

truyền: lệch bội NST, đột biến cấu trúc NST, bệnh đơn gen.

- Tai biến sau thủ thuật: Chưa ghi nhận trường hợp nào.

- 12 trường hợp được đình chỉ thai bất thường sớm ở tuần 13-15.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Đề án Tầm soát, chẩn đoán, điều trị một số bệnh, tật trước sinh và sơ sinh: Giảm gánh nặng bệnh tật bẩm sinh, nâng cao chất lượng dân số. Updated 28-01-2020. Accessed 02-03, 2022. [https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset\\_publisher/7ng11fEWgASC/content/-e-an-tam-soat-chan-oan-ieu-tri-mot-so-benh-tat-truoc-sinh-va-so-sinh-giam-ganh-nang-benh-tat-bam-sinh-nang-cao-chat-luong-dan-so](https://moh.gov.vn/chuong-trinh-muc-tieu-quoc-gia/-/asset_publisher/7ng11fEWgASC/content/-e-an-tam-soat-chan-oan-ieu-tri-mot-so-benh-tat-truoc-sinh-va-so-sinh-giam-ganh-nang-benh-tat-bam-sinh-nang-cao-chat-luong-dan-so)
- Mastroiacovo P, Botto LD, Cavalcanti DP, et al.** Limb anomalies following chorionic villus sampling: a registry based case-control study. *Am J Med Genet.* Dec 1 1992;44(6):856-64. doi:10.1002/ajmg.1320440639

- Judah H, Gil MM, Syngelaki A, et al.** Cell-free DNA testing of maternal blood in screening for trisomies in twin pregnancy: updated cohort study at 10-14 weeks and meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol.* Aug 2021;58(2):178-189. doi:10.1002/uog.23648
- Silver RK, MacGregor SN, Sholl JS, Hobart ED, Waldee JK.** An evaluation of the chorionic villus sampling learning curve. *Am J Obstet Gynecol.* Sep 1990;163(3):917-22. doi:10.1016/0002-9378(90)91096-u
- Bakker M, Birnie E, Robles de Medina P, Sollie KM, Pajkrt E, Bilardo CM.** Total pregnancy loss after chorionic villus sampling and amniocentesis: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol.* May 2017;49(5):599-606. doi:10.1002/uog.15986
- Malvestiti F, Agrati C, Grimi B, et al.** Interpreting mosaicism in chorionic villi: results of a monocentric series of 1001 mosaics in chorionic villi with follow-up amniocentesis. *Prenat Diagn.* Nov 2015;35(11):1117-27. doi:10.1002/pd.4656

## ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THEO THANG ĐIỂM FINDRISC TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA 115 NGHỆ AN NĂM 2022

Hồ Thị Dung<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Linh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ dự báo nguy cơ đái tháo đường trên bệnh nhân tăng huyết áp trong vòng 10 năm bằng thang điểm Findrisc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền hành trên 165 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. Tất cả đều được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng. **Kết quả:** Trong 8 yếu tố cấu thành nên thang điểm Findrisc: các yếu tố về chỉ số BMI, vòng bụng, vận động thể lực hàng ngày, tiền sử có người thân được chẩn đoán mắc ĐTD là các yếu tố nguy cơ quan trọng. Diện tích dưới đường cong Roc lần lượt là 0,747; 0,844; 0,635; 0,621. Áp dụng thang điểm Findrisc, chúng tôi thấy điểm cắt tối ưu để phát hiện ĐTD là 9,5 điểm (Se= 0,673; Sp= 0,603; p=0,001). Nếu điều chỉnh chỉ số BMI và VB phù hợp với người Châu Á, điểm cắt tối ưu để phát hiện ĐTD là 11,5 điểm (Se= 0,714; Sp= 0,595; p=0,000). Dự báo nguy cơ mắc ĐTD type 2 trong vòng 10 năm tới theo thang điểm Findrisc có điều chỉnh BMI và VB cao hơn so với sử dụng thang điểm Findrisc cổ điển: 13,02% so với 7,58% ở nam giới; 13,24% so với 8,89% ở nữ giới. **Kết luận:** Thang điểm Findrisc theo khung Châu Á

nên được áp dụng rộng rãi để tầm soát ĐTD type 2 trên những đối tượng có nguy cơ ở Việt Nam.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, tăng huyết áp, Findrisc

### SUMMARY

#### EVALUATION ON THE RISK OF TYPE 2 DIABETES BY FINDRISC IN HYPERTENSION PATIENTS AT 115 NGHE AN GENERAL HOSPITAL IN 2022

**Objective:** To assess the level of risk diabetes prediction in patients with hypertension in ten years by Findrisc. **Subjects and research methods:** The study was conducted on 165 patients with essential hypertension. All patients are asked, clinical examination. **Results:** In the eight factors of Findrisc scale: factor about BMI, waist circumference, physical activity daily, family history of diabetes are risk factors important. The area under the curve order is 0,747; 0,844; 0,635; 0,621. Application Findrisc scale, we recorded the optimal cut points 9,5 points (Se= 0,673; Sp= 0,603; p=0,001) to detect diabetes. If used Findrisc-ModAsian scale, the optimal cut points 11,5 points (Se= 0,714; Sp= 0,595; p=0,000). Predicting the risk diabetes in ten years by Findrisc- ModAsian scale is higher than using Findrisc scale: 13,02% compare to 7,58% in male; 13,14 compare to 8,89% in female. **Conclusion:** Scale Findrisc- ModAsian should be widely applied to control diabetes type 2 on the subjects at risk in Viet Nam.

**Keywords:** Diabetes, Hypertension, Findrisc

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Dung

Email: hodung221288@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là hai bệnh lý mạn tính, gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu. Sự phối hợp giữa THA và ĐTĐ làm cho quá trình điều trị khó khăn, gây ra các biến chứng về tim mạch và thần kinh [4]. Thang điểm Findrisc được chứng minh là một công cụ đơn giản, nhanh chóng, không tốn kém, không xâm lấn, độ tin cậy cao để dự báo nguy cơ ĐTĐ ở những đối tượng có nguy cơ [2].

Bệnh viện đa khoa 115 Nghệ An là nơi có số lượng lớn bệnh nhân khám và điều trị THA nguyên phát. Chính vì những lý do trên, tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường theo thang điểm Findrisc trên bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An năm 2022" với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá một số yếu tố nguy cơ mắc ĐTĐ ở bệnh nhân tăng huyết áp.

2. Dự báo nguy cơ ĐTĐ trong vòng 10 năm bằng thang điểm Findrisc trên đối tượng bệnh nhân tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An năm 2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 165 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Tim mạch- Hô hấp Bv Đa khoa 115 Nghệ An.

- Thời gian: từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 06 năm 2022.

#### - Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là THA hoặc đang điều trị thuốc hạ huyết áp.

+ Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp dựa vào phân độ tăng huyết áp theo khuyến cáo ISH 2020.

+ Bệnh nhân có khả năng nghe nói và trả lời các câu hỏi.

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có tiền sử được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ trước đây.

+ Bệnh nhân đang mắc bệnh lý ảnh hưởng tới chỉ số khối cơ thể, VB như: hội chứng Cushing, basedow, u tuyến thượng thận, phụ nữ mang thai ...

+ Bệnh nhân mắc bệnh tâm thần, mất tri giác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

#### 2.2.2. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Áp dụng theo công thức tính cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}}$$

Trong đó:

- n là số bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

- p là tỷ lệ đánh giá nguy cơ đái tháo đường theo thang điểm Findrisc trên bệnh nhân tăng huyết áp là 10,12% = 0.1012. d là sai số cho phép (lấy d= 0,05).

- Với  $\alpha = 0,05$  ứng với độ tin cậy 95%  $\rightarrow$

$$Z_{1-\alpha/2} = 1,96.$$

$\rightarrow$  Cỡ mẫu theo công thức tính là: 140.

Trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu là 165 bệnh nhân.

**2.2.3. Phương pháp tiến hành.** Lấy ngẫu nhiên các bệnh nhân tăng huyết áp đến khám tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An dựa trên những tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ, lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Sau đó sử dụng các thông tin sẵn có trong hồ sơ bệnh án ngoại trú và phỏng vấn trực tiếp tiếp nhận bệnh nhân theo mẫu bệnh án nghiên cứu và ghi nhận kết quả.

**2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu.** Bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Epidata 3.1, SPSS 20 bao gồm các thuật toán: hàm Frequencies, hàm Crosstabs, hàm Independent Samples T-Test, hàm One-way ANOVA, hàm Select cases và ROC Curve.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Bảng 3.1. Đặc điểm về phân bố tuổi

Tuổi (năm)	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
< 45	2	1,2
45-54	14	8,5
55- 64	61	37,0
> 64	88	53,3
Giá trị X $\pm$ SD	65,82 $\pm$ 9,059	

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh là 65,82  $\pm$  9,059; trong đó nhóm bệnh > 64 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 53,3%.

### Bảng 3.2. Đặc điểm về BMI

Phân mức độ BMI (Kg/m <sup>2</sup> )	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
< 18,5	12	7,3
18,5 – 22,9	80	48,5
23- 24,9	43	26,1
$\geq$ 25	30	18,2
Giá trị X $\pm$ SD	22,68 $\pm$ 2,86	

**Nhận xét:** BMI trung bình là 22,68 $\pm$ 2,86; Nhóm BMI từ 18,5 đến 22,9 chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,5%. Bệnh nhân thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ 44,3%.

### Bảng 3.3. Đặc điểm về chỉ số vòng bụng

Vòng bụng (cm)	Nam		Nữ		Chung		p
	N	%	n	%	N	%	
Bình thường	42	60,0	29	30,5	71	43	0,000

(Nam <90, Nữ <80)						
Béo bụng (Nam ≥90, Nữ ≥80)	28	40,0	66	69,5	94	57
Giá trị $\bar{X} \pm SD$	87,51 ±9,095		83,97 ±9,645		85,47 ±9,551	0,018

**Nhận xét:** Vòng bụng trung bình là 85,47±9,551. Có sự khác biệt về tỷ lệ béo bụng giữa nam và nữ với p=0,000. Vòng bụng trung bình của nam (87,51±9,095) cao hơn của nữ (83,97±9,645) có ý nghĩa thống kê với p= 0,018.

Bảng 3.4. Bệnh nhân vận động thể lực hàng ngày > 30 phút, ăn rau quả thường xuyên, đã từng sử dụng thuốc hạ áp thường xuyên, đã từng phát hiện tăng đường huyết

Biến số	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Vận động thể lực hàng ngày > 30 phút	72	43,6
Ăn rau quả thường xuyên	113	68,5
Đã từng sử dụng thuốc hạ áp thường xuyên	135	81,8

Bảng 3.6. Diện tích đường cong ROC giữa thang điểm Findrisc Châu Á với các yếu tố nguy cơ cấu thành nên thang điểm

Giá trị	Diện tích	p	Khoảng tin cậy 95%	
			Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất
Tuổi	0,557	0,256	0,451	0,663
Giới	0,553	0,296	0,454	0,651
BMI	0,747	0,000	0,664	0,830
Vòng bụng	0,844	0,000	0,778	0,910
Vận động thể lực hàng ngày > 30 phút	0,635	0,007	0,540	0,730
Ăn rau quả thường xuyên	0,553	0,294	0,457	0,649
Đã từng sử dụng thuốc hạ áp thường xuyên	0,445	0,276	0,344	0,546
Đã từng phát hiện tăng đường huyết	0,439	0,228	0,346	0,533
Có người thân được chẩn đoán mắc ĐĐTĐ	0,621	0,016	0,533	0,709

**Nhận xét:** Trong 8 yếu tố cấu thành nên thang điểm Findrisc thì BMI, vòng bụng, vận động thể lực, có người thân mắc ĐĐTĐ là các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Diện tích dưới đường cong theo thứ tự là 0,747; 0,844; 0,635; 0,621. Các yếu tố còn lại chưa tạo được diện tích có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3.7. Diện tích dưới đường cong ROC giữa đường máu lúc đói với thang điểm Findrisc ở cả 2 giới**

Giá trị	Diện tích	Điểm cắt	Se	1-Sp	p	Khoảng tin cậy 95%		
						GTNN	GTLN	
FPG ≥7	FINDRISC Châu Á	0,692	11,5	0,714	0,405	0,000	0,605	0,778
	FINDRISC Châu Âu	0,665	9,5	0,673	0,397	0,001	0,575	0,755

**Nhận xét:** Với mức FPG ≥ 7, thang điểm Findrisc Châu Á và Châu Âu phát hiện ĐĐTĐ là tương tự nhau, diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,692 và 0,665. Điểm cắt tối ưu để phát hiện ĐĐTĐ của thang điểm Findrisc Châu Á là 11,5 điểm (Se= 0,714; Sp= 0,595), p=0,000 và Findrisc Châu Âu là 9,5 điểm (Se= 0,673; Sp=0,603), p= 0,001.

**Bảng 3.8. Nguy cơ ĐĐTĐ ở nam, nữ theo thang điểm Findrisc Châu Âu.**

Thông số	Tần số				Dự báo NC ĐĐTĐ			
	Nam		Nữ					
	Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ				
$\bar{X} \pm SD$ < 7	Thấp	21	30	18	18,9	1/100	0,3	0,19

Đã từng phát hiện tăng đường huyết	Có	18	10,9
------------------------------------	----	----	------

**Nhận xét:** Số bệnh nhân vận động thể lực hàng ngày > 30 phút chiếm tỷ lệ 43,6%; ăn rau quả mỗi ngày chiếm tỷ lệ 68,5%; đã từng sử dụng thuốc hạ áp thường xuyên chiếm 81,8%; đã từng phát hiện tăng đường huyết chiếm 10,9%.

Bảng 3.5. Bệnh nhân có người thân được chẩn đoán mắc ĐĐTĐ

Có người thân được chẩn đoán mắc ĐĐTĐ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Không	129	78,2
Ông, bà, chú, dì, cô, bác	20	12,1
Cha mẹ, anh, chị, em ruột	16	9,7
Tổng	165	100

**Nhận xét:** Số bệnh nhân tiền sử có người thân không chẩn đoán mắc ĐĐTĐ chiếm tỷ lệ cao nhất 78,2%. Số bệnh nhân có người thân được chẩn đoán mắc ĐĐTĐ là 21,8%.

	7-11	Thấp nhẹ	32	45,7	48	50,5	1/25	1,83	2,02
	12-14	Trung bình	12	17,1	20	21,1	1/6	2,85	3,51
	15-20	Cao	4	5,7	9	9,5	1/3	1,9	3,17
	>20	Rất cao	1	1,4	0	0,0	1/2	0,7	0,0
	<b>Tổng cộng</b>		<b>70</b>	<b>42,4</b>	<b>95</b>	<b>57,6</b>		<b>7,58</b>	<b>8,89</b>

**Nhận xét:** Nguy cơ ĐTD theo thang điểm Findrisc Châu Âu trong vòng 10 năm ở nam giới là 7,58% và ở nữ giới là 8,89%.

**Bảng 3.9. Nguy cơ ĐTD ở nam, nữ theo thang điểm Findrisc Châu Á**

Thông số			Tần số					Dự báo NC ĐTD	
			Nam		Nữ			Nam	Nữ
			Tần số	Tỷ lệ	Tần số	Tỷ lệ			
FINDRISC	< 7	Thấp	9	12,9	12	12,6	1/100	0,13	0,13
	7-11	Thấp nhẹ	26	37,1	36	37,9	1/25	1,48	1,52
	12-14	Trung bình	23	32,9	28	29,5	1/6	5,48	4,92
	15-20	Cao	11	15,7	19	20	1/3	5,23	6,67
	>20	Rất cao	1	1,4	0	0,0	1/2	0,7	0,0
	<b>Tổng cộng</b>			<b>70</b>	<b>42,4</b>	<b>95</b>	<b>57,6</b>		<b>13,02</b>

**Nhận xét:** Nguy cơ ĐTD theo thang điểm Findrisc Châu Á trong vòng 10 năm ở nam giới là 13,02% và ở nữ giới là 13,24%. Trong đó nguy cơ cao – rất cao ở nam chiếm 5,93%; ở nữ chiếm 6,67%.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1. Đánh giá một số yếu tố nguy cơ mắc ĐTD ở bệnh nhân tăng huyết áp theo thang điểm Findrisc

**4.1.1. Đánh giá vai trò của các yếu tố nguy cơ với thang điểm Findrisc.** Trong 8 yếu tố cấu thành nên thang điểm Findrisc thì yếu tố BMI, vòng bụng, vận động thể lực, có người thân mắc ĐTD là các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất. Diện tích dưới đường cong theo thứ tự là 0,747; 0,844; 0,635; 0,621.

**4.1.2. Tương quan giữa chỉ số đường máu lúc đói với thang điểm Findrisc.** Theo nghiên cứu của chúng tôi với mức FPG  $\geq$  7mmol/L thang điểm Findrisc Châu Á và Châu Âu phát hiện ĐTD là tương tự nhau, diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,692 và 0,665. Điểm cắt tối ưu để phát hiện ĐTD của thang điểm Findrisc Châu Á là 11,5 điểm (Se= 0,714; Sp= 0,595), p=0,000 và Findrisc Châu Âu là 9,5 điểm (Se= 0,673; Sp=0,603), p= 0,001.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Vy Hậu (2011) kết quả là với mức HbA1c  $\geq$  5,7% và HbA1c  $\geq$  6% thang điểm Findrisc Châu Á có khả năng phát hiện nguy cơ đái tháo đường tốt hơn thang điểm Findrisc Châu Âu, diện tích dưới đường cong ROC lần lượt là 0,75 so với 0,58 và 0,75 so với 0,56. Điểm cắt tối ưu của thang điểm Findrisc Châu Á để phát hiện tiền đái tháo đường là 9 điểm (p<0,001). Với mức HbA1c  $\geq$  6,5% thang điểm Findrisc Châu Á và Châu Âu phát hiện đái tháo đường là tương tự nhau, diện tích dưới đường cong lần lượt là 0,97 (95%, CI= 0,94- 1,00) và 0,96 (95%, CI= 0,93- 0,99). Điểm

cắt tối ưu để phát hiện đái tháo đường của thang điểm Findrisc Châu Âu là 14 điểm (Se= 1,00; Sp= 0,95), p<0,0001 và Findrisc Châu Á là 15 điểm (Se= 1,00; Sp= 0,91), p< 0,0001[3].

**4.2. Dự báo nguy cơ đái tháo đường trong vòng 10 năm tới trên đối tượng nghiên cứu.** Áp dụng thang điểm Findrisc Châu Âu: dự báo nguy cơ ĐTD trong vòng 10 năm tới 8,34%, trong đó nguy cơ ĐTD ở nam giới là 7,58% thấp hơn so với nữ giới là 8,89%. Nếu điều chỉnh chỉ số BMI và VB ghi nhận được nguy cơ mắc ĐTD trong vòng 10 năm tới là 13,15% trong đó nguy cơ ĐTD ở nam giới là 13,02% thấp hơn so với nữ giới là 13,14%.

Kết quả này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Vy Hậu (2011) khi nghiên cứu trên 131 đối tượng mắc tiền ĐTD trên 45 tuổi tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế bằng thang điểm Findrisc có 6,68% đối tượng có nguy cơ tiến triển thành ĐTD type 2 trong vòng 10 năm tới, nguy cơ mắc ĐTD ở nam là 4,91% và ở nữ là 8,18%. Nếu thang điểm được điều chỉnh theo BMI và VB của người Châu Á thì dự báo nguy cơ tăng lên 8,74%; trong đó nguy cơ mắc ĐTD ở nam giới là 7,68% và nữ giới là 9,64% [3].

Đỗ Ích Thành và cộng sự (2019) khi nghiên cứu trên 1800 người dân ở tuổi 30- 69, có 1593 người trong độ tuổi này chưa mắc đái tháo đường. Trong số 1593 đối tượng này, có 12,1% đối tượng có nguy cơ trung bình; có 3,2% đối tượng ở mức cao (3,0% ở nam và 3,3% ở nữ). Ước tính tiến triển thành đái tháo đường type 2 trong 10 năm tới ở người chưa mắc ĐTD theo

thang điểm Findrisc có điều chỉnh để phù hợp với người Châu Á là 5,6%. Nữ giới sẽ tăng thêm 5,9% và tăng thêm 4,9% ở nam giới [1].

Có sự khác biệt về kết quả dự báo nguy cơ giữa các nghiên cứu có thể là do rất nhiều yếu tố chi phối như độ tuổi nghiên cứu, lối sống, chế độ ăn, kiến thức trình độ ở các vùng miền là khác nhau. Hơn nữa, sự khác biệt về văn hóa - xã hội giữa các vùng và dân số đã hạn chế khả năng khái quát hóa các kết quả của chúng tôi đối với cả nước.

## V. KẾT LUẬN

Trong 8 yếu tố cấu thành nên thang điểm Findrisc: các yếu tố về chỉ số BMI, vòng bụng, vận động thể lực hàng ngày, tiền sử có người thân được chẩn đoán mắc ĐTD là các yếu tố nguy cơ quan trọng. Diện tích dưới đường cong Roc lần lượt là 0,747; 0,844; 0,635; 0,621.

Áp dụng thang điểm findrisc, điểm cắt tối ưu để phát hiện ĐTD là 9,5 điểm (Se= 0,673; Sp= 0,603; p=0,001). Điều chỉnh chỉ số BMI và VB phù hợp với người Châu Á, điểm cắt tối ưu để

phát hiện ĐTD là 11,5 điểm (Se= 0,714; Sp= 0,595; p=0,000).

Dự báo nguy cơ mắc ĐTD type 2 trong vòng 10 năm tới theo thang điểm Findrisc có điều chỉnh BMI và VB cao hơn so với sử dụng thang điểm Findrisc cổ điển: 13,02% so với 7,58% ở nam giới; 13,14% so với 8,89% ở nữ giới.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Ích Thành và cộng sự** (2019), Dự báo nguy cơ mắc đái tháo đường trên những đối tượng 30-69 tuổi tại thành phố Đà Nẵng, in Số 35. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường
2. **Nguyễn Thế Vinh** (2020), Sử dụng thang điểm Findrisc trong sàng lọc đái tháo đường typ 2.
3. **Nguyễn Văn Vy Hậu** (2011), Nghiên cứu dự báo nguy cơ đái tháo đường type 2 bằng thang điểm FINDRISC ở các đối tượng tiền đái tháo đường từ 45 tuổi trở lên tại bệnh viện trường đại học Y Dược Huế, in Luận văn Thạc sỹ y học chuyên ngành nội khoa Trường Đại học Y Dược Huế
4. **Petrie, J.R., T.J. Guzik, and R.M.** Touyz, Diabetes, Hypertension, and Cardiovascular Disease: Clinical Insights and Vascular Mechanisms. Can J Cardiol, 2018. 34(5): p. 575-584.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG RỐI LOẠN SINH TỬY BẰNG DECITABINE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Đức Thăng<sup>1</sup>, Mã Thị Ánh<sup>2</sup>,  
Nguyễn Quang Hảo<sup>2</sup>, Nguyễn Thế Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị và bằng phác đồ Decitabine đơn trị trên bệnh nhân hội chứng rối loạn sinh tủy tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 32 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng rối loạn sinh tủy theo WHO 2016 tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2021 đến 12/2022. Các bệnh nhân được phân nhóm nguy cơ theo tiêu chuẩn IPSS-R và được điều trị bằng phác đồ Decitabin đơn trị. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng lui bệnh hoàn toàn là 46,9%, lui bệnh một phần là 25%, có 9,4% bệnh nhân tiến triển thành lơ xê mi cấp. Các tác dụng không mong muốn ở máu ngoại vi gồm giảm bạch cầu trung tính, giảm tiểu cầu và giảm hồng cầu với tỷ lệ tương ứng là: 28,1%, 40,6% và 18,7%. Có 9 tác dụng phụ khác thường gặp với tỷ lệ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu: chán ăn 43,7%, đau

đầu 37,5%, táo bón 31,2%, nôn 28,1%, ho 21,8%, sốt 18,7%, tăng men gan 18,7%, tiêu chảy 15,6% và viêm phổi kẽ 15,6%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị Decitabine đơn trị cải thiện rõ rệt tình trạng bệnh của bệnh nhân hội chứng rối loạn sinh tủy, kèm theo một số tác dụng phụ thường gặp không nghiêm trọng.

**Từ khóa:** RLST, MDS, Decitabine

### SUMMARY

#### EVALUATION OF CLINICAL OUTCOMES OF DECITABINE TREATMENT FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROME PATIENTS AT THE THAI NGUYEN INTERNATIONAL HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation of clinical outcomes of Decitabine treatment for MDS patients and common adverse events of Decitabine. **Subjects and methods:** 32 MDS patients have been diagnosed and treated at the Thai Nguyen International Hospital. **Results:** 32 patients who were treated with Decitabine achieved a significantly including 46,9% complete responses and 25% partial responses. 9.4% of patients progressed to acute leukemia. The most common adverse effects included myelosuppression (neutropenia 27,9%, anemia 18,7% and thrombocytopenia 40,6%), constipation 31,2%,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thăng

Email: ducthang.dhydtn@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023