

Loan (2019) tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, tỷ lệ kiểm soát huyết áp tâm thu chỉ đạt 43,1% [4]

Nhiều nghiên cứu lớn cho thấy, mức đường huyết cao và HbA1c tăng có liên quan rõ ràng tới tăng nguy cơ biến chứng vi mạch, bao gồm bệnh võng mạc, bệnh thận do đái tháo đường và bệnh thần kinh; mối tương quan này được chứng minh ở UKPDS 35, trong đó tăng HbA1c liên tục tương ứng với tăng nguy cơ biến chứng vi mạch và tử vong liên quan đến đái tháo đường [5]

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ cao nhất trong các biến chứng mạch máu lớn (12,8%), thấp nhất là suy tim (6,4%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và nhóm không có biến chứng về glucose máu đói và HbA1c với $p > 0,05$ ở nhóm bệnh mạch vành, suy tim và bệnh động mạch chi dưới

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhận thấy rằng nhóm người bệnh đái tháo đường typ 2 có HbA1c $\geq 10\%$ thường gặp tình trạng rối loạn lipid máu với tỷ lệ tăng triglycerid và LDL-c cao hơn so với nhóm có kiểm soát đường huyết tốt (HbA1c $7 - < 10\%$), trong khi HDL-c lại có xu hướng giảm. Tuy nhiên, sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu, người bệnh chủ yếu là người cao tuổi, mắc đái tháo đường từ 1 đến 5 năm, có thể trạng trung bình. Tình trạng rối loạn

chuyển hóa như: tăng triglycerid, tăng glucose lúc đói, HbA1c $\geq 10\text{mmol/l}$ xuất hiện với tỷ lệ cao. Người bệnh thường mắc các bệnh đồng mắc và có biến chứng võng mạc, thần kinh ngoại vi, đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Quang Bày.** Đặc điểm và các yếu tố liên quan của các người bệnh đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết kém tại Khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;521(1):277-281. doi:10.51298/vmj.v521i1.3998
2. **Patient characteristics. Research Gate.** Accessed September 27, 2025. https://www.researchgate.net/figure/Patient-characteristics_tbl1_335312063
3. **Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, et al.** Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of typ 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-412. doi:10.1136/bmj.321.7258.405
4. **Thư viện Đại học Y.** Accessed September 13, 2025. http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/BookReader.aspx?Url=/pages/cms/Te_mPDir/books/22611bd0-d26e-4976-8eba_f281f90787f0/2020/07/03/201805041411-b6706808-6caa-469c-b251_4ca21742f6cd/Preview&TotalPage=5&ext=jpg#page/1/mode/1up
5. **Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, et al.** Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of typ 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. BMJ. 2000;321(7258):405-412. doi:10.1136/bmj.321.7258.405

HÌNH THÁI TỔN THƯƠNG VÀ CÁC TỔN THƯƠNG PHỐI HỢP TRONG RÁCH HOÀN TOÀN GÂN CƠ CHÓP XOAY ĐIỀU TRỊ BẰNG NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Đặng Văn Thới^{1*}, Ngô Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trên bệnh lý rách gân cơ chóp xoay thì đặc điểm hình thái tổn thương trước phẫu thuật cũng như các đặc điểm tổn thương phối hợp có khả năng ảnh hưởng đến tiên lượng phẫu thuật và mức độ hồi phục trên bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần và đánh

giá các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, cắt dọc, không đối chứng trên bệnh nhân bị bệnh lý rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay có chỉ định phẫu thuật nội soi khớp tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 10/2022 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tổn thương rách gân cơ chóp xoay với kích thước lỗ rách từ 1-3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%) và kích thước lỗ rách > 5 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất (12,8%). Rách hình chữ C chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,0%, cao gấp khoảng 4-5 lần các kiểu rách khác. Co rút gân độ I và độ II chiếm tỷ lệ rất thấp (4,2%) và co rút gân độ III chiếm tỷ lệ rất thấp (7,6%). Trong các tổn thương kèm theo ghi nhận được bao gồm rách sụn viền, rách đầu dài gân nhị đầu và chèn ép mòm cùng thì tổn thương thường gặp nhất là chèn ép mòm cùng (30,8%). **Kết luận:** Đánh

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng

²Bệnh viện Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Thới

Email: dvthoi@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

giá hình thái tổn thương và các tổn thương phối hợp với rách gân cơ chóp xoay là vấn đề rất quan trọng trong điều trị nội soi để lựa chọn kỹ thuật phù hợp trong quá trình phẫu thuật. **Từ khóa:** hình thái tổn thương, phẫu thuật nội soi, rách gân cơ chóp xoay

SUMMARY

MORPHOLOGIC CHARACTERISTICS AND CONCOMITANT LESIONS IN FULL-THICKNESS ROTATOR CUFF TEARS TREATED ARTHROSCOPICALLY AT DA NANG HOSPITAL

Background: In rotator cuff tears, the preoperative tear morphology and concomitant intra-articular/subacromial lesions may influence surgical prognosis and postoperative functional recovery. **Objectives:** To describe tear morphology in full-thickness rotator cuff tears and to assess associated lesions detected during shoulder arthroscopy. **Materials and Methods:** A retrospective-prospective, longitudinal, uncontrolled study was conducted in patients with full-thickness rotator cuff tears indicated for arthroscopic repair at Da Nang Hospital from October 2022 to July 2024. **Results:** Tears measuring 1–3 cm were most common (48.7%), whereas tears >5 cm were least frequent (12.8%). Crescent-shaped tears predominated (59.0%), approximately 4–5 times more frequent than other tear patterns. Tendon retraction was mainly grade I and grade II (46.2% each), while grade III retraction was uncommon (7.6%). Among associated lesions (labral tears, long head of biceps tendon tears, and subacromial impingement), subacromial impingement was the most frequent (30.8%). **Conclusions:** Thorough assessment of rotator cuff tear morphology and associated lesions is essential in arthroscopic management to guide selection of the most appropriate surgical technique. **Keywords:** tear morphology; arthroscopy; rotator cuff tear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý rách gân cơ chóp xoay là một trong những chấn thương vai rất phổ biến. Bệnh nhân bị rách gân chóp xoay thường than phiền về đau vai và rối loạn chức năng, hạn chế vận động. Do đó, mục tiêu điều trị chính đối với rách gân chóp xoay là giảm đau và phục hồi chức năng. Trong đa số trường hợp, gân chóp xoay bị rách thường co rút về đầu gân, vì vậy phẫu thuật viên sẽ kéo gân về đầu xa và cố định lại tại đầu bám tận bằng nhiều kỹ thuật khác nhau [1]. Phẫu thuật nội soi khâu gân cơ chóp xoay là một thủ thuật rất hữu ích để nối lại các gân bị rách và có thể mang lại kết quả chức năng và cấu trúc hợp lý cho gân cơ chóp xoay. Trong quá trình phẫu thuật, có thể quan sát thấy nhiều dạng hình thái khác nhau của tổn thương rách chóp xoay, theo nghiên cứu của tác giả DeOrio và cộng sự cho thấy các yếu tố liên quan đến thất bại của phẫu thuật bao gồm rách gân lớn hoặc nghiêm trọng,

tổn thương điểm bám của cơ delta trong lần phẫu thuật đầu tiên [2], một nghiên cứu khác của tác giả Cheon và cộng sự nhận thấy rằng xác định đúng hình thái tổn thương và lựa chọn chiến lược khâu phù hợp cơ chế bệnh sinh và mô học của từng dạng rách là yếu tố cốt lõi quyết định kết quả của phẫu thuật [3]. Từ đó nhận thấy đặc điểm hình thái tổn thương trước phẫu thuật cũng như các đặc điểm tổn thương phối hợp có khả năng ảnh hưởng đến tiên lượng phẫu thuật, mức độ hồi phục và khả năng rách tái lại ở vị trí vết khâu. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá đặc điểm hình thái tổn thương và các tổn thương phối hợp trong rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay điều trị bằng nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 39 bệnh nhân rách hoàn toàn chóp xoay có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đà Nẵng.

Tiêu chuẩn chọn:

- Dựa vào khám lâm sàng và chụp cộng hưởng từ khớp vai.

+ Lâm sàng: Đau cả khi nghỉ ngơi và vận động vai, hạn chế tầm vận động vai, dấu hiệu cánh tay rơi dương tính, test Moseley dương tính.

+ Chụp cộng hưởng từ khớp vai: cho hình ảnh rách hoàn toàn gân cơ chóp xoay.

- Rách gân cơ chóp xoay đã điều trị nội khoa bảo tồn không đỡ hoặc đỡ không đáng kể.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Rách gân cơ chóp xoay lỗ rách < 1 cm.

- Rách gân cơ chóp xoay kèm thoái hóa khớp vai.

- Diện rách rộng co rút nhiều không thể khâu lại trực tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu, cắt dọc, không đối chứng.

Cỡ mẫu: 39 bệnh nhân rách hoàn toàn chóp xoay có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Đà Nẵng.

Nội dung nghiên cứu:

Hình thái rách: kích thước (3 mức), hình thái C/U/L/rách rất lớn, độ co rút I/II/III.

Tổn thương phối hợp qua nội soi: rách sụn viền, rách đầu dài gân nhị đầu, chèn ép mỏm cùng.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

- Phương pháp thu thập:

+ Hồi tiền sử, bệnh sử

+ Khám lâm sàng và chấm điểm theo thang điểm UCLA (University of California at Los Angeles)

+ Chụp cộng hưởng từ khớp vai

+ Bảng thu thập số liệu

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và Excel 2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 21 bệnh nhân là nam (53,8%) và 18 bệnh nhân là nữ (46,2%), chiếm tỷ lệ gần tương đương nhau. Độ tuổi trung bình là $56,2 \pm 10,3$ tuổi với nhóm 50 – 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,6%. Nguyên nhân bệnh lý rách gân cơ chóp xoay gần như tương đương nhau giữa 2 nhóm chấn thương và thoái hóa. Thời gian từ lúc đau đến lúc phẫu thuật từ 6 - 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 41,0%. Kết quả khảo sát hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần và đánh giá các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai, nghiên cứu ghi nhận:

3.1. Hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần

Bảng 1. Kích thước lỗ rách

Kích thước lỗ rách	n	Tỷ lệ %
Vừa (1-3 cm)	19	48,7
Lớn (>3-5 cm)	15	38,5
Rất lớn (>5 cm)	5	12,8
Tổng cộng	39	100

Nhận xét: Kích thước lỗ rách từ 1-3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,7% và kích thước lỗ rách >5 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất với 12,8%.

Bảng 2. Hình thái rách

Hình thái rách	n	Tỷ lệ %
Rách hình chữ C	23	59,0
Rách hình chữ U	5	12,8
Rách hình chữ L	6	15,4
Rách rất lớn	5	12,8
Tổng cộng	39	100

Nhận xét: Rách hình chữ C chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,0%, cao gấp khoảng 4-5 lần các hình thái khác.

Bảng 3. Độ co rút gân

Độ co rút gân	n	Tỷ lệ %
Độ I	18	46,2
Độ II	18	46,2
Độ III	3	7,6
Tổng cộng	39	100

Nhận xét: Co rút gân độ I và độ II chiếm tỷ lệ rất cao với 46,2% và co rút gân độ III chiếm tỷ lệ rất thấp với 7,6%.

3.2. Các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai

Bảng 4. Các tổn thương kèm theo rách chóp xoay

Tổn thương kèm theo	n	Tỷ lệ %
Rách sụn viền	2	5,1
Rách đầu dài gân nhị đầu	6	15,4
Chèn ép mòm cùng	12	30,8

Nhận xét: Tổn thương kèm theo rách chóp xoay hay gặp nhất là chèn ép mòm cùng chiếm tỷ lệ 30,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hình thái rách gân cơ chóp xoay trong rách toàn phần. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lỗ rách kích thước vừa (1–3 cm) chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%), tiếp đến là rách lớn (>3–5 cm) 38,5%, và rách rất lớn (>5 cm) 12,8%. Nhận thấy tổn thương rách gân cơ chóp xoay chủ yếu ở mức độ vừa và lớn, mức độ rách rất lớn ghi nhận thấp. Điều này cũng được ghi nhận tương tự với một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Lê Gia Ánh Thy và cộng sự vào năm 2023 cũng ghi nhận rách 1–3 cm chiếm 55,70%, rách 3–5 cm chiếm 35,44% và rách >5 cm chiếm 8,86% [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ rách rất lớn cao hơn (12,8% so với 8,86%), sự khác biệt này có thể do sự khác biệt cơ cấu bệnh nhân theo tuyến điều trị, thời gian từ khởi phát đến phẫu thuật (6–12 tháng chiếm 41,0% trong nghiên cứu này), và tiêu chuẩn chọn mẫu có sự khác biệt (loại trừ lỗ rách <1 cm). Về mặt tiên lượng, theo nghiên cứu của tác giả DeOrio và Cofield nhận thấy rằng rách gân lớn là yếu tố liên quan đến thất bại sau lần khâu đầu tiên [2]. Do đó, tỷ lệ rách rất lớn trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh mức độ theo dõi sau phẫu thuật cho bệnh nhân một cách chặt chẽ hơn nhằm để hạn chế nguy cơ rách lại.

Rách hình chữ C là hình thái thường gặp nhất (59,0%), cao hơn rõ rệt so với chữ U (12,8%), chữ L (15,4%), nhóm rách rất lớn chiếm 12,8%. Hình thái tổn thương này khá tương đồng với nghiên cứu trong nước của tác giả Hoàng Minh Thăng, trong đó rách chữ C (54,8%), chữ U (12,9%), chữ L (29,0%) và nghiên cứu ngoài nước của tác giả Shin và Lee vào năm 2025 ghi nhận rách hình chữ C là kiểu rách phổ biến nhất trong nhóm rách chóp xoay toàn phần, đồng thời tác giả nhận thấy kiểu rách liên quan đến kích thước rách và nguy cơ rách lại sau khâu nội soi, đặc biệt các dạng L có xu hướng đi kèm rách lớn và rách rất lớn, đồng thời có tỷ lệ rách lại cao hơn so với các kiểu rách khác [5][6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng

nhận thấy việc rách hình chữ C chiếm ưu thế có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng vì thường cho phép thực hiện khâu phục hồi với đường khâu tương đối thuận lợi hơn, trong khi các rách dạng U, L dễ gây tăng lực căng tại đường khâu và tăng nguy cơ rách lại nên cần ưu tiên làm giảm mức độ căng tại vị trí khâu trước khi nối về đầu bám tận.

Nghiên cứu ghi nhận co rút độ I và II đều chiếm 46,2%, còn độ III chỉ chiếm 7,6%. Kết quả này cho thấy phần lớn trường hợp rách toàn phần trong mẫu nghiên cứu vẫn thuộc nhóm co rút nhẹ và trung bình, tức khả năng phục hồi giải phẫu thường thuận lợi hơn. Tỷ lệ này tương đồng của nghiên cứu tác giả Hoàng Minh Thăng với độ I 38,7%, độ II 54,8%, độ III 6,5%. Về cơ chế, hầu hết trường hợp gân rách có xu hướng co rút về phía đầu gần, vì vậy trong mổ nội soi thường cần bộc lộ và kéo gân về đầu xa để cố định lại [5]. Vì vậy, việc ghi nhận độ co rút không chỉ mang ý nghĩa mô tả mà còn giúp dự báo mức độ khó, chuẩn bị các thao tác và kỹ thuật khâu phù hợp.

4.2. Các tổn thương phối hợp phát hiện qua nội soi khớp vai. Trong các tổn thương kèm theo, chèn ép móm cùng gặp nhiều nhất (30,8%), tiếp theo rách đầu dài gân nhị đầu (15,4%) và rách sụn viền (5,1%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Hoàng Minh Thăng, tỷ lệ rách sụn viền (16,1%) cao hơn đáng kể, còn rách đầu dài gân nhị đầu (12,9%) tương đối gần với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt về tỷ lệ rách sụn viền có thể do sự khác nhau trong tiêu chuẩn chẩn đoán, đặc điểm bệnh nhân và kỹ thuật nội soi của hệ thống trong từng quy trình phẫu thuật [5]. Với gân cơ nhị đầu, các nghiên cứu kinh điển cho thấy tổn thương nhị đầu thường đi kèm rách chóp xoay và có thể gây đau nhiều, can thiệp cắt gân được xem là lựa chọn hiệu quả trong bối cảnh rách chóp xoay không thể khâu hoặc khó khâu kèm tổn thương nhị đầu. Vì vậy, tỷ lệ tổn thương đầu dài gân nhị đầu khoảng 15% trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rõ hơn giá trị của việc đánh giá thường quy cấu trúc gân cơ nhị đầu trong mổ nội soi và cá thể hóa điều trị.

Đối với chèn ép móm cùng, tỷ lệ 30,8% cho thấy các biến đổi dưới móm cùng là thường gặp trong nhóm bệnh nhân rách toàn phần. Tuy nhiên, bằng chứng hiện đại cho thấy vai trò của

giải ép dưới móm cùng kèm theo khâu chóp xoay còn tranh luận như trong nghiên cứu của tác giả Longo và cộng sự nhận thấy kết cục dài hạn của nhóm khâu chóp xoay không kèm giải ép có thể cao hơn nhóm có giải ép [7]. Do đó, phát hiện chèn ép móm cùng trong nội soi nên được cân nhắc cùng hình thái móm cùng, gai xương, mức độ cọ xát và chiến lược khâu nhằm tránh giải ép cho mọi trường hợp nếu không có chỉ định rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 39 bệnh nhân rách hoàn toàn gân chóp xoay điều trị nội soi cho thấy kích thước lỗ rách chủ yếu ở mức vừa (48,7%) và lớn (38,5%), kiểu chữ C ghi nhận chiếm ưu thế với 59,0% và co rút độ I-II là chủ yếu (46,2%). Các tổn thương phối hợp thường gặp là chèn ép móm cùng (30,8%) và rách đầu dài gân nhị đầu (15,4%). Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy việc đánh giá hình thái tổn thương và các tổn thương phối hợp với rách gân cơ chóp xoay có thể là một vấn đề rất quan trọng trong điều trị nội soi để lựa chọn kỹ thuật phù hợp trong quá trình phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nakamizo, H. (2015).** Arthroscopic repair for subacromial incarceration. *Asia-Pacific Journal of Sports Medicine*, 2, 90–94.
2. **DeOrio, J. K., & Cofield, R. H. (1984).** Results of a second attempt at surgical repair. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 66, 563–567.
3. **Cheon, S. J., Lee, H. Y., & Jeon, W. K. (2018).** Arthroscopic treatment for intratendinous rotator cuff tear results in satisfactory clinical outcomes and structural integrity. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 26(12), 3797–3803.
4. **Lê, G. A. T. et al. (2023).** Điều trị rách toàn phần chóp xoay qua nội soi. *Tạp chí Y học Cần Thơ*, 68, 1–6.
5. **Hoàng, M. T. et al. (2022).** Đặc điểm tổn thương chóp xoay. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 149(1), 117–125.
6. **Shin, S. J., & Lee, S. (2025).** The Prevalence of Tear Patterns and Their Effects on Tendon Healing After Arthroscopic Surgery in Patients With Full-Thickness Rotator Cuff Tears. *The American Journal of Sports Medicine*, 53(3), 583–591.
7. **Longo, U. G., et al. (2020).** Rotator cuff repair with and without subacromial decompression. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 21, 24.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG METFORMIN TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 CÓ GIẢM MỨC LỌC CẦU THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA SƠN TÂY

Vương Đình Hà¹, Nguyễn Thị Huyền Thương¹, Nguyễn Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét việc sử dụng thuốc Metformin trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây có giảm mức lọc cầu thận (eGFR < 45 mL/ph/1,73m²) giai đoạn 2024–2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của 148 bệnh nhân ĐTĐ type 2 ngoại trú được theo dõi eGFR. Tập trung phân tích 6 bệnh nhân (4,1%) có giảm eGFR kéo dài (<45) qua hai lần đo liên tiếp. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm eGFR giảm kéo dài là 66,8 năm, thời gian điều trị Metformin trung bình 26 tháng. Mức độ thay đổi eGFR (giảm) dao động từ Δ eGFR dao động từ -3 đến -15 mL/ph/1,73m². Hai bệnh nhân giảm mạnh xuống mức eGFR < 30 mL/ph/1,73m². Xử trí điều trị: 100% bệnh nhân eGFR < 30 được ngừng Metformin. Tổng cộng, 50% bệnh nhân có eGFR < 45 được ngừng Metformin và thay thế bằng Insulin. 33,3% được giảm liều. **Kết luận:** Việc sử dụng Metformin trên bệnh nhân có giảm eGFR tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây nhìn chung phù hợp với khuyến cáo hiện hành, đặc biệt trong các trường hợp suy thận nặng. Tuy nhiên, cần chuẩn hóa quy trình theo dõi eGFR và đảm bảo tính nhất quán trong điều chỉnh liều.

SUMMARY

OBSERVATIONS ON METFORMIN USE IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AND REDUCED GLOMERULAR FILTRATION RATE AT SON TAY GENERAL HOSPITAL, 2024–2025

Objective: To assess the use of Metformin in patients with T2DM who have reduced renal function (eGFR <45 mL/min/1.73m²) during outpatient management at Son Tay General Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on electronic medical records from April 2024 to April 2025. Patients receiving Metformin who had at least two measurements of serum creatinine and eGFR were included. Clinical characteristics, patterns of eGFR decline, and adjustments in Metformin therapy were analyzed. Data were processed using SPSS 20.0. **Results:** Among 148 patients reviewed, six patients (4.1%) had persistent reduction in eGFR <45 mL/min/1.73m² across two consecutive measurements. The mean age was 66.8 years, and the mean duration of Metformin therapy was 26

months. Changes in eGFR ranged from -3 to -15 mL/min/1.73m², with two patients declining to eGFR 29 mL/min/1.73m². Regarding therapeutic adjustment, Metformin was discontinued and replaced with insulin in 50% of cases; 33.3% had dose reduction, and 16.7% had Metformin withdrawn from combination therapy. All patients with eGFR <30 mL/min/1.73m² were appropriately discontinued from Metformin in accordance with national and international guidelines. **Conclusion:** The use of Metformin in patients with reduced renal function at Son Tay General Hospital was generally consistent with current recommendations, particularly in cases with severe decline in eGFR. Nonetheless, inconsistencies remain in monitoring renal function and adjusting Metformin dosage. Strengthening systematic eGFR surveillance and standardizing dose adjustment protocols are necessary to ensure safe and effective Metformin therapy.

Keywords: Type 2 diabetes, Metformin, eGFR, renal impairment, drug safety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 (ĐTĐ type 2) là bệnh không lây nhiễm có tốc độ gia tăng nhanh tại Việt Nam, tạo ra gánh nặng lớn về y tế và kinh tế - xã hội. Kiểm soát đường huyết chặt chẽ đóng vai trò quan trọng trong giảm thiểu các biến chứng tim mạch và vi mạch, trong đó biến chứng thận là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn và suy thận giai đoạn cuối.

Metformin hiện được xem là thuốc điều trị nền đầu tay trong quản lý ĐTĐ type 2 nhờ hiệu quả cao, an toàn và chi phí thấp. Tuy nhiên, Metformin được thải trừ chủ yếu qua thận, vì vậy mức lọc cầu thận (eGFR) là yếu tố quyết định về chỉ định, chống chỉ định và điều chỉnh liều. Sử dụng Metformin trên bệnh nhân có eGFR thấp làm tăng nguy cơ nhiễm toan lactic - biến chứng hiểm nhưng có thể đe dọa tính mạng. Các hướng dẫn của Bộ Y tế (2024), ADA và KDIGO đều nhấn mạnh: không khởi trị Metformin khi eGFR <45 mL/ph/1,73m² và phải ngừng thuốc khi eGFR <30 mL/ph/1,73m².

Tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, Metformin được kê đơn rộng rãi cho bệnh nhân điều trị ngoại trú. Tuy nhiên, qua rà soát hồ sơ các năm gần đây, bệnh viện ghi nhận tình trạng một số bệnh nhân vẫn tiếp tục sử dụng Metformin dù có eGFR giảm, dẫn đến nhiều đơn thuốc bị Bảo

¹Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Thương

Email: dsthuongbvst@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

hiểm Y tế xuất toán và tiềm ẩn nguy cơ mất an toàn trong điều trị.

Hiện tại, bệnh viện chưa có nghiên cứu nào đánh giá hệ thống việc sử dụng Metformin ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 có giảm mức lọc cầu thận. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết phải khảo sát thực trạng, phát hiện nguy cơ, từ đó đề xuất các biện pháp cải thiện kê đơn an toàn và hợp lý dựa trên phân tầng chức năng thận.

Sự tiến triển của Bệnh thận mạn ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 đòi hỏi sự theo dõi chức năng thận chặt chẽ. Các hướng dẫn lâm sàng quốc tế (ADA, KDIGO) đều nhấn mạnh tần suất đo eGFR và albumin niệu (ACR) phải được thực hiện định kỳ, đặc biệt là ở những bệnh nhân có eGFR < 60 mL/ph/1,73m². Việc này không chỉ giúp phân tầng nguy cơ mà còn là cơ sở để kịp thời hiệu chỉnh liều hoặc ngừng Metformin khi eGFR giảm (đặc biệt khi eGFR < 45 mL/ph/1,73m²), nhằm ngăn ngừa biến chứng nguy hiểm là nhiễm toan lactic.

Tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây, dù có nhận định về việc tiếp tục sử dụng Metformin trên bệnh nhân eGFR giảm, nhưng hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá hệ thống để làm rõ thực trạng tuân thủ theo dõi eGFR và tính nhất quán trong điều chỉnh liều theo khuyến cáo. Điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết phải khảo sát thực trạng, phát hiện nguy cơ, từ đó đề xuất các biện pháp cải thiện kê đơn an toàn và hợp lý dựa trên phân tầng chức năng thận.

Xuất phát từ yêu cầu thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nhận xét sử dụng thuốc Metformin trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây năm 2024–2025 có giảm mức lọc cầu thận*" nhằm hai mục tiêu:

1. Thực trạng sử dụng thuốc Metformin trên bệnh nhân đái tháo đường điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024 - 2025.

2. Nhận xét việc sử dụng thuốc Metformin trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2024 - 2025 có giảm mức lọc cầu thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây trong giai đoạn từ tháng 4/2024 đến tháng 4/2025, có giảm mức lọc cầu thận.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Được chẩn

đoán đái tháo đường type 2. Bệnh nhân có hai lần đo eGFR liên tiếp <45mL/ph/1,73m² (tính theo công thức CKD-EPI 2021), cách nhau tối thiểu 6 tháng, để xác định tình trạng giảm eGFR kéo dài/tiến triển. Hồ sơ đầy đủ thông tin về thuốc điều trị, liều Metformin, tuổi và giới.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Hồ sơ thiếu dữ liệu để tính eGFR. Bệnh nhân đang mang thai hoặc mắc bệnh cấp cứu nặng gây thay đổi tạm thời chức năng thận. Hồ sơ không đầy đủ thông tin về đơn thuốc Metformin.

2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Thời gian thu thập dữ liệu: 5/2025 – 10/2025. Khoảng thời gian trích số liệu: 4/2024 – 4/2025. Địa điểm: Phòng khám Nội tiết và Phòng Kế hoạch tổng hợp – Bệnh viện Đa khoa Sơn Tây.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cỡ mẫu tối thiểu được tính toán theo công thức ước tính tỷ lệ. Với độ tin cậy 95% (Z=1.96), sai số chấp nhận 5% (E=0.05), và tỷ lệ biến chứng thận ước tính p=0.1 (dựa trên nghiên cứu ADVANCE), cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 139 bệnh nhân. Nghiên cứu đã áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ đối với các hồ sơ bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn. Tổng số hồ sơ được đưa vào phân tích là 148, lớn hơn cỡ mẫu tối thiểu tính toán, do đó đảm bảo được tính đại diện và độ tin cậy thống kê.

2.2.2 Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 20. Mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) được tính theo công thức CKD-EPI 2021, sử dụng các biến số Creatinin máu, tuổi và giới tính. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến sẽ được áp dụng để đánh giá mối liên hệ độc lập giữa các yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Số lượng bệnh nhân có mức lọc cầu thận giảm <45 mL/ph/1,73m². Kết quả khảo sát tại ba thời điểm cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có eGFR <45 mL/ph/1,73m² giảm dần theo thời gian. Cụ thể: tháng 4/2024 có 98/148 bệnh nhân (66,2%); tháng 10/2024 có 86/148 trường hợp (58,1%); và tháng 4/2025 có 47/148 trường hợp (31,8%). Đặc biệt, chỉ có 6 bệnh nhân có hai lần liên tiếp eGFR <45, chiếm 4,1% tổng số theo dõi

3.2. Thông tin bệnh nhân có eGFR giảm dưới 45 mL/ph/1,73m²