

bị hạ phospho máu, cho thấy tình trạng thiếu phospho vẫn phổ biến và có ý nghĩa tiên lượng quan trọng trong HCNAL (2).

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ SDD của trẻ bệnh nặng vẫn còn cao, đặc biệt ở nhóm dưới 5 tuổi. Do đó, cần có chiến lược sàng lọc và hỗ trợ điều trị dinh dưỡng sớm cho trẻ nhập khoa hồi sức, đặc biệt chú trọng nhóm SDD cấp và mạn. HCNAL có tỉ lệ cao, nhất là ở trẻ > 2 tuổi và có nuôi ăn tĩnh mạch. Do đó, cần lưu ý nguy cơ HCNAL khi nhập khoa Hồi sức, đặc biệt trên các nhóm trẻ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Vinh, Nguyễn Thị Nguyên, Phùng Nguyễn Thế Nguyên.** Tình trạng dinh dưỡng và diễn tiến trên trẻ 1-59 tháng điều trị tại khoa Hồi sức Tích cực - Chống độc bệnh viện Nhi đồng 1 Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm. 2015;13(5):9-14.
2. **Nguyễn Thị Thu Hậu, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Đỗ Nguyên.** Hạ phospho máu và hội chứng nuôi ăn lại. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(4):126-35.
3. **Doig G. S., Simpson F., Heighes P. T., Bellomo R., Chesher D., Caterson I. D., et al.** Restricted versus continued standard caloric

- intake during the management of refeeding syndrome in critically ill adults: a randomised, parallel-group, multicentre, single-blind controlled trial. *Lancet Respir Med.* 2015;3(12):943-52.
4. **Mehta N. M., Bechard L. J., Zurakowski D., Duggan C. P., Heyland D. K.** Adequate enteral protein intake is inversely associated with 60-d mortality in critically ill children: a multicenter, prospective, cohort study. *Am J Clin Nutr.* 2015;102(1):199-206.
5. **Wong J. J., Ong C., Han W. M., Mehta N. M., Lee J. H.** Survey of contemporary feeding practices in critically ill children in the Asia-Pacific and the Middle East. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2016;25(1):118-25.
6. **Keehn A., O'Brien C., Mazurak V., Brunet-Wood K., Joffe A., de Caen A., et al.** Epidemiology of interruptions to nutrition support in critically ill children in the pediatric intensive care unit. *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2015;39(2):211-7.
7. **Rungsattatharm L., Kongkiattikul L., Samransamruajkit R., Chomtho S.** Achievement of nutritional goals after a pediatric intensive care unit nutrition support guideline implementation. *Clin Nutr ESPEN.* 2022;50:277-82.
8. **Martínez Martínez A, Rodríguez Vignoli A de L, Telechea Ortiz HM.** Prevalence of Refeeding Syndrome in a Pediatric Intensive Care Unit. *Andes Pediatrica.* 2025;96(1):59-66.

HÌNH THÁI LÂM SÀNG KHE HỞ VÒM MIỆNG KHÔNG TOÀN BỘ CỦA BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM - CUBA GIAI ĐOẠN 2019- 2025

Nguyễn Trung Nghĩa^{1,2}, Phùng Thị Thu Hà^{1,2}, Nguyễn Hồng Nhung¹, Nguyễn Cao Thắng¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán khe hở vòm miệng không toàn bộ được điều trị tại khoa Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Việt Nam - Cuba trong giai đoạn từ năm 2019-2025. Kết quả nghiên cứu cho thấy: khe hở vòm miệng không toàn bộ gặp ở nữ nhiều hơn, độ dài khe hở vòm miệng không toàn bộ trung bình là $24,17 \pm 6,71\text{mm}$; chiều rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trung bình là $12,46 \pm 3,6\text{mm}$; chiều rộng khe hở qua gai mũi sau trung bình là $5,80 \pm 4,31\text{mm}$; khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trung bình là $17,23 \pm 2,80\text{mm}$; khoảng cách nhỏ nhất là 13mm và lớn nhất là 25mm; các thông số về kích thước khe hở ở nam giới có xu hướng lớn hơn so với ở nữ giới.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cuba

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Nghĩa

Email: trungnghia.dentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026

SUMMARY

CLINICAL MORPHOLOGY OF INCOMPLETE CLEFT PALATE IN PATIENTS TREATED AT VIETNAM-CUBA FRIENDSHIP HOSPITAL, 2019-2025

A retrospective study was conducted on 35 patients diagnosed with incomplete cleft palate who were treated at the Department of Plastic Surgery, Vietnam-Cuba Hospital, from 2019 to 2025. The findings showed that incomplete cleft palate occurred more frequently in females. The average length of the incomplete cleft palate was $24.17 \pm 6.71\text{ mm}$; the average width of the cleft at the level of the uvular neck was $12.46 \pm 3.6\text{ mm}$; the average width at the posterior nasal spine was $5.80 \pm 4.31\text{ mm}$. The average distance from the uvula tip to the posterior pharyngeal wall was $17.23 \pm 2.80\text{ mm}$, with a minimum of 13 mm and a maximum of 25 mm. Overall, cleft dimensions tended to be greater in males than in females.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở vòm miệng là một trong những dị tật bẩm sinh phổ biến nhất trong lĩnh vực phẫu thuật tạo hình, ảnh hưởng đến hàng triệu trẻ em trên toàn thế giới. Dị tật này không chỉ gây ra những khó khăn trong việc ăn uống, nói năng mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến tâm lý và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, khe hở vòm miệng vẫn là một thách thức lớn đối với ngành Răng Hàm Mặt, đặc biệt là tại các nước đang phát triển như Việt Nam, nơi tỷ lệ mắc bệnh còn cao và điều kiện chăm sóc y tế còn hạn chế.

Trong số các dạng khe hở vòm miệng, khe hở vòm miệng mềm có những đặc điểm riêng biệt về giải phẫu và chức năng. Khác với khe hở vòm miệng cứng hay khe hở môi vòm miệng toàn bộ, khe hở vòm miệng mềm chủ yếu ảnh hưởng đến chức năng phát âm và nuốt, gây ra các vấn đề như nói giọng mũi, khó phát âm và trào ngược, sặc thức ăn. Điều này ảnh hưởng lớn đến khả năng giao tiếp, hòa nhập xã hội và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Nghiên cứu này nhằm cung cấp dữ liệu về hình thái khe hở vòm miệng không toàn bộ của những bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba trong giai đoạn 2019 – 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là những bệnh nhân được chẩn đoán khe hở vòm miệng không toàn bộ được điều trị tại khoa Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Việt Nam – Cuba trong giai đoạn từ năm 2019- 2025

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Là các bệnh nhân có khe hở vòm miệng không toàn bộ

+ Tuổi phẫu thuật: trên 9 tháng

+ Bệnh nhân có sự đồng ý tham gia nghiên cứu (có chữ ký đồng ý của phụ huynh hoặc người giám hộ đối với trẻ em).

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có các dị tật bẩm sinh khác đi kèm (như hội chứng di truyền).

+ Bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

- Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện (nghiên cứu được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ).

2.3. Biến số nghiên cứu

Tên biến số	Loại biến	Định nghĩa biến
Giới tính	Nhi phân	Nam/Nữ

Tuổi tại thời điểm khám	Phân loại	<12 tháng, từ 12-24 tháng, >24 tháng
Độ dài khe hở trước mũi	Liên tục	mm
Độ rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trước mũi	Liên tục	mm

2.4. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để phân tích dữ liệu thu thập được. Các chỉ số thống kê được trình bày với độ tin cậy 95%, với mức độ ý nghĩa thống kê được đặt ở $p < 0.05$.

2.5. Biện pháp khống chế sai số. Sử dụng phiếu thu thập số liệu chuẩn hóa đã được kiểm tra trước khi triển khai.

Kiểm tra độ chính xác của các dữ liệu đầu vào từ hồ sơ bệnh án.

Phân tích và xử lý sai số bằng các phương pháp thống kê phù hợp, bao gồm khống chế sai số mẫu và các sai số hệ thống có thể xảy ra trong quá trình thu thập và đánh giá dữ liệu

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện sau khi được đồng ý bởi Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc gia Hà Nội và Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam – Cuba.

Các số liệu, thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	13	37,14
Nữ	22	62,86
Tổng	35	100

Nhận xét: Nghiên cứu thực hiện trên 35 đối tượng tham gia, trong đó tỷ lệ nữ giới có khe hở vòm miệng không toàn bộ chiếm đa số với 62,86%, cao hơn so với nam giới chiếm 37,14%.

Bảng 2: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Nhóm tuổi (tháng)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<12 tháng	1	2,86
12–24 tháng	21	60,00
>24 tháng	13	37,14
Tổng	35	100

Nhận xét: Trong các đối tượng được nghiên cứu, nhóm đối tượng từ 12-24 tháng tuổi có khe hở vòm miệng không toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất là 60% với 21 bệnh nhân, tiếp đến là nhóm đối tượng nghiên cứu từ 2 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ 37,14% với 13 bệnh nhân. Chỉ có 1 trường hợp bệnh nhân dưới 1 tuổi được điều trị phẫu thuật trong nghiên cứu này.

Bảng 3: Phân loại khe hở vòm miệng

theo hình thái lâm sàng

Hình thái	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khe hở vòm miệng mềm	9	25,7
Khe hở vòm không toàn bộ	26	74,3
Tổng	35	100

Nhận xét: Phân loại theo hình thái lâm sàng, bệnh nhân có khe hở vòm không toàn bộ chiếm đa số với tỷ lệ 74,3% tương ứng với 26 trường hợp. Tỷ lệ bệnh nhân có khe hở vòm miệng mềm thấp hơn, chiếm 25,7%.

Bảng 4: Kích thước khe hở trước phẫu thuật

Đặc điểm	Giá trị trung bình \pm SD	Min-Max
Độ dài khe hở trước mổ (mm)	24,17 \pm 6,71	14 – 40
Chiều rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trước mổ (mm)	12,46 \pm 3,6	5 – 20
Chiều rộng khe hở qua gai mũi sau trước mổ (mm)	5,80 \pm 4,31	0 – 12
Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trước mổ (mm)	17,23 \pm 2,80	13 – 25

Nhận xét: Trước phẫu thuật, độ dài khe hở trung bình của bệnh nhân có khe hở vòm miệng không toàn bộ là 24,17 \pm 6,71mm. Trong đó, độ dài khe hở lớn nhất là 40mm và nhỏ nhất là 14mm.

Chiều rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trước mổ có kích thước trung bình là 12,46 \pm 3,6mm, trong khi chiều rộng khe hở qua gai mũi sau nhỏ hơn, trung bình là 5,80 \pm 4,31mm.

Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trước mổ có kích thước trung bình là 17,23 \pm 2,80mm, với khoảng cách nhỏ nhất là 13mm và lớn nhất là 25mm.

Bảng 5: Đặc điểm khe hở trước phẫu thuật theo giới tính

Đặc điểm	Nam	Nữ	p
Độ dài khe hở trước mổ (mm)	25,00 \pm 6,93	23,68 \pm 6,69	0,387
Chiều rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trước mổ (mm)	13,15 \pm 3,65	12,05 \pm 3,59	0,276
Chiều rộng khe hở qua gai mũi sau trước mổ (mm)	6,85 \pm 3,48	5,18 \pm 4,70	0,582
Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trước mổ (mm)	17,31 \pm 2,72	17,18 \pm 2,91	0,900

Nhận xét: Ở tất cả các đặc điểm khảo sát, kích thước khe hở ở nam giới thường lớn hơn so với ở nữ giới. Tuy nhiên, sự khác biệt này giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, trẻ em mắc dị tật khe hở môi và vòm miệng thường được phẫu thuật muộn

hơn so với chuẩn quốc tế. Theo một số nghiên cứu và khảo sát trước đây, đa số trẻ bị khuyết tật này được mổ khi đã lớn, khoảng 5 tuổi hoặc hơn. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác mới đây lại báo cáo trẻ Việt Nam được phẫu thuật sớm hơn, ví dụ nghiên cứu của Tăng Xuân Hải¹ phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng 2–4 tuổi, với rất ít trường hợp trên 6 tuổi. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp² cho thấy tuổi trung bình phẫu thuật là 19 tháng (khoảng 1,5 năm), trong khi nghiên cứu của Abdel-Aziz³ ghi nhận độ tuổi mổ dao động từ 11 tháng đến 3 tuổi, trung bình khoảng 1 năm 4 tháng.

Phân loại khe hở vòm miệng theo hình thái lâm sàng. Về phân loại dựa trên hình thái lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 26 bệnh nhân có khe hở vòm miệng không hoàn toàn và 9 bệnh nhân có khe hở vòm miệng mềm.

Khi so sánh với các nghiên cứu khác trong nước, nghiên cứu của tác giả Tăng Xuân Hải¹ có 4 bệnh nhân có khe hở vòm miệng đơn thuần chiếm 10,53% và 34 bệnh nhân có khe hở vòm miệng kèm theo khe hở môi chiếm 89,47%. Một nghiên cứu khác của tác giả Nguyễn Quang Đức⁴ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đưa ra kết quả cho thấy khe hở vòm miệng không toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 41,9%, tiếp theo là khe hở vòm miệng toàn bộ (chiếm 29,0%), khe hở vòm miệng khác (31,2%), thấp nhất là khe hở vòm miệng mềm (12,9%).

Kích thước khe hở trước phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dài khe hở trước phẫu thuật của bệnh nhân có khe hở vòm miệng không toàn bộ trung bình là 24,17 \pm 6,71mm. Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trước mổ có kích thước trung bình là 17,23 \pm 2,80mm, với khoảng cách lớn nhất là 25mm.

Các kết quả này xuất phát từ sự hình thành khe hở vòm miệng không toàn bộ, thường do sự gián đoạn trong quá trình phát triển phôi thai từ tuần 6 đến 9, khi các mầm vòm miệng bên không hợp nhất hoàn toàn ở đường giữa. Độ dài khe hở lớn (trung bình 24 mm) do thiếu hụt mô vòm miệng, dẫn đến khoảng trống kéo dài từ vòm cứng (gai mũi sau) đến vòm mềm (cổ lưỡi gà). Chiều rộng rộng hơn ở cổ lưỡi gà (12,46 mm) so với gai mũi sau (5,80 mm) vì vòm mềm thiếu cơ nâng màn hầu, khiến mô dễ dàng tách rời hơn, trong khi vòm cứng có thể chỉ hở một phần hoặc không hở (khe hở dưới niêm mạc). Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng lớn (17,23 mm) do vòm miệng ngắn bẩm sinh và họng sâu hơn bình thường, làm suy yếu cơ chế đóng kín bằng cách ngăn cản lưỡi gà tiếp xúc hiệu quả với thành sau họng trong quá trình nói

hoặc nuốt. Sự biến thiên lớn trong giá trị lớn nhất và giá trị nhỏ nhất phản ánh sự đa dạng lâm sàng, phụ thuộc vào độ tuổi chẩn đoán (thường ở trẻ em), giới tính, và các yếu tố đồng mắc, dẫn đến họng sâu hơn và tăng nguy cơ mắc suy giảm chức năng màn hầu (Velopharyngeal insufficiency - VPI)^{5,6}.

Khe hở rộng là một bất lợi lớn cho sự thành công của phẫu thuật. Chiều rộng của khe hở vòm miệng ở vị trí gai mũi sau thể hiện độ rộng của khe hở vòm miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều rộng khe hở ở gai mũi sau có kích thước trung bình là 5,8 mm, kích thước lớn nhất ghi nhận được là 12mm, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Tuyền (2014)⁷ cũng nghiên cứu trên các bệnh nhân có khe hở môi vòm toàn bộ một bên. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Thị Lệ Châu và Nguyễn Đình Tuyền⁸, với chiều rộng của khe hở vòm miệng ở vị trí gai mũi sau trung bình là 16,1±3,4mm khi nghiên cứu trên cả các đối tượng có dị tật khe hở môi toàn bộ và không toàn bộ. Độ rộng vòm miệng trong khe hở hai bên sẽ lớn hơn so với khe hở toàn bộ một bên. Độ rộng của vòm miệng liên quan với loại khe hở vòm miệng theo Veau, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật và tiên lượng kết quả sau phẫu thuật⁹.

Ở tất cả các đặc điểm khảo sát, kích thước khe hở ở nam giới thường lớn hơn so với ở nữ giới, tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Trịnh Đỗ Văn Ngà¹⁰ và Nguyễn Thị Hồng Tuyền⁷. Sự khác biệt về kích thước khe hở giữa nam và nữ có thể do sự khác biệt sinh học trong phát triển phôi thai và hormone giới tính, mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Yoshikazu Nagase. Nghiên cứu của ông cho thấy tỷ lệ nam giới bị sút môi, hở hàm ếch hoặc hở hàm ếch nhẹ hơn, trong khi tỷ lệ nữ giới có xu hướng cao hơn khi mức độ hở hàm ếch tăng lên. Giới tính có thể đóng vai trò gián tiếp qua tốc độ phát triển: nam thường phát triển chậm hơn nữ trong giai đoạn phôi, dẫn đến nguy cơ hở lớn hơn nhẹ. Ở nam, hormone testosterone có thể ảnh hưởng đến tăng trưởng mô vòm miệng, làm tăng nhẹ độ dài và chiều rộng khe hở do sự không hợp nhất mạnh hơn ở vòm mềm (cổ lưỡi gà) và vòm cứng (gai mũi sau) (Paganini).

V. KẾT LUẬN

– Khe hở vòm miệng không toàn bộ gặp ở cả hai giới, trong đó nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ lần lượt là 62,86% và 37,14%.

– Tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm từ 12-24 tháng tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (60%), sau đó là nhóm >24 tháng và chỉ có 1 bệnh nhân <12 tháng tuổi được phẫu thuật.

– Độ dài khe hở vòm miệng trung bình là 24,17 ± 6,71mm.

– Chiều rộng khe hở qua cổ lưỡi gà trung bình là 12,46 ± 3,6mm.

– Chiều rộng khe hở qua gai mũi sau trung bình là 5,80 ± 4,31mm.

– Khoảng cách đầu lưỡi gà - thành sau họng trung bình là 17,23 ± 2,80mm; khoảng cách nhỏ nhất là 13mm và lớn nhất là 25mm.

– Các thông số về kích thước khe hở ở nam giới có xu hướng lớn hơn so với ở nữ giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tặng XH, Trần ML, Lê XT.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ bẩm sinh theo kỹ thuật Push Back tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An năm 2018 - 2021. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;511(1). doi:10.51298/vmj.v511i1.2060
2. **Văn Giáp N, Thị Trang N, Ngọc Tuyền L, Hà Lâm N, Hữu Thăng N.** Kết quả điều trị và phục hồi chức năng cho trẻ em mắc dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng tại Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội năm 2019-2021. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2022;514(2). doi:10.51298/vmj.v514i2.2637
3. **Abdel-Aziz M.** Speech outcome after early repair of cleft soft palate using Furlow technique. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2013;77(1):85-88. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.09.038
4. **Đức NQ.** Một số đặc điểm dịch tễ học và phân loại trên bệnh nhân dị tật khe hở vòm miệng điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. J 108 - Clin Med Pharmacy. Published online May 29, 2023. doi:10.52389/ydls.v18i3.1820
5. **Yetter, JF.** Cleft lip and cleft palate. Am Fam Physician. 1992;46(4):1211-1218.
6. **Stone C.** Cleft Lip and Palate: Etiology, Epidemiology, Preventive and Intervention Strategies. Anat Physiol. 2013;04(03). doi:10.4172/2161-0940.1000150
7. **Nguyễn Thị Hồng Tuyền.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật khe hở vòm miệng toàn bộ một bên theo phương pháp V-Y Pushback tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba năm 2014. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
8. **Châu HTL, Tuyền ND.** Đánh giá điều trị khe hở vòm miệng tại bệnh viện sản-nhi tỉnh Quảng Ngãi. Published online 2022.
9. **Wu R, Cheraghlou S, Parsaei Y, Travieso R, Steinbacher DM.** Does Cleft Palate Width Correlate With Veau Classification and Outcome? J Craniofac Surg. 2017;28(5). https://journals.lww.com/jcraniofacialsurgery/fulltext/2017/07000/does_cleft_palate_width_correlate_with_veau.56.aspx
10. **Trịnh Đỗ Văn Ngà.** Kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở vòm miệng toàn bộ một bên sử dụng hai vạt chữ z nhỏ đảo ngược. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.

TỶ LỆ VÀ ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Bùi Thị Minh Phượng¹, Bùi Thị Lan Anh¹,
Phạm Minh Đức¹, Nguyễn Phương Giang¹

risk. **Keywords:** Prediabetes; dyslipidemia; triglycerides; cholesterol.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và mô tả đặc điểm rối loạn lipid máu ở người tiền đái tháo đường đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 người tiền đái tháo đường. Thu thập các đặc điểm nhân trắc học, huyết áp, glucose máu lúc đói và các thành phần lipid huyết thanh. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,66 \pm 9,90$; nữ chiếm 55,8%. BMI trung bình $22,39 \pm 2,81$ kg/m², trong đó đa số có BMI bình thường. Tỷ lệ tăng huyết áp là 37,5%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung là 66,3%. Rối loạn một thành phần lipid chiếm tỷ lệ cao nhất (38,5%). Các kiểu hình thường gặp là triglyceride tăng đơn độc và cholesterol toàn phần tăng đơn độc. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu gặp với tỷ lệ cao ở người tiền đái tháo đường. Cần tầm soát lipid máu sớm nhằm góp phần giảm nguy cơ tim mạch.

Từ khóa: Tiền đái tháo đường; rối loạn lipid máu; triglyceride; cholesterol.

SUMMARY

PREVALENCE AND PATTERNS OF DYSLIPIDEMIA AMONG PREDIABETIC PATIENTS ATTENDING THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Objectives: To determine the prevalence and describe the patterns of dyslipidemia among prediabetic patients attending Thai Binh University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 104 individuals with prediabetes. Data on anthropometric characteristics, blood pressure, fasting plasma glucose, and serum lipid components were collected. **Results:** The mean age of participants was 66.66 ± 9.90 years, and females accounted for 55.8%. The mean BMI was 22.39 ± 2.81 kg/m², with most participants having a normal BMI. The prevalence of hypertension was 37.5%. The overall prevalence of dyslipidemia was 66.3%. Single-component dyslipidemia was the most common pattern (38.5%). The most frequent phenotypes were isolated hypertriglyceridemia and isolated hypercholesterolemia. **Conclusions:** Dyslipidemia is highly prevalent among prediabetic patients. Early lipid screening is necessary to help reduce cardiovascular

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền đái tháo đường là tình trạng rối loạn chuyển hóa glucose trung gian giữa bình thường và đái tháo đường, bao gồm rối loạn glucose máu lúc đói và/hoặc rối loạn dung nạp glucose. Đây là giai đoạn có nguy cơ cao tiến triển thành đái tháo đường típ 2 và các biến chứng tim mạch nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời [1]. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới, tỷ lệ tiền đái tháo đường đang gia tăng nhanh trên toàn cầu, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển [2].

Rối loạn lipid máu là một trong những rối loạn chuyển hóa thường gặp ở người tiền đái tháo đường, góp phần làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch và bệnh tim mạch. Nhiều nghiên cứu cho thấy rối loạn lipid máu có thể xuất hiện sớm ngay từ giai đoạn tiền đái tháo đường, thậm chí trước khi chẩn đoán đái tháo đường thực sự [3]. Các dạng rối loạn thường gặp bao gồm tăng triglyceride, tăng cholesterol toàn phần và giảm HDL-C, tạo nên kiểu hình rối loạn lipid máu sinh xơ vữa [4].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ rối loạn lipid máu cao ở bệnh nhân đái tháo đường; tuy nhiên, các nghiên cứu tập trung riêng nhóm người tiền đái tháo đường còn hạn chế, đặc biệt tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh và bệnh viện đại học. Việc đánh giá tỷ lệ và đặc điểm rối loạn lipid máu ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng các chiến lược tầm soát, dự phòng và can thiệp sớm nhằm giảm nguy cơ tiến triển thành đái tháo đường và biến chứng tim mạch [5].

Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tỷ lệ và đặc điểm rối loạn lipid máu ở người tiền đái tháo đường đến khám tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình" với mong muốn cung cấp thêm bằng chứng khoa học phục vụ công tác quản lý và dự phòng bệnh trong giai đoạn sớm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những người được chẩn đoán tiền đái tháo đường đến khám tại Bệnh viện Đại học

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongyt@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 6.01.2026