors of the heart. A 20-year experience with a review of 12,485 consecutive autopsies. *Archives of pathology & laboratory medicine* 1993;117(10):1027-31. [published Online First: 1993/10/01]
3. **Ha JW, Kang WC, Chung N, et al.** Echocardiographic and morphologic characteristics of left atrial myxoma and their relation to systemic embolism. *Am J Cardiol* 1999;83(11):1579-82, A8. doi: 10.1016/s0002-9149(99) 00156-3 [published Online First: 1999/06/11]
4. **O'Rourke F, Dean N, Mouradian MS, et al.** Atrial myxoma as a cause of stroke: case report and discussion. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2003;169(10):1049-51. [published Online First: 2003/11/12]
5. **Chen Y, Huang Q, Bai C, et al.** Preoperative management and anticoagulant efficacy in atrial myxoma-associated acute ischemic stroke: a case report and literature review. *Front Cardiovasc Med* 2024;11:1435047. doi: 10.3389/fcvm.2024.1435047 [published Online First: 2024/11/27]
6. **Ekinci EI, Donnan GA.** Neurological manifestations of cardiac myxoma: a review of the literature and report of cases. *Intern Med J* 2004;34(5): 243-9. doi: 10.1111/j.1444-0903.2004.00563.x [published Online First: 2004/05/21]
7. **Yuan SM, Humuruola G.** Stroke of a cardiac myxoma origin. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2015; 30(2):225-34. doi: 10.5935/1678-9741.20150022 [published Online First: 2015/06/25]
8. **Zisbrod Z, Rose DM, Jacobowitz IJ, et al.** Results of open heart surgery in patients with recent cardiogenic embolic stroke and central nervous system dysfunction. *Circulation* 1987;76(5 Pt 2):V109-12. [published Online First: 1987/11/01]

ĐỀ KHÁNG INSULIN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT NGHỆ AN NĂM 2025

Nguyễn Quốc Đức¹, Bùi Ngọc Hà², Hoàng Thu Hà³,
Lê Anh Tú⁴, Trần Thị Hiền⁴, Hồ Minh⁵

TÓM TẮT

Mở đầu: Đề kháng insulin (ĐKIR) là cơ chế chủ yếu liên quan đến quá trình tiến triển thành đái tháo đường típ 2 của người bệnh tiền đái tháo đường và phát sinh các biến chứng ở người bệnh. Việc phát hiện sớm và đánh giá các yếu tố nguy cơ liên quan đến ĐKIR ở người bệnh TĐĐTĐ có ý nghĩa trong dự phòng tiến triển thành ĐĐTĐ2. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đề kháng insulin và phân tích một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân tiền đái tháo đường tại Bệnh viện Nội tiết Nghệ An năm 2025. **Đối tượng và phương**

pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 116 người bệnh trên 18 tuổi, đến khám lần đầu tại viện, được xác định TĐĐTĐ. Chỉ số HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment of Insulin Resistance) với ngưỡng $\geq 1,878$ được sử dụng để xác định tình trạng đề kháng insulin. Các thông tin nhân khẩu học, lâm sàng, cận lâm sàng được thu thập và phân tích bằng hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tỷ lệ ĐKIR trong quần thể nghiên cứu là 26,7%. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy HbA1c $\geq 5,7\%$ là yếu tố nguy cơ độc lập, có liên quan đến tình trạng ĐKIR (OR=5,51; CI95%: 1,42–21,43; p=0,04). Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm: hoạt động thể lực thấp (OR=3,91; CI95%: 1,38–11,03), vòng eo lớn (OR=3,85; CI95%: 1,58–9,37), rối loạn lipid máu (OR=3,80; CI95%: 1,60–9,23), và tiền sử gia đình mắc ĐĐTĐ (OR=2,64; CI95%: 1,03–6,81). **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ chính là HbA1c, hoạt động thể lực, vòng eo và rối loạn lipid máu. Nghiên cứu khẳng định sự cần thiết của sàng lọc ĐKIR và quản lý lối sống ở bệnh nhân TĐĐTĐ nhằm giảm nguy cơ tiến triển thành ĐĐTĐ2. **Từ khóa:** Tiền đái tháo đường, đề kháng insulin, HOMA-IR, yếu tố nguy cơ, HbA1c.

¹Bệnh viện Đa khoa Đô Lương

²Trường Đại học Y tế Công Cộng

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

⁴Bệnh viện Nội tiết Nghệ An

⁵TTYT Khu vực Hải Châu

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Ngọc Hà

Email: btmh@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025