

AA. Trong tái tạo vú bằng cơ lưng rộng, sau khi nâng vạt cơ lên, nó sẽ được xoay lại để đặt đúng vị trí. Một số trường hợp có sự hiện diện của AA gây chèn ép các cấu trúc mạch máu và thần kinh cung cấp cho vạt cơ dẫn đến hội chứng kẹt hoặc hoại tử mô do thiếu máu cục bộ⁸.

Cung nách cũng có thể là mối liên hệ trực tiếp của nhiều cấu trúc ở nách, chẳng hạn như bó mạch thần kinh vùng ngực, đám rối cánh tay, các thần bạch huyết bên hoặc tĩnh mạch nách. Những cấu trúc này có thể gặp nguy hiểm nếu sự hiện diện của AA không được xem xét đến, gây ra huyết khối hoặc tổn thương thần kinh hay phù bạch huyết⁸. Một số các tổn thương gây ra bởi AA chèn ép dây thần kinh như: hội chứng giàng quá mức (hyperabduction syndrome) do chèn ép các bó của đám rối cánh tay ở vị trí mỏm quạ; hội chứng lối thoát ngực (thoracic outlet syndrome) do chèn ép đám rối cánh tay khi đi qua "lối ra của lồng ngực". Huyết khối tĩnh mạch sâu chi trên gây ra bởi AA thường được chẩn đoán là huyết khối không rõ nguyên nhân do những hạn chế can thiệp hình ảnh tại vùng này, từ đó bệnh nhân không được xử trí triệt để căn nguyên.

V. KẾT LUẬN

Cung nách là một biến thể giải phẫu phức tạp với nhiều nguyên ủy và bám tận cũng như mạch cấp máu và thần kinh chi phối. Do đó, các nhà lâm sàng, đặc biệt là các bác sĩ phẫu thuật cần nắm rõ được giải phẫu của nó để có những xử lý chính xác trong các cuộc mổ như vét hạch nách hay tái tạo vú bằng vạt cơ lưng rộng để tránh việc bỏ sót tổn thương cũng như gây ra các biến chứng không đáng có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jelev L, Georgiev GP, Surchev L.** Axillary arch in human: Common morphology and variety. Definition of "clinical" axillary arch and its classification. *Ann Anat - Anat Anz.* 2007;189(5): 473-481. doi:10.1016/j.aanat. 2006.11.011
2. **Besana-Ciani I, Greenall MJ.** Langer's axillary arch: Anatomy, embryological features and surgical implications. *The Surgeon.* 2005;3(5): 325-327. doi: 10.1016/S1479-666X(05) 80111-8
3. **Bonastre V, Rodríguez-Niedenführ M, Choi D, Sañudo JR.** Coexistence of a pectoralis quartus muscle and an unusual axillary arch: case report and review. *Clin Anat N Y N.* 2002;15(5):366-370. doi:10.1002/ca.10053
4. **Mérida-Velasco JR, Rodríguez Vázquez JF, Mérida Velasco JA, Sobrado Pérez J, Jiménez Collado J.** Axillary arch: potential cause of neurovascular compression syndrome. *Clin Anat N Y N.* 2003;16(6): 514-519. doi:10.1002/ca.10143
5. **Bergman RA.** Doubled pectoralis quartus, axillary arch, chondroepitrochlearis, and the twist of the tendon of pectoralis major. *Anat Anz.* 1991;173(1):23-26.
6. **Couceiro TC de M, Valença MM, Raposo MCF, Orange FA de, Amorim MMR.** Prevalence of post-mastectomy pain syndrome and associated risk factors: a cross-sectional cohort study. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses.* 2014;15(4): 731-737. doi: 10.1016/j.pmn.2013.07.011
7. **Le Bouedec G, Dauplat J, Guillot M, Vanneville G.** [The axillopectoral muscle]. *J Chir (Paris).* 1993;130(2):66-69.
8. **Daniels IR, Rovere GQD.** The axillary arch of Langer – The most common muscular variation in the axilla. *Breast Cancer Res Treat.* 2000;59(1):77-80. doi:10.1023/A:1006367904056
9. **Testut Léo.** Les Anomalies Musculaires Chez l'homme: Expliquées Par l'anatomie Comparée Leur Importance En Anthropologie. Masson; 1884.
10. **Takafuji T, Igarashi J, Kanbayashi T, et al.** [The muscular arch of the axilla and its nerve supply in Japanese adults]. *Kaibogaku Zasshi.* 1991;66(6):511-523.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN U TUYẾN YÊN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Vân Anh¹, Đỗ Trung Quân²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân Anh

Email: bsvananhbvbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023

Ngày duyệt bài: 24.11.2023

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh u tuyến yên và kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích thực hiện trên 56 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán u tuyến yên theo tiêu chuẩn lựa chọn, được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 8/2023. Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích sử dụng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Nghiên cứu tiến hành trên 56 BN u tuyến yên được khám lâm sàng, xét nghiệm hormon tuyến yên trước

và sau phẫu thuật, chụp (MRI) tuyến yên, phẫu thuật u. Kết quả trong 56 BN có 51,8% u không tiết, 39,3% u gây suy tuyến yên, 5,4% u tiết GH và 3,6% u tiết ACTH. U tiết ACTH có kích thước u nhỏ nhất, kích thước u lớn nhất gặp ở BN u có suy tuyến yên, tỷ lệ macroadenom/microadenom là 27/1. 100% u có tiết (u tiết GH và u tiết ACTH) không xâm lấn. Xâm lấn lên trên và đè đẩy não thất gặp ở BN u gây suy tuyến yên và u không tiết. Sau phẫu thuật, một số chỉ số xét nghiệm có thay đổi nhưng chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). GH và ACTH của 2 loại u tiết GH và u tiết ACTH thay đổi trở về giới hạn bình thường ($p < 0,05$), đường huyết ở các bệnh nhân u tiết GH dễ kiểm soát hơn, đường máu và liều insulin thay đổi có ý nghĩa ($p < 0,05$). Các triệu chứng thần kinh do khối u như đau đầu giảm hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$), tuy nhiên triệu chứng về mắt giảm nhưng chưa có ý nghĩa ($p > 0,05$). 12,5% BN u tuyến yên sau phẫu thuật gặp biến chứng tăng thêm, đáng kể đến là biến chứng đái tháo nhạt (10,71%) và suy thùy trước tuyến yên (3,57%). Kết quả chụp MRI tuyến yên sau phẫu thuật ra viện 1 tháng, 46,42% BN không còn tổn thương, còn 26,79% còn tổn thương. **Từ khóa:** Người bệnh u tuyến yên, u tiết GH, u tiết ACTH, u tuyến yên gây suy tuyến yên, u tuyến yên không tiết, suy tuyến yên, trước phẫu thuật, sau phẫu thuật.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTIC OF PITUITARY TUMOR PATIENTS TREATMENT AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with pituitary adenomas and the results of pituitary adenoma treatment before and after surgery at Bach Mai Hospital. **Methods:** Analytical cross-sectional descriptive study conducted on 56 patients diagnosed with pituitary adenoma at Bach Mai Hospital from January 2022 to July 2023. Research data were processed and analyzed using SPSS 20.0 software. **Results:** The study was conducted on 56 pituitary adenoma patients undergoing tumor resection surgery. Patients were examined clinically, tested for pituitary hormones before and after surgery, and had magnetic resonance imaging of the pituitary gland. The results of 56 patients were that 51.8% of the tumors did not secrete, 39.3% of the tumors caused hypopituitarism, 5.4% of the tumors secreted GH and 3.6% of the tumors secreted ACTH. ACTH-secreting tumors have the smallest tumor size, the largest tumor size is found in patients with hypopituitarism, the macroadenom/microadenom ratio is 27/1. 100% of secretory tumors (GH-secreting tumors and ACTH-secreting tumors) are non-invasive. Invading upwards and pressing on the ventricles is seen in patients with tumors that cause hypopituitarism and non-secreting tumors. After surgery, test indexes changed but were not statistically significant ($p > 0.05$). Some types of two types of GH-secreting tumors and ACTH-secreting tumors change GH and ACTH to normal limits ($p < 0.05$), Blood sugar in patients with GH-secreting tumors is easier to control, blood sugar and insulin dose change significantly. Neurological symptoms due

to the tumor such as headaches were reduced ($p < 0.05$) however eye symptoms are reduced but not significantly ($p > 0.05$). 39.3% of pituitary adenoma patients had experienced additional complications after surgery, notably diabetes insipidus (23.22%) and hypopituitarism (3,57%). Results of magnetic resonance imaging of the pituitary gland 1 month after surgery, 46.42% of patients no longer had damage, while 26.79% still had damage.

Keywords: Patients with pituitary adenoma, GH-secreting tumor, ACTH-secreting tumor, pituitary adenoma causing hypopituitarism, non-secreting pituitary adenoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến yên hầu hết là các khối u xuất phát từ tế bào thùy trước tuyến yên chiếm 5 - 15% các khối u nội sọ, trên 90% u tuyến yên là lành tính, thường phát triển chậm. Khối u tuyến yên chia làm 2 nhóm chính: u có hoạt tính nội tiết tố và u không có hoạt tính nội tiết tố [3], [8].

Điều trị u tuyến yên có: nội khoa, phẫu thuật và xạ trị, có thể đơn độc hoặc phối hợp tùy thuộc vào loại khối u tiết hay không tiết, kích thước và tính chất xâm lấn. Với khối u tuyến yên tiết hormon, u có suy tuyến yên hoặc gây hiệu ứng khối, việc kết hợp điều trị nội khoa và ngoại khoa là rất quan trọng [6]. Điều trị nội khoa giúp kiểm soát các rối loạn nội tiết như suy giáp, suy thượng thận, suy sinh dục, đái tháo nhạt nếu không phát hiện và điều trị sớm, người bệnh thậm chí có thể tử vong đặc biệt trong trường hợp suy thượng thận cấp, tăng áp lực thẩm do đái tháo nhạt...[1]. Sau phẫu thuật, bệnh nhân thiếu hụt nội tiết tố và tổn thương cấu trúc cạnh hố yên rất cần điều trị nội khoa. Điều trị phẫu thuật lấy khối u là phương pháp điều trị hiệu quả mang lại tiên lượng tốt cho người bệnh.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá triệu chứng, sự thay đổi hormon và điều trị hormon thay thế ở các bệnh nhân u tuyến yên có rối loạn nội tiết và hiệu ứng khối. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật" với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên.
2. Nhận xét kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến yên tại Bệnh viện Bạch Mai, được lựa chọn theo tiêu chuẩn xác định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, chọn cỡ mẫu

thuận tiện tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn từ tháng 1/2022 đến tháng 8/2023.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân u tuyến yên

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, giới và chỉ số khối của đối tượng nghiên cứu (n = 56)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		n	%
Giới tính	Nam	36	64,3
	Nữ	20	35,7
Tuổi	< 20	0	0
	20 - 60	42	75,0
	> 60	14	25,0
	Trung bình (Min, Max)	48,5+13,7 (21-72)	

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là: 1,8/1. Tuổi trung bình của BN u tuyến yên 48,5 + 13,7.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên

Bảng 2: Đặc điểm phân loại khối u tuyến yên theo hormon (n = 56)

Khối u		n	%
U tuyến yên không gây ra rối loạn tiết		29	51,8
U tuyến yên gây suy tuyến yên		22	39,3
Có tiết	U tiết GH	3	5,3
	U tiết ACTH	2	3,6
	U tiết PRL	0	0
	U tiết TSH	0	0
	U tiết FSH, LH	0	0

Nhận xét: 51,8% BN có u tuyến yên, không

Bảng 5: Mức độ xâm lấn khối u theo phân loại khối u

Triệu chứng U	Mức độ xâm lấn (n (%))			
	Không xâm lấn	Xâm lấn lên trên	Xâm lấn xoang hang	Xâm lấn lên trên, 2 bên, đè đẩy não thất
U tiết GH (n = 3)	3 (100)	0	0	0
U tiết ACTH (n = 2)	2 (100)	0	0	0
U gây suy (n = 22)	17 (77,23)	3 (13,05)	1 (4,86)	1 (4,86)
U không tiết (n = 29)	22 (75,86)	4 (13,79)	2 (6,89)	1 (3,4)
Tổng (n = 56)	44 (78,57)	7 (12,5)	3 (5,36)	2 (3,57)

Nhận xét: 78,57% khối u không xâm lấn. 100% u có tiết GH và ACTH không xâm lấn. Xâm lấn lên trên và đè đẩy não thất gặp ở 2 BN u gây suy và u không tiết.

3.3. Kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật

Bảng 6. Đặc điểm triệu chứng thần kinh sau phẫu thuật

Loại u	Đau đầu		p	Triệu chứng mắt		p
	Đỡ	Không đỡ		Đỡ	Không đỡ	
U tiết ACTH	2 (100%)	0	< 0,05	0	2 (100%)	< 0,05
U tiết GH	3 (100%)	0	< 0,05	2 (66,67%)	1 (33,33%)	< 0,05
U có suy	15 (68,18%)	7 (31,82%)	< 0,05	5 (22,73%)	7 (31,81%)	> 0,05
U không tiết	24 (82,8%)	5 (17,2%)	< 0,05	2 (6,89%)	5 (17,24%)	> 0,05

gây rối loạn nội tiết, 39,3% u gây suy tuyến yên. Còn lại rất ít (8,9%) BN u tuyến yên tiết GH và u tiết ACTH.

Bảng 3: Kích thước khối u trước phẫu thuật theo loại khối u tuyến yên

Loại u	Trung bình (mm)
U tiết GH (n = 3)	27,33 + 6,43
U tiết ACTH (n = 2)	3,9 + 1,27
U tuyến yên gây suy tuyến yên (n = 22)	28,61 + 11,19
U tuyến yên không gây ra rối loạn tiết (n = 29)	27,07 + 9,00

Nhận xét: BN được chẩn đoán u tiết ACTH có kích thước u nhỏ nhất. Khối u ở BN u tuyến yên gây suy tuyến yên có kích thước lớn nhất (28,61 + 11,19mm).

Bảng 4: Đặc điểm khối u theo mức độ xâm lấn

Mức độ xâm lấn	n	Tỷ lệ (%)
Không xâm lấn, có đè đẩy giao thoa thị giác	44	78,57
U xâm lấn lên trên (trên hố yên, cuống tuyến yên, giao thoa thị giác)	7	12,50
Xâm lấn xoang hang	3	5,35
U xâm lấn lên trên, hai bên, đè đẩy và gây giãn não thất	2	3,58
Tổng	56	100

Nhận xét: Chiếm tỷ lệ cao nhất (78,57%) là u không xâm lấn. 7 BN có u xâm lấn lên trên, chiếm 12,5%; có 3 BN có xâm lấn xoang hang chiếm 5,35%; có 2 BN chiếm 3,58% u kích thước lớn xâm lấn lên trên, sang hai bên, đè đẩy, giãn não thất.

Nhận xét: hầu hết các BN có triệu chứng đau đầu được cải thiện nhiều nhất.

Bảng 7. Thay đổi một số xét nghiệm sau phẫu thuật (n = 56)

Chỉ số xét nghiệm	Giá trị trung bình + Độ lệch chuẩn		p
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
Glucose	6,1 + 3,2	5,6 + 1,1	>0,05
Na+	139 + 4	139 + 5	>0,05
K+	3,7 + 0,3	3,8 + 0,3	>0,05
Hemoglobin	134 + 15	128 + 12	>0,05
Bạch cầu	8,0 + 2,4	9,3 + 3,6	>0,05
Bạch cầu trung tính	58,0+14,5	68,6+14,5	>0,05

Nhận xét: Chỉ số XN ở BN sau phẫu thuật có thay đổi không khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 8. Thay đổi nồng độ một số hormon u tiết GH và ACTH sau phẫu thuật

Chỉ số hormon	Giá trị trung bình + Độ lệch chuẩn		p
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	
GH	40+27,25	1,7+0,3	<0,05
ACTH	76,38+20,67	5,825+6,37	<0,05
Cortisol máu 8h	823,13 +100,93	195,05 +191,41	<0,05

Nhận xét: Sau phẫu thuật, hormon đặc trưng với 2 loại u tiết GH và u tiết ACTH thay đổi nhiều nhất về giới hạn bình thường và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 9. Đặc điểm sinh hóa bệnh nhân u tuyến yên tiết GH sau phẫu thuật

Xét nghiệm	Giá trị trung bình (trước phẫu thuật)	Giá trị trung bình (sau phẫu thuật)	p
Glucose máu (mmol/l)	14,7 ± 8,92	5,83 ± 1,342	<0,05
Liều insulin (đơn vị/ ngày)	68 ± 5,65	41 ± 4,24	<0,05

Nhận xét: Sau phẫu thuật, đường máu và liều insulin ở BN u tiết GH đều giảm có ý nghĩa.

Bảng 10. Biến chứng sau phẫu thuật tuyến yên

Biến chứng sau mổ		n	%
Loại biến chứng	Chảy máu	1	8,3
	Chảy dịch não tủy	2	16,7
	Đái tháo nhạt	6	50
	Suy thượng thận	3	25
Tổng		12	100

Nhận xét: Có 12/56 BN có biến chứng sau mổ chiếm 21,43%, đáng kể đến là biến chứng đái tháo nhạt (50,0%), biến chứng và suy tuyến thượng thận (25%). Một BN có thể có nhiều biến chứng.

Kết quả chụp MRI tuyến yên sau ra viện 1 tháng ở 41 BN: 46,42% BN không còn tổn thương, còn 26,79% còn tổn thương.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân u tuyến yên. Nghiên cứu có tỷ lệ nam/nữ là: 1,8/1, cao hơn một số nghiên cứu [2], [8]. Tuổi trung bình của BN u tuyến yên 48,5 + 13,7. Có thể thời điểm hiện nay thông tin bùng nổ, người dân có ý thức quan tâm, lo lắng sức khỏe nhiều hơn trước đó nên chỉ cần có biểu hiện bất thường, bệnh nhân sẵn sàng đi khám sớm.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên. Chẩn đoán u tuyến yên dựa vào đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm hormon và sinh hóa, chụp MRI tuyến yên [1], [6]. Có 51,8% BN u tuyến yên không gây ra rối loạn tiết và 22 BN u gây suy tuyến yên chiếm 39,3%. Còn lại rất ít (8,9%) BN u tuyến yên có hoạt tính nội tiết gồm 2 loại u tiết GH và u tiết ACTH. BN u tuyến yên không tiết hormon nhưng gây hiệu ứng khối làm người bệnh đau đầu và giảm thị lực; BN suy tuyến yên do có thiếu hụt hormon tuyến yên nên ngoài triệu chứng thần kinh còn có các biểu hiện mệt mỏi, buồn nôn, chậm chạp hoặc thậm chí sốt không rõ nguyên nhân khiến người bệnh đi khám [3], [4], [5].

BN được chẩn đoán u tiết ACTH có kích thước u nhỏ nhất < 5mm. Đây cũng là một trong bốn loại khối u có kích thước trung bình nhỏ nhất ($3,9 \pm 1,27\text{mm}$). BN u tuyến yên gây suy tuyến yên có kích thước lớn nhất ($28,62 \pm 11,19\text{mm}$). Điều này cũng phù hợp với đặc điểm khối u to gây chèn ép làm suy giảm hormon của tuyến yên.

4.3. Kết quả điều trị u tuyến yên trước và sau phẫu thuật. Sau điều trị, hầu hết các BN có giảm tác động của hiệu ứng khối, do vậy cải thiện triệu chứng thần kinh, nhiều nhất là giảm đau đầu. Hormon đặc trưng với 2 loại u tiết GH và ACTH thay đổi nhiều, đã giảm và trở về giới hạn bình thường có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), giúp hạn chế ảnh hưởng của hormon đến các cơ quan trong cơ thể, giảm tỷ lệ tử vong [5], [7]. Chỉ số XN sinh hóa và huyết học của BN trước và sau phẫu thuật có thay đổi, nhưng chưa có sự khác biệt có ý nghĩa ($p > 0,05$). Điều này cho thấy khi BN được chuẩn bị tốt trước phẫu thuật sẽ giảm nguy cơ nhiễm trùng, hạ đường huyết, rối loạn điện giải [1]. Có 12/ 56 BN sau phẫu thuật gặp biến chứng, đáng kể là biến chứng đái tháo nhạt 10,7%, suy tuyến thượng thận 5,35%. Một BN có thể có nhiều biến chứng [8].

V. KẾT LUẬN

U tuyến yên gặp ở cả nam và nữ, tuổi từ trẻ đến người già. U tuyến yên có 3 nhóm chính: u tiết hormon, u gây suy tuyến yên, u không tiết hormon. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm phụ thuộc loại u, kích thước và mức độ xâm lấn. Điều trị nội khoa và ngoại khoa mang lại nhiều lợi ích cho BN, cải thiện triệu chứng và giảm các tác động do khối u gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Trung Quân.** Hội chứng Cushing, suy thượng thận mạn tính - Chương 7 nội tiết - Bệnh học Nội khoa. Nhà xuất bản Y học. 2020; 386 - 387, 399 - 405.
- Lê Thanh Huyền.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến yên trước và sau phẫu thuật. Luận văn Bác sỹ nội trú. Đại học Y Hà Nội. 2015.
- Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Nội tiết học trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Y học 2021; 8.
- Lacroix A, Felders RA, Stratakis CA, Nieman LK.** Cushing's syndrome. Lancet. 2015; 386: 913 - 927.
- Newell - Price JDC.** Cushing disease. In: Melmed S, ed. The Pituitary. 4th ed. Academic Press. 2017; 525 - 571.
- Molitch ME.** Diagnosis and treatment of pituitary adenomas: a review. JAMA 2017; 31 (5): 516 - 524.
- Katznelson I, Laws E, Sholomo M et al.** Acromegaly: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014; 99 (11): 3933 - 3951.
- Viera LN, Boguszewski CL, Araujo LA, et al.** A review on the diagnosis and treatment of patients with clinically nonfunctioning pituitary adenomas by the Neuroendocrinology Department of the Brazilian Society of Endocrinology and Metabolism. Arch Endocrinol Metab. 2016. 60 (4): 374 - 390.

TỶ LỆ RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA NỘI THUỘC TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN AN MINH NĂM 2023

Nguyễn Trường Đông¹, Lê Xuân Hiếu², Trần Thị Tú Trinh²,
Trần Thái Ngọc³, Nguyễn Hữu Chương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp trên lâm sàng và làm gia tăng đáng kể các biến cố tim mạch. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện An Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 150 bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện An Minh. **Kết quả:** Bệnh nhân đang điều trị tại Khoa Nội có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao 69,0%. Có mối liên quan giữa rối loạn lipid máu với nghề nghiệp, tiền sử gia đình có rối loạn lipid máu và mức độ uống rượu với $p < 0,001$. Những bệnh nhân có sử dụng rượu mức độ quá mức có tỷ lệ rối loạn lipid máu nhiều hơn so với nhóm sử dụng rượu mức độ vừa phải. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đang điều trị nội trú tại Khoa Nội chiếm tỷ lệ cao, đặc biệt là ở bệnh nhân có tiền sử gia đình mắc rối loạn lipid máu, sử dụng rượu quá mức. **Từ khóa:** rối loạn lipid máu, trung tâm y tế huyện An Minh, điều trị nội trú

SUMMARY

PREVALENCE OF BLOOD LIPID DISORDERS AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH INPATIENT TREATMENT AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE OF AN MINH DISTRICT MEDICAL CENTER IN 2023

Background: Dyslipidemia is a common cardiovascular risk factor in clinical practice and significantly increases cardiovascular events. **Objective:** Determine the rate of dyslipidemia and related factors in inpatients at the Department of Internal Medicine, An Minh District Medical Center. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on a total of 150 inpatients at the Department of Internal Medicine, An Minh District Medical Center. **Results:** Patients being treated at the Department of Internal Medicine had a high rate of dyslipidemia of 69.0%. There was an association between dyslipidemia and occupation, family history of dyslipidemia and level of alcohol consumption ($p < 0.001$). Patients with excessive alcohol use had a higher rate of dyslipidemia than the group with moderate alcohol use. **Conclusion:** Dyslipidemia in patients undergoing inpatient treatment at the Department of Internal Medicine accounted for a high rate, especially in patients with a family history of dyslipidemia and excessive alcohol use.

Keywords: lipid disorders, An Minh district medical center, inpatient treatment

¹Trung tâm Y tế huyện An Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Đại học Sư phạm Thể dục thể thao TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chương

Email: nhchuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023