

của chúng tôi cho thấy chiều dài chân răng trung bình bên trái là 8.63 ± 1.67 mm và bên phải là 8.28 ± 1.65 ; chiều dài thân răng bên trái là 8.94 ± 1.57 mm và bên phải là 9.28 ± 1.54 mm; chiều dài toàn bộ RKHD bên phải là 17.46 ± 2.17 mm và bên phải là 17.51 ± 2.09 mm; đường kính thân răng bên trái là 11.95 ± 1.06 mm và bên phải là 12.10 ± 1.12 ; đường kính cổ răng bên phải là 9.42 ± 1.02 mm và bên phải là 9.59 ± 1.14 mm. Thống kê cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước RKHD bên phải và bên trái. Trần Cao Bình và cộng sự (2017) đã sử dụng 2 phương pháp chụp khác nhau là chụp X.Quang và cắt lớp chùm tia cho thấy kích thước chiều dài chân răng, chiều dài thân răng, chiều dài toàn bộ và đường kính thân răng đều thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [8]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu trong nghiên cứu này thấp và dài bệnh nhân rộng hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Các kích thước RKHD dưới trên đều cung cấp thông tin giúp cho việc tiến hành phẫu thuật nhổ được tiên lượng đúng và phù hợp. Chẳng hạn như nếu đường kính chân răng và cổ răng càng rộng thì khoảng rộng xương càng hẹp và phẫu thuật sẽ càng khó khăn hơn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy RKHD chủ yếu là mọc lệch gần, với hình dạng hai chân dạng

xuôi chiều hoặc hình dạng một hoặc nhiều chân chụm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ mọc lệch RKHD cũng như về kích thước RKHD giữa bên phải và bên trái. Kết quả này có giá trị trong ứng dụng tiên lượng độ khó trước phẫu thuật nhổ RKHD trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stanley J. Nelson, Major M.Ash Jr. – 9th ed (2010)**, "Wheeler's Dental Anatomy, Physiology, and Occlusion", Saunders Elsevier
2. **Viện đào tạo Răng Hàm Mặt**, Đại học Y Hà Nội, "Phẫu thuật miệng II" (2021).
3. **Phạm Như Hải(1999)**. Nhận xét tình trạng răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm ở sinh viên lứa tuổi 18-25 và xử trí, Luận văn thạc sỹ Y học, trường ĐHY Hà Nội.
4. **Nguyễn Y Duyên (1995)**. Góp phần nghiên cứu viêm nhiễm vùng hàm mặt do biến chứng RKHD, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
5. **Vũ Hồng Thái, Nguyễn Khang, Nguyễn Danh Long (2020)**. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng răng khôn hàm dưới theo phân loại Parant II, III tại Bệnh viện Quân y 103. 59: 159-164.
6. **Nguyễn Danh Long, Nguyễn Trần Bích (2007)**. Đánh giá dịch tễ học và các thể biến chứng do răng khôn hàm dưới mọc lệch. Y học Việt Nam. Số 1: 24-26.
7. **Mai Đình Hưng (1973)**. Nhận xét về hình thể bên ngoài 51 RKHD lệch. Nội san RHM, số 2: 17-19.
8. **Trần Cao Bình, Phạm Trần Anh Khoa (2017)**. Giá trị của phim toàn cảnh panoramara và phim cắt lớp chùm tia hình nón trong phẫu thuật răng hàm lớn thứ ba hàm dưới. Tạp chí Y học Việt Nam. 459(2): 39-42.

TƯƠNG QUAN GIỮA CHỨC NĂNG THẤT TRÁI VỚI CÁC YẾU TỐ CỦA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Vũ Thanh Bình¹, Bùi Hồng Nam¹, Trần Xuân Thủy¹,
Vũ Thị Thu Hương¹, Vũ Thị Ngọc Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối tương quan giữa chức năng thất trái với các yếu tố của hội chứng chuyển hóa (HCCH) ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành với 183 bệnh nhân ĐTĐ type 2 có HCCH và 75 bệnh nhân ĐTĐ type 2 không có HCCH tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ

tháng 2 đến hết tháng 8/2022. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $69,3 \pm 7,8$, trong đó nhóm tuổi từ 60 – 69 ở nhóm có hội chứng chuyển hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 74%). Tỷ lệ nữ/nam nhóm có HCCH là 2/1. Nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 có HCCH, có tình trạng thừa cân và chu vi vòng bụng lớn cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có HCCH (tương ứng tỷ lệ 2,5/1; 8/1), $p < 0,05$. Có mối tương quan thuận giữa chỉ số Tei thất trái, mối tương quan nghịch giữa vận tốc đỉnh sóng E, tỷ lệ E/A với nồng độ Glucose lúc đói (tương ứng $r = 0,16$, $p < 0,05$; $r = -0,16$, $p < 0,05$; $r = -0,16$, $p < 0,01$). Vận tốc đỉnh sóng E, chỉ số E/A, thời gian tổng máu tương quan nghịch với huyết áp tâm trương (tương ứng $p < 0,05$). Cung lượng tim tương quan tỷ lệ thuận mức độ yếu với huyết áp tâm thu, $r = 0,26$, $p < 0,001$. Chỉ số Tei thất trái tương quan tỷ lệ nghịch mức độ yếu với huyết áp

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: binhvt@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2023

Ngày duyệt bài: 6.4.2023

tâm thu, $r=-0,17$, $p<0,05$. Thời gian tổng máu tương quan tỷ lệ nghịch mức độ yếu với các chỉ số triglycerid, HDL-C, LDL-C (tương ứng $r=-0,1$, $p>0,05$; $r=-0,26$, $p<0,01$; $r=-0,24$, $p<0,001$). Cung lượng tim tương quan thuận mức độ yếu với chu vi vòng bụng ($p=0,005$) và chỉ số BMI ($p<0,05$). Khi phân tích hồi quy tuyến tính đa biến thấy các chỉ số lipid máu tương quan nghịch với tỷ lệ sóng E/A, thời gian co đồng thể tích, thời gian tổng máu, tỷ lệ thuận với thời gian giãn đồng thể tích và chỉ số Tei thất trái. **Kết luận:** Các yếu tố của hội chứng chuyển hóa có ảnh hưởng đến chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2 (ĐTĐ), hội chứng chuyển hóa (HCCH), chức năng toàn bộ thất trái (Tei TT)

Viết tắt: ĐTĐ: Đái tháo đường, HCCH: Hội chứng chuyển hóa, IVRT: (Isovolumic Relaxation Time) Thời gian giãn đồng thể tích, IVCT: (Isovolumic Contraction Time) Thời gian co đồng thể tích, ET: (Ejection Time) Thời gian tổng máu, CO: (Cardiac Output) Cung lượng tim.

SUMMARY

CORRELATION OF LEFT VENTRICULAR FUNCTION WITH ELEMENTS OF METABOLIC SYNDROME IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: To determine the correlation between left ventricular function and elements of metabolic syndrome (MS) in patients with type 2 diabetes mellitus (DM). **Subjects and research methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted with 183 patients with type 2 diabetes with MS and 75 patients with type 2 diabetes without MS at Thai Binh Medical University Hospital from February to the end of August 2022. **Results:** The average age of the study subjects was 69.3 ± 7.8 , the age from 60 to 69 years in the group with metabolic syndrome accounted for the highest proportion (74%). The ratio of women to men with MS is 2/1. Type 2 diabetes patients with MS, with overweight and large abdominal circumference were higher than patients without MS (2.5/1, 8/1, respectively), $p<0.05$. There is a positive correlation between the left ventricular Tei index, the inverse correlation between the wave peak velocity E, the E/A ratio with fasting glucose concentration (respectively $r=0.16$, $p<0.05$; $r=-0.16$, $p<0.05$; $r=-0.16$, $p<0.01$). E-wave peak velocity, E/A index, ejection time are inversely correlated with diastolic blood pressure (respectively $p<0.05$). Cardiac output was positively correlated with systolic blood pressure, $r=0.26$, $p<0.001$. Tei index of left ventricular was inversely correlated with systolic blood pressure, $r=-0.17$, $p<0.05$. Ejection time was inversely correlated with triglyceride levels, HDL-C, LDL-C ($r=-0.1$, $p>0.05$, respectively; $r=-0.26$, $p<0.01$; $r=-0.24$, $p<0.001$). Cardiac output was positively correlated with abdominal circumference ($p=0.005$) and BMI ($p<0.05$). When multivariate linear regression analysis found that blood lipid indicators are inversely proportional to the E/A ratio, volume contraction time, ejection time, proportional to the volume contraction time, left ventricular Tei index. **Conclusion:** Factors

of metabolic syndrome that affect left ventricular function in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, metabolic syndrome (MS), Tei index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang ngày càng gia tăng ở cả trên Thế giới và Việt Nam. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây với tốc độ phát triển đô thị hóa nhanh, kinh tế xã hội phát triển, ăn uống, chế độ sinh hoạt không lành mạnh dẫn đến tình trạng gia tăng tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính không lây truyền như béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp... Ở những bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ làm tăng các yếu tố viêm kèm theo tình trạng rối loạn chuyển hóa lipid và xuất hiện hội chứng chuyển hóa. Hội chứng chuyển hóa ở người bệnh đái tháo đường type 2 càng làm tăng mức độ trầm trọng của bệnh và để lại những biến chứng trên tim mạch. Suy giảm chức năng thất trái làm gia tăng nguy cơ tử vong do tim mạch ở những bệnh nhân đái tháo đường có hội chứng chuyển hóa. Việc xác định mối tương quan giữa các yếu tố hội chứng chuyển hóa với tình trạng suy giảm chức năng thất trái sẽ giúp tiên lượng, điều trị và dự phòng bệnh. Vì những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 183 bệnh nhân ĐTĐ type 2 có HCCH và 75 bệnh nhân ĐTĐ type 2 không có HCCH tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 2 đến hết tháng 8/2022. Chẩn đoán đái tháo đường theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2010. Chẩn đoán có HCCH theo đồng thuận của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế năm 2009.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc đái tháo đường type 2 chia làm 2 nhóm: Nhóm có hội chứng chuyển hóa và nhóm không có hội chứng chuyển hóa

- Các đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu
Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính nặng: xơ gan, suy thận mạn, các bệnh nhân dùng corticoid dài ngày (trên 1 tháng).

- Bệnh tim thực tổn: Bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh màng tim...

- Bệnh nhân bị dị tật vùng ngực, cột sống lồng ngực.

- Bệnh nhân không thể tự đứng được.

- Bệnh nhân đang trong tình trạng cấp cứu

- Hình ảnh siêu âm tim mờ

- Rung nhĩ, cuồng nhĩ
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Các chỉ số nghiên cứu:

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Chỉ số BMI, chu vi vòng bụng, nồng độ Glucose máu, Lipid máu: Triglycerid, HDL - C, LDL - C, chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương.

- Chỉ số chức năng thất trái được đo trên siêu âm-Doppler tim bao gồm: Vận tốc đỉnh sóng E, A, tỷ lệ E/A, %D, phân suất tổng máu, cung lượng tim, thời gian co, giãn đồng thể tích, thời gian tổng máu, chức năng toàn bộ thất trái.

Thu thập số liệu: Theo mẫu bệnh án thống nhất.

Xử lý số liệu: Theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 5. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới, BMI, chu vi vòng bụng (n = 258)

Nhóm tuổi		Nhóm có HCCH (183 BN)		Nhóm không HCCH (75 BN)		p
		Nam (SL, %)	Nữ (SL, %)	Nam (SL, %)	Nữ (SL, %)	
< 60		13 (19,1)	12 (10,5)	19 (35,9)	10 (45,4)	>0,05
60 – 69		30 (44,1)	44 (38,3)	18 (34,0)	7 (31,8)	
≥ 70		25 (36,8)	59 (51,3)	16 (30,2)	5 (22,7)	
BMI (kg/m ²)	< 23	61	33,3	39	52,0	<0,05
	≥ 23	122	66,7	36	48,0	
Vòng bụng	Nam < 102, nữ < 88	125	68,3	70	93,3	<0,05
	Nam ≥ 102, nữ ≥ 88	58	31,7	5	6,7	

Nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm có hội chứng chuyển hóa. Trong đó tỷ lệ nữ giới ở nhóm có HCCH cao hơn nam giới. Nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 có HCCH, có BMI ≥ 23 và vòng bụng lớn có tỷ lệ cao hơn so với nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 không có HCCH, p<0,05.

Bảng 6. Tương quan giữa chức năng thất trái với các chỉ số glucose máu (n = 183)

Chỉ số	Glucose lúc đói		HbA1c	
	r	p	r	p
E (cm/s)	- 0,16	< 0,05	- 0,04	> 0,05
A (cm/s)	0,06	> 0,05	0,08	> 0,05
E/A	- 0,20	< 0,01	- 0,10	> 0,05
IVRT (ms)	0,037	> 0,05	0,06	> 0,05
IVCT (ms)	0,14	> 0,05	0,06	> 0,05
%D	- 0,10	> 0,05	- 0,11	> 0,05
EF%	- 0,05	> 0,05	- 0,08	> 0,05
ET (ms)	- 0,17	< 0,05	- 0,12	> 0,05
CO (l/p)	- 0,4	> 0,05	- 0,09	> 0,05
Tei TT	0,16	< 0,05	0,13	> 0,05

Có mỗi tương quan nghịch mức độ yếu giữa vận tốc đỉnh sóng E, chỉ số E/A với chỉ số glucose máu lúc đói với p < 0,05.

Bảng 4. Tương quan giữa chức năng thất trái với các chỉ số lipid máu (n = 183)

Chỉ số	Triglycerit		HDL-C		LDL-C	
	r	p	r	p	r	p
E (cm/s)	- 0,10	> 0,05	0,04	> 0,05	- 0,07	> 0,05
A (cm/s)	- 0,04	> 0,05	0,05	> 0,05	0,07	> 0,05
E/A	- 0,10	> 0,05	0,04	> 0,05	- 0,18	< 0,05
IVRT (ms)	0,13	> 0,05	0,04	> 0,05	0,17	< 0,05

Chỉ số Tei thất trái có mỗi tương quan thuận mức độ yếu với chỉ số glucose máu lúc đói của bệnh nhân (p < 0,05).

Bảng 3. Tương quan giữa chức năng thất trái với các chỉ số huyết áp (n = 183)

Chỉ số	HA tâm thu		HA tâm trương	
	r	p	r	p
E (cm/s)	0,06	> 0,05	- 0,17	< 0,05
A (cm/s)	0,09	> 0,05	- 0,09	> 0,05
E/A	- 0,03	> 0,05	- 0,17	< 0,05
IVRT (ms)	0,04	> 0,05	0,08	> 0,05
IVCT (ms)	0,21	0,005	0,02	> 0,05
%D	0,02	> 0,05	- 0,05	> 0,05
EF%	0,04	> 0,05	0,04	> 0,05
ET (ms)	- 0,04	> 0,05	- 0,15	< 0,05
CO (l/p)	0,26	< 0,001	0,21	0,005
Tei TT	- 0,17	< 0,05	- 0,03	> 0,05

Có mỗi tương quan nghịch mức độ yếu giữa vận tốc đỉnh sóng E (p < 0,05), chỉ số E/A (p < 0,05), thời gian giãn đồng thể tích (p < 0,05) với HATT. Chỉ số cung lượng tim và IVCT có mỗi tương quan thuận mức độ yếu với HATT (p < 0,001) và cung lượng tim có mỗi tương quan thuận mức độ yếu với HATT (p = 0,005). Chỉ số Tei thất trái có mỗi tương quan nghịch mức độ yếu với chỉ số HATT (p < 0,05).

IVCT (ms)	0,09	> 0,05	0,08	> 0,05	0,14	> 0,05
%D	- 0,01	> 0,05	0,12	> 0,05	- 0,04	> 0,05
EF%	0,04	> 0,05	0,09	> 0,05	- 0,05	> 0,05
ET (ms)	- 0,10	> 0,05	- 0,20	< 0,01	- 0,24	0,001
CO (l/p)	0,11	> 0,05	0,03	0,721	- 0,02	> 0,05
Tei TT	0,22	< 0,01	0,09	> 0,05	0,10	> 0,05

Thời gian giãn đồng thể tích có tương quan thuận mức độ yếu với chỉ số Triglycerid ($p > 0,05$).

Thời gian giảm tốc sóng E tương quan nghịch mức độ yếu với chỉ số HDL-C ($p < 0,01$) và chỉ số LDL-C ($p = 0,01$). Chỉ số E/A có mối tương quan thuận mức độ yếu với LDL-C ($p < 0,05$).

Bảng 5. Tương quan giữa chức năng thất trái với BMI và số đo vòng bụng (n = 183)

Chỉ số	Số đo vòng bụng		BMI		WHR	
	r	p	r	p	r	p
E (cm/s)	0,01	> 0,05	- 0,01	> 0,05	- 0,05	> 0,05
A (cm/s)	0,01	> 0,05	- 0,01	> 0,05	0,04	> 0,05
E/A	- 0,03	> 0,05	- 0,03	> 0,05	- 0,03	> 0,05
IVRT (ms)	- 0,01	> 0,05	0,12	> 0,05	- 0,09	> 0,05
IVCT (ms)	- 0,02	> 0,05	0,01	> 0,05	- 0,13	> 0,05
%D	0,09	> 0,05	0,07	> 0,05	0,01	> 0,05
EF%	0,14	> 0,05	0,09	> 0,05	0,04	> 0,05
ET (ms)	- 0,04	> 0,05	- 0,05	> 0,05	- 0,04	> 0,05
CO (l/p)	0,21	0,005	0,16	< 0,05	0,04	> 0,05
Tei TT	0,08	> 0,05	0,08	> 0,05	- 0,07	> 0,05

Chỉ số cung lượng tim có tương quan thuận mức độ yếu với số đo vòng bụng ($p = 0,005$) và chỉ số BMI ($p < 0,05$).

Bảng 6. Mô hình hồi quy tuyến tính đa biến về liên quan giữa một số thông số đánh giá hình thái và chức năng thất trái với các yếu tố của HCCH (n = 183)

Chỉ số	BMI	WHR	Glucose	HbA1c	TG	LDL-C	HATT	HATTr
E/A			< 0,05			< 0,05		< 0,05
	$r = 0,30$; E/A = $1,05 - 0,01 * \text{Glucose máu lúc đói} - 0,03 * \text{LDL-C} - 0,003 * \text{HATTr}$							
EF	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	$r = 0,14$							
IVRT	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05
	$r = 0,29$; IVRT = $144,3 + 4,8 * \text{LDL-C}$							
IVCT	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,05	> 0,05	< 0,05	< 0,01	> 0,05
	$r = 0,35$; IVCT = $113,4 + 2,4 * \text{HbA1c} - 3,4 * \text{LDL-C} - 0,3 * \text{HATT}$							
ET	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	> 0,05	> 0,05
	$r = 0,32$; ET = $326,8 - 8,4 * \text{LDL-C}$							
Tei	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	< 0,01	> 0,05	> 0,05	> 0,05
	$r = 0,32$; Tei TT = $0,78 + 0,02 * \text{TG}$							

Nồng độ glucose máu lúc đói, LDL-C và HATTr càng tăng thì tỷ số E/A càng giảm với phương trình hồi quy: E/A = $1,05 - 0,01 * \text{Glucose máu lúc đói} - 0,03 * \text{LDL-C} - 0,003 * \text{HATTr}$.

Chỉ số LDL-C tăng thì thời gian giãn đồng thể tích cũng tăng với phương trình hồi quy: IVRT = $144,3 + 4,8 * \text{LDL-C}$.

Chỉ số HbA1c tăng, LDL-C giảm và HATT giảm thì thời gian co đồng thể tích giảm: IVCT = $113,4 + 2,4 * \text{HbA1c} - 3,4 * \text{LDL-C} - 0,3 * \text{HATT}$.

Chỉ số LDL-C càng tăng thì ET càng giảm với phương trình hồi quy: ET = $326,8 - 8,4 * \text{LDL-C}$.

Chỉ số triglycerid tăng thì Tei TT càng tăng với phương trình hồi quy: Tei TT = $0,78 + 0,02 * \text{TG}$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của tuổi, giới, BMI, chu vi vòng bụng ở 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân ĐTĐ có HCCH trong nghiên cứu là $69,3 \pm 7,8$, trong đó nhóm tuổi trên 60 chiếm 85%. Đây là nhóm tuổi rất hay gặp ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 như nghiên cứu của Nghiên cứu của Đặng Huỳnh Anh Thư tuổi trung bình của bệnh nhân có HCCH là $61,7 \pm 5,8$ tuổi (45 tuổi - 71 tuổi) [1]. Trong 183 bệnh nhân có 115 bệnh nhân nữ chiếm 62,8%, cao hơn bệnh nhân là nam (37,2%). Kết quả các nghiên cứu cho thấy bệnh thừa cân, béo phì và đái tháo đường có mối liên hệ mật thiết với nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi vòng bụng của bệnh nhân trung bình là $87,7 \pm 7,4$ (55 - 104) cm, tỷ lệ bệnh nhân có vòng bụng lớn là

76,8%, cao hơn nhóm không có vòng bụng lớn là 23,2%. Kết quả này tương tự như các tác giả Đặng Huỳnh Anh Thư có tỷ lệ bệnh nhân có vòng bụng lớn chiếm tỷ lệ cao [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi vòng bụng của bệnh nhân trung bình là $87,7 \pm 7,4$ (55 - 104) cm, tỷ lệ bệnh nhân có vòng bụng lớn là 76,8%, cao hơn nhóm không có vòng bụng lớn là 23,2%.

Tương quan giữa chức năng thất trái với chỉ số Glucose máu: Phân tích mối tương quan giữa chức năng thất trái với chỉ số Glucose máu chúng tôi thấy có mối tương quan tỷ lệ nghịch mức độ yếu giữa vận tốc đỉnh sóng E, chỉ số E/A với chỉ số glucose máu lúc đói với $p < 0,05$. Chức năng tâm trương của thất trái giảm khi chỉ số đường máu lúc đói tăng. Tương tự nghiên cứu của Shun Yokota đánh giá tác động của biến thiên đường huyết lên chức năng tâm trương của thất trái ở 100 bệnh nhân ĐTĐ type 2 không triệu chứng tim mạch với phân suất tổng máu được bảo tồn và không có bệnh mạch vành. Biến thiên đường huyết được đánh giá là độ lệch chuẩn của mức đường huyết khi sử dụng hệ thống theo dõi đường huyết liên tục trong ít nhất 72 giờ liên tục. Chức năng tâm trương của thất trái được xác định là E và E/e'. Kết quả tác giả cho thấy E/e' ở những bệnh nhân có biến thiên đường huyết cao ($\geq 35,9$ mg/dL) cao hơn đáng kể so với ở những bệnh nhân có biến thiên đường huyết thấp ($11,3 \pm 3,9$ mg/dL so với $9,8 \pm 2,8$ mg/dL, $p = 0,03$) mặc dù tuổi, phân bố giới tính và HbA1c tương đương nhau. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy glucose máu $\geq 35,9$ mg/dL (OR: 3,67; 95%CI: 1,02 - 13,22; $p < 0,05$) là yếu tố liên quan độc lập làm giảm chức năng tâm trương thất trái trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 [2].

Tương quan giữa chức năng thất trái với chỉ số huyết áp: Chúng tôi thấy có mối tương quan nghịch mức độ yếu giữa vận tốc đỉnh sóng E ($p < 0,05$), chỉ số E/A ($p < 0,05$), thời gian giãn đồng thể tích ($p < 0,05$) với HATTr. Chỉ số cung lượng tim và IVCT có mối tương quan thuận mức độ yếu với HATT ($p < 0,001$) và cung lượng tim có mối tương quan thuận mức độ yếu với HATT ($p = 0,005$). Chỉ số Tei thất trái có mối tương quan nghịch mức độ yếu với chỉ số HATT ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Bùi Thị Quyên ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 cho thấy: có THA thì HATT, HATTr có tương quan thuận mức độ vừa với thời gian giãn đồng thể tích ($p < 0,01$); HATT có tương quan thuận với thời gian giảm tốc sóng E. Thời gian giãn đồng thể tích có tương quan thuận với Glucose và

HbA1c ($r = 0,460$, $r = 0,355$). Thời gian giảm tốc sóng E có tương quan vừa với HbA1c. Phân suất tổng máu có liên quan nghịch với huyết áp tâm thu ($r = -0,552$, $p < 0,05$) [3].

Tương quan giữa chức năng thất trái với các chỉ số lipid máu: Thời gian giãn đồng thể tích có tương quan thuận mức độ yếu với chỉ số Triglycerid ($p > 0,05$), thời gian giảm tốc sóng E tương quan nghịch mức độ yếu với chỉ số HDL-C ($p < 0,01$) và chỉ số LDL-C ($p = 0,01$) và chỉ số E/A có mối tương quan thuận mức độ yếu với LDL-C ($p < 0,05$). Nghiên cứu của K Nyman cho thấy HCCH liên quan đến rối loạn chức năng nhĩ trái. Chỉ số EF của nhĩ trái tương quan nghịch với chu vi vòng eo, chỉ số khối cơ thể, mô mỡ dưới da, mô mỡ nội tạng, nồng độ insulin huyết thanh lúc đói, trong đó đặc biệt là béo phì nội tạng và kháng insulin là 2 yếu tố nguy cơ ảnh hưởng nhiều nhất đến rối loạn chức năng nhĩ trái [4].

Tương quan giữa chức năng thất trái với chỉ số BMI và chu vi vòng bụng: Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa IVSd ($p < 0,05$), LWd ($p < 0,001$), LVMI ($p < 0,005$) với số đo vòng bụng. Có mối tương quan thuận mức độ yếu giữa LWd ($p < 0,005$), LWs ($p < 0,05$), Dd ($p < 0,001$), LVMI ($p < 0,005$) với BMI. LVM có tương quan thuận mức độ trung bình với số đo vòng bụng ($p < 0,001$) và chỉ số BMI ($p < 0,001$). Chỉ số cung lượng tim có tương quan thuận mức độ yếu với số đo vòng bụng ($p = 0,005$) và chỉ số BMI ($p < 0,05$). Yutaka Hatani khi phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ số mỡ cơ thể là yếu tố nguy cơ duy nhất liên quan độc lập với chức năng tâm thu cơ tim theo chiều dọc thất trái (OR = 1,147; 95%CI: 1,001-1,314; $p = 0,027$). Tác giả đã đưa ra kiến nghị mới rằng kiểm soát chỉ số mỡ cơ thể để có thể có ý nghĩa lâm sàng để quản lý tốt hơn bệnh nhân ĐTĐ tip 2 có phân suất tổng máu thất trái được bảo tồn để ngăn ngừa sự phát triển biến chứng rối loạn chức năng tim trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 [5].

Hồi quy tuyến tính đa biến về tương quan giữa chức năng thất trái với các yếu tố của hội chứng chuyển hóa: Qua nghiên cứu thấy LDL-C và HATTr càng tăng thì tỷ số E/A càng giảm. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi có 98,2% bệnh nhân bị suy giảm chức năng tâm trương thất trái, điều này cho thấy việc kiểm soát nồng độ glucose máu lúc đói, LDL-C và huyết áp của bệnh nhân ĐTĐ type 2 là hết sức quan trọng để giảm thiểu các biến chứng tim mạch. Chỉ số LDL-C tăng thì thời gian giãn đồng thể tích cũng tăng, ET giảm. Nghiên cứu của

chúng tôi có kết quả phù hợp với các tác giả khác như: Shun Yokota [2]. Các tác giả đều ghi nhận rằng chỉ số glucose máu lúc đói đều ảnh hưởng đến chức năng tâm trương thất trái và kéo dài ảnh hưởng đến chức năng tâm thu thất trái. Bên cạnh đó, sự ảnh hưởng của các yếu tố HCCH khác như BMI thừa cân, THA, LDL-C và TG cũng ảnh hưởng đến hình thái và chức năng thất trái. Vì vậy việc kiểm soát glucose máu và các yếu tố HCCH trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 có HCCH là hết sức quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng về hình thái và chức năng thất trái.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố của HCCH có ảnh hưởng đến chức năng thất trái ở bệnh nhân ĐTĐ type 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Huỳnh Anh Thư** (2016). Khảo sát tác động của hội chứng chuyển hóa lên hình thái và chức năng tim bằng siêu âm tim Doppler, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh: 20 (1): 220-224.
2. **Yokota S, Tanaka H, Mochizuki Y, et al** (2019). Association of glycemc variability with left ventricular diastolic function in type 2 diabetes mellitus, *Cardiovasc Diabetol*;18(1):166.
3. **Bùi Thị Quyên** (2012). Hình thái và chức năng thất trái ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có tăng huyết áp tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên, Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
4. **Nvman K, Granér M, Pentikäinen MO** (2018). Metabolic syndrome associates with left atrial dsvfunction, *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2018 Jul;28(7):727-734.
5. **Hatani Y, Tanaka H, Mochizuki Y** (2020). Association of body fat mass with left ventricular lonqitudinal mvocardial svstolic function in type 2 diabetes mellitus, *J Cardiol*;75(2):189-195.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ R - GDP TRONG ĐIỀU TRỊ U LYMPHO KHÔNG HODGKIN TẾ BÀO B TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tuấn Tùng¹, Nguyễn Văn Hưng¹

BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the side effects of R- GDP regimen of treating B cell non Hodgkin lymphoma relapsed. **Objects and Methods:** Cross-sectional description on 61 patients with relapsed B-cell non Hodgkin lymphoma treated with R-GDP regimen at Hematology and Blood Transfusion Center, Bach Mai Hospital from January 2013 to July 2021. **Results and conclusions:** 61 patients treated for 251 cycles with R-GDP regimen. Clinical undesirable effects: nausea - vomiting grade I and II: 41.4% and 25.1%. Rarely symptoms: diarrhea, chills, inflammation of the oral mucosa. On the hematopoietic system: leukopenia, thrombocytopenia grade III - IV were: 63.4% and 40.7% of cycles, grade III - IV hemoglobin reduction was 17.1%. On liver and kidney: the rate of cycles without affecting renal function urea and creatinine was 85.7% and 82.1%, the rate of cycles without increasing AST and ALT was 82.1 and 80.5%. **Keywords:** non Hodgkin lymphoma, R- GDP regimen

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số tác dụng không mong muốn của phác đồ R-GDP trong điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân u lympho không Hodgkin tế bào B tái phát điều trị bằng phác đồ R- GDP tại trung tâm Huyết học và Truyền máu - Bệnh viện Bạch Mai từ 1/1/2013 đến 30/7/2021. **Kết quả và kết luận:** 61 bệnh nhân điều trị 251 chu với phác đồ R - GDP. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng: buồn nôn - nôn độ I, II lần lượt là 41,4% và 25,1%; Ít gặp tiêu chảy, rét run, viêm niêm mạc miệng. Trên hệ tạo máu: giảm bạch cầu, tiểu cầu độ III - IV là: 63,4% và 40,7% số chu kỳ, giảm hemoglobin độ III - IV là 17,1%. Trên gan, thận: tỷ lệ chu kỳ không ảnh hưởng tới chức năng thận ure và creatinin là 85,7% và 82,1%, tỷ lệ chu kỳ không tăng AST và ALT là 82,1 và 80,5%. **Từ khóa:** U lympho không Hodgkin, phác đồ R - GDP

SUMMARY

EVALUATION ON UNWANTED EFFECTS OF R-GDP REGIME IN TREATMENT OF B CELL NON HODGKIN LYMPHOMA RELAPSED AT

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hưng

Email: nguyenvanhungbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 10.4.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho không Hodgkin (ULKH) là nhóm bệnh lý ác tính của hệ bạch huyết, thường gặp là ULKH tế bào lympho B. Đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán, phân loại và điều trị ULKH. Tuy vậy, cho đến nay vẫn chưa có phương pháp nào chữa khỏi hẳn bệnh ULKH, bệnh sẽ tái phát trong khoảng thời gian từ 2 đến 5 năm, với tỷ lệ khoảng 30 - 40% ở thể bệnh hay gặp nhất là thể tế bào B lớn lan tỏa (DLBCL)^{1, 2}. Giai đoạn này,