

kháng kháng sinh nghiêm trọng hơn, và do đó, chúng trở nên quan trọng hơn trên lâm sàng.

Bên cạnh các tác nhân vi khuẩn, trong nghiên cứu này của chúng tôi tìm thấy 15/39 (38,5%) mẫu bàn tay là ổ chứa *Candida* spp, trong đó có 3 chủng phân lập được từ khoa Hồi sức tích cực. Trong những năm gần đây, ngày càng có nhiều nghiên cứu phát hiện ra rằng con đường lây nhiễm ngoại sinh không phải là hiểm bởi môi trường và bàn tay bẩn của NVYT. Nghiên cứu của Sakita phát hiện *Candida* spp trên bề mặt dụng cụ ICU với tỷ lệ 22,45% và 63,15 % trên nhân viên [5]. Tổng cộng có 34,1% NVYT trong nghiên cứu của Yildirim mang *Candida* spp trên bàn tay của mình, trong đó điều dưỡng chiếm 30,7%, bác sỹ: 25,8% và 28,6% trên kỹ thuật viên xét nghiệm [8]. Các bệnh cảnh do *Candida* gây ra rất đa dạng, đặc biệt trên những người có sức đề kháng kém, hệ miễn dịch bị suy giảm. Ngoài các nhiễm trùng đường sinh dục thường thấy, *Candida* còn có thể gây viêm phổi, viêm màng não,... Chính vì vậy, sự tồn tại của nhóm vi sinh vật này trên bàn tay NVYT cần đáng được quan tâm.

Có thể nói, sự tồn tại của các vi sinh vật bàn tay rất đa dạng. Trong điều kiện bình thường, chúng có thể chỉ là vi sinh vật thường trú hoặc vắng lai nhưng trong những điều kiện thuận lợi nhất định, chúng sẵn sàng gây bệnh khi có cơ hội.

V. KẾT LUẬN

Hệ vi khuẩn bàn tay của NVYT khá phong phú với nhiều chi, loài. Trong đó, nhiều vi khuẩn phân lập được là tác nhân gây bệnh quan trọng như *S. aureus*, *A. baumannii*, *Salmonella* spp,... và vi nấm *Candida* spp. Kết quả của nghiên cứu góp phần khẳng định mối liên quan trực tiếp của bàn tay NVYT trong vai trò là trung gian lây

truyền các NKBV. Do vậy, việc tuân thủ vệ sinh tay đúng cách và đạt chất lượng là vô cùng thiết yếu nhằm loại bỏ hoặc giảm bớt các vi sinh vật trên bàn tay NVYT, giúp hạn chế NKBV trong điều kiện hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BỘ Y TẾ** (2017), "Hướng dẫn thực hành Vệ sinh tay trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh" (Ban hành kèm theo quyết định số 3916/QĐ_BYT ngày 28/8/2017 của Bộ trưởng Bộ y tế).
2. **Huỳnh Minh Tuấn và cộng sự**, (2012), "Phổ vi sinh vật trên bàn tay nhân viên y tế tại bệnh viện Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh", Nghiên cứu y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16 (Phụ bản số 1).
3. **Lê Thị Anh Thư, Vương Thị Nguyên Thảo, Nguyễn Phúc Tiến**, (2002), "Đánh giá số lượng vi khuẩn trên tay của nhân viên y tế tại bệnh viện Chợ Rẫy", Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học điều dưỡng lần thứ nhất, 2002.
4. **Didier Pittet, MD, MS; Sasi Dharan, MT; Sylvie Touveneau, RN; et al** (1999), "Bacterial Contamination of the Hands of Hospital Staff During Routine Patient Care", America Medical Association. 159 (821-826).
5. **K.M. Sakita, D. R. Faria et al**, (2017), "Healthcare workers' hands as a vehicle for the transmission of virulent strains of *Candida* spp.: A virulence factor approach", Microb Pathog. 113, pp. 225-232.
6. **Kylesh D. Pegu, Helen Perrie; et al**, (2021), "Microbial contamination of the hands of healthcare providers in the operating theatre of a central hospital",
7. **M. Nawa, P. Nkhoma et al**, (2021), "Bacteriological profile and antimicrobial efficacy of alcohol-based hand rubs among health care workers and family caregivers at the children's university teaching hospital in Lusaka, Zambia", Scientific African. 12(e00775).
8. **M. Yildirim, I. Sahin, A. Kucukbayrak, D. Ozdemir et al**, (2007), "Hand carriage of *Candida* species and risk factors in hospital personnel", Mycoses. 50(3), pp. 189-92.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ TỔN THƯƠNG MẮT

Nguyễn Thanh Xuân¹, Nguyễn Văn Thắng²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Quân y 103

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

Mục tiêu: nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ tim mạch và đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương mắt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 57 bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương mắt điều trị từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 7 năm 2017 tại Khoa nội tiết Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương mắt có các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao: bệnh nhân có tuổi cao (>60 tuổi) chiếm: 75,44%, giới nam chiếm: 61,16%, rối loạn lipid máu chiếm: 56%. Tỷ lệ bệnh nhân có kiểm

soát nồng độ glucose máu kém và trung bình chiếm: 83%, kiểm soát HbA1c kém và trung bình chiếm: 93%. Tổn thương mắt với tỷ lệ: tổn thương hai mắt: 89,4%, thị lực kém (<3/10): 16,7%, tăng nhãn áp: 1,85%, tổn thương võng mạc: 93,5%, đục thủy tinh thể: 79,6%, tổn thương khác: 25,9%. **Kết luận:** Bệnh nhân ĐTD có tổn thương mắt có tỷ lệ cao các yếu tố nguy cơ tim mạch như tuổi, giới nam, rối loạn lipid máu và kiểm soát glucose, HbA1c trung bình và kém; tổn thương mắt chủ yếu là tổn thương cả 2 mắt, tổn thương võng mạc và đục thủy tinh thể.

Từ khóa: Yếu tố nguy cơ tim mạch, Đái tháo đường, Tổn thương mắt.

SUMMARY

SOME CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN DIABETES PATIENTS WITH EYE DAMAGE

Objectives: to study some cardiovascular risk factors and eye damage characteristics in diabetic patients with eye damage. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study in 57 diabetic patients with eye damage Who were treated from March 2017 to July 2017 at the Endocrinology Department of Military Hospital 103. **Results:** Diabetic patients with eye damage had a high percentage of cardiovascular risk factors: elderly patients (>60 years old) were 75.44%, men were 61.16%, disordered patients were 75.44%. dyslipidemia were 56%. The proportion of patients with poor and moderate blood glucose control were: 83%, poor and moderate HbA1c control were 93%. Eye damage with the rate: binocular damage: 89.4%, poor vision (<3/10): 16.7%, glaucoma: 1.85%, retinal damage: 93.5%, cataract: 79.6%, other lesions: 25.9%. **Conclusion:** Diabetic patients with eye damage have high rates of cardiovascular risk factors such as age, male sex, moderate and poor glucose and HbA1c control; Eye damage is mainly damage to both eyes, retinal damage and cataract.

Keywords: Cardiovascular risk factors, Diabetes, Eye damage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTD) đang là một trong những bệnh không lây nhiễm hàng đầu trên thế giới. Trong đó, ĐTD týp 2 chiếm tỷ lệ trên 90%, bệnh tiến triển từ từ, âm thầm và khi kết hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm để lại di chứng nặng nề cho người bệnh [1]. Tổn thương mắt là tổn thương thường gặp trên bệnh nhân ĐTD týp 2 và có mối liên quan chặt chẽ với tiến triển của bệnh lý này. Các tổn thương tại mắt bao gồm các tổn thương xuất hiện trên võng mạc liên quan đến tổn thương vi mạch, các tổn thương thủy tinh thể liên quan rối loạn chuyển hóa đường, các tổn thương bề mặt nhãn cầu chủ yếu do viêm, nhiễm trùng. Hậu quả của các tổn thương này từ gây ra các khó chịu trên bề mặt nhãn cầu, giảm thị lực, ảnh hưởng chất lượng thị

giác, đến mất chức năng thị giác. Trong quản lý, theo dõi và điều trị người bệnh đái tháo đường thì khám phát hiện các biến chứng tổn thương mắt được quan tâm và thường xuyên nhằm phát hiện sớm và dự phòng những biến chứng nguy hiểm gây tàn phế. Chính vì vậy, nghiên cứu này tiến hành nhằm: *Tim hiểu mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc điểm tổn thương mắt ở những người đái tháo đường có tổn thương mắt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 57 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTD týp 2 và khám phát hiện có biến chứng mắt, tại khoa Khớp- Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 03/2017 - 7/2017

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ĐTD týp 2; khám phát hiện tổn thương tại mắt do ĐTD; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bệnh lý tại mắt trước đây; tổn thương mắt do nguyên nhân khác: tăng huyết áp, chấn thương, phẫu thuật... Có bệnh nội tiết khác: Basedow, hội chứng Cushing, to đầu chi...; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

+ Khám toàn thân: xác định tình trạng toàn thân, ý thức, các biến chứng cấp tính, các biến chứng toàn thân khác.

+ Khám tại mắt: Đo thị lực: sử dụng bảng thị lực Landolt, thử kính để xác định thị lực tối đa, chuyển sang đơn vị LogMAR để tính toán; Đo nhãn áp: sử dụng nhãn áp kế Maclakov; Khám bán phần trước: sử dụng sinh hiển vi đèn khe, phát hiện các bất thường trên giác mạc, tiền phòng, thể thủy tinh; Khám bán phần sau: sau giãn đồng tử bằng Mydrin - P 1%. Sử dụng kính Volk cùng sinh hiển vi đèn khe quan sát dịch kính, màng dịch kính sau, võng mạc hậu cực, gai thị. Chụp cắt lớp võng mạc: chụp OCT võng mạc vùng hoàng điểm có phân tích độ dày võng mạc trung tâm (VMTT), độ dày VM vùng hoàng điểm trung bình, vị trí tăng độ dày, hình thái phù, diện tích tăng độ dày.

- **Một số tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:** **nhóm tuổi:** chia thành 2 nhóm: ≤ 60 tuổi và > 60 tuổi; **Giới:** nam và nữ; **Thời gian phát hiện:** tính theo năm, từ khi BN được chẩn đoán ĐTD týp 2 đến thời điểm khám phát hiện tổn thương tại mắt, căn cứ theo hỏi bệnh, hồ sơ

khám bệnh, và khám lâm sàng; **Chỉ số đường máu:** chia thành 3 nhóm: kiểm soát tốt: <7mmol/l, kiểm soát chấp nhận được: 7-10 mmol/l, kiểm soát kém: >10mmol/l; **Chỉ số HbA1C:** chia thành 3 nhóm: kiểm soát tốt: ≤ 6,5%, kiểm soát chấp nhận được: 6,5%-7,5%, kiểm soát kém: ≥7,5% [1]; **Thị lực:** Phân mức độ theo bảng phân loại của tổ chức Y tế thế giới (1997): Thị lực kém: <3/10 (>0,5 đơn vị LogMAR), thị lực trung bình: 3/10 ≤ và ≤ 8/10 (0,5 ≤ và < 0,1 đơn vị LogMAR), thị lực tốt: > 8/10 (≥ 0,1 đơn vị LogMAR); **Nhãn áp:** Giới hạn bình thường trong khoảng 15 đến 24 mmHg. Đo theo phương pháp Maclakop; **Hình thái đục thủy tinh thể:** căn cứ trên khám sinh hiển vi đèn khe; **Các triệu chứng trên võng mạc (VM):** quan sát trên soi đáy mắt kết hợp chụp OCT.

- Kết quả nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng chương trình Excel và SPSS 16.0. Trong các phân tích, giá trị p < 0,05 là có ý nghĩa thống kê. Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

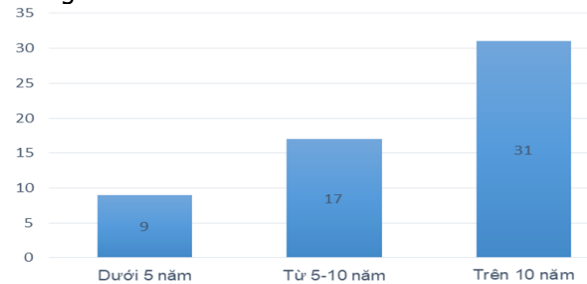
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới. Tuổi trung bình là 64,7 ± 11,8 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 33 tuổi. Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi theo bảng sau:

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, giới

Nhóm tuổi, giới	Số bệnh nhân (n=57)	Tỷ lệ (%)
≤ 60 tuổi	14	24,56
>60 tuổi	43	75,44
Giới nam/giới nữ	36/21	63,16/36,84

Nhóm > 60 tuổi chiếm 75,44% nhiều hơn nhóm ≤ 60 tuổi chỉ chiếm 24,56%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Như vậy ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng mắt, thì tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi chiếm ưu thế hơn rất nhiều. Giới nam có tổn thương mắt nhiều hơn nữ, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

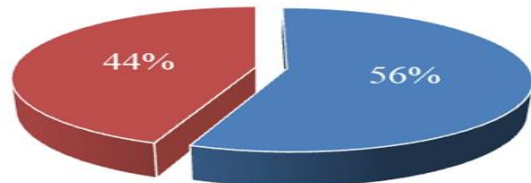


Biểu đồ 3.1. Phân bố thời gian tiến triển
Thời gian phát hiện bệnh cao nhất là 20 năm,

thấp nhất là 1năm, trung bình 8,3 ± 5,2 năm. Số BN có thời gian phát hiện <5 năm (15,79%), ít hơn số BN có thời gian phát hiện >5 năm (84,21%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

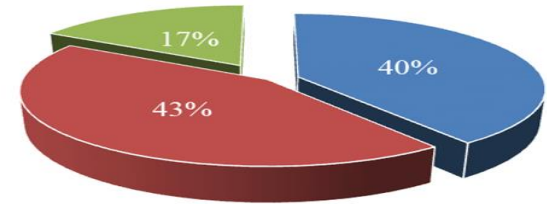
Bảng 3.2. Đặc điểm chỉ số sinh hóa máu

Chỉ số	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Cholesterol (mmol/l)	2,22	7,74	4,88±1,17
Triglycerid (mmol/l)	0,55	9,55	2,53±1,83
Glucose (mmol/l)	3,10	37,23	15,22±6,93
HbA1C (%)	5,80	20,40	9,67±3,03



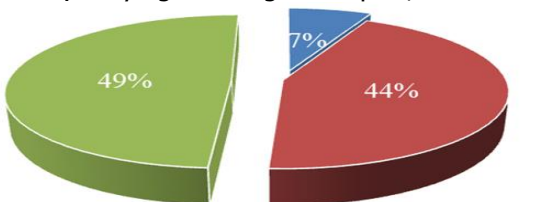
Biểu đồ 3.2. Phân bố rối loạn lipid máu

Rối loạn chuyển hóa lipid xuất hiện trên 43 BN chiếm 56%, không rối loạn lipid trên 24 BN chiếm 44%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3.3. Phân bố tình trạng kiểm soát đường huyết

Trong nhóm nghiên cứu, BN kiểm soát đường huyết tốt (<7mmol/l) chiếm 17%, BN kiểm soát đường huyết ở mức trung bình (7-10 mmol/l) chiếm 43%, BN kiểm soát đường huyết kém (>10mmol/l) chiếm 40%. Số BN kiểm soát kém và trung bình (83%) nhiều hơn kiểm soát tốt (17%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.



Biểu đồ 3.4. Phân bố tình trạng kiểm soát HbA1c

Kết quả BN kiểm soát HbA1c tốt (<6,5%) chiếm 7%, BN kiểm soát HbA1c ở mức trung bình (6,5-7,5%) chiếm 49%, BN kiểm soát HbA1c kém (>7,5%) chiếm 44%. Số BN kiểm soát kém và trung bình (93%) nhiều hơn kiểm soát tốt (7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Đặc điểm tổn thương mắt

Bảng 3.3. Số mắt bị tổn thương

Số mắt tổn thương	Số bệnh nhân (n = 57)	Tỷ lệ (%)
Một mắt	6	10,6
Hai mắt	51	89,4

Số BN chỉ có tổn thương chỉ 1 mắt chiếm 10,6% ít hơn số BN có tổn thương cả 2 mắt chiếm 89,4%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương mắt

Loại tổn thương	Số mắt (n = 108)	Tỷ lệ (%)
Thị lực kém < 3/10	28	16,7
Tăng nhãn áp (≥ 25 mmHg)	2	1,85
Tổn thương võng mạc	101	93,5
Tổn thương đục thủy tinh thể	86	79,6
Tổn thương khác (chấp, lẹo, khô mắt, glacom tân mạch, viêm bờ mi)	28	25,9

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Tuổi trung bình của là $64,7 \pm 11,8$, nhỏ nhất là 33 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu chúng tôi cũng cao hơn kết quả chương trình Diabcare - Asia (1998) tuổi mắc bệnh trung bình là $57,7 \pm 12,2$ năm [2], Diabcare - Việt Nam tuổi trung bình mắc bệnh là $57,6 \pm 13,2$ năm, nghiên cứu của P.V.Anh tuổi mắc bệnh trung bình là $57,7 \pm 12,59$, nghiên cứu của tác giả T. A. Tuấn độ tuổi trung bình là $51,49 \pm 9,64$ [3]. Như vậy, những BN có tuổi cao hơn thì nguy cơ có biến chứng ĐTĐ cao hơn.

Theo nghiên cứu của Jame Orcutt (2004) [4] thì tỷ lệ BN bị đái tháo đường có độ tuổi trên và dưới 60 tuổi có tổn thương ở mắt là 55% và 45%. Điều này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi, khi nhóm BN > 60 tuổi, nhiều hơn nhóm BN ≤ 60 tuổi khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Như vậy, BN mắc ĐTĐ cùng với yếu tố tuổi cao tỷ lệ xuất hiện biến chứng tại mắt cao hơn.

Giới tính: tỷ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ, tỷ lệ nam chiếm 63,16% tỷ lệ nam giới là 36,84%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. BN nam và nữ khác nhau về cấu trúc, sinh lý và hormon, tuy nhiên có thể khi mắt ĐTĐ đã số ở những bệnh nhân đã cao tuổi, yếu tố giới không còn sự khác biệt quá lớn do đó quá trình rối loạn

chuyển hóa đường gây ra tổn thương tại mắt không có sự khác biệt.

Thời gian phát hiện bệnh: thời gian phát hiện bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi từ 1-20 năm, thời gian trung bình là $8,3 \pm 5,2$ năm trong đó nhóm trên 10 năm chiếm đa số, kết tương đương với Klein và cs là 8,4 năm, N.N.P.Uyên (2015) trung bình $9,4 \pm 0,6$ năm.

Glucose máu và HbA1c: Nồng độ glucose máu trung bình của BN trong nghiên cứu của chúng tôi là $15,22 \pm 6,93$ mmol/l. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả T.V.Bình (2004) $11,8 \pm 2,5$ mmol/l, Spijkerman và cs là $9,0 \pm 1,35$ mmol/l. Mức độ kiểm soát đường máu của chúng tôi cho thấy mức độ kiểm soát kém và trung bình chiếm đa số với 29% là có tình hình kiểm soát đường huyết tốt, 45,2% kiểm soát đường huyết ở mức trung bình, 25,8% kiểm soát đường huyết kém. Giá trị HbA1c trung bình là $9,67 \pm 3,03\%$. Về mức độ kiểm soát HbA1c cũng cho thấy mức độ kiểm soát kém và trung bình chiếm ưu thế hơn so với mức độ kiểm soát tốt. Theo nghiên cứu về đái tháo đường ở Việt Nam năm 2002 – 2003, khoảng 80% bệnh nhân đái tháo đường ở nước ta không có được tình trạng kiểm soát đường huyết tốt. Theo chúng tôi, ngoài công tác khám điều trị cần nâng cao ý thức chấp hành điều trị của BN.

Rối loạn lipid máu: kết quả cho thấy rối loạn chuyển hóa lipid và không rối loạn khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên tỷ lệ BN có tăng triglycerid (65,6%), tăng cholesterol (34,5%) cao tương tự kết quả trong nghiên cứu của T.V.Bình tăng triglycerid (60,8%), tăng cholesterol máu (26,9%). Các rối loạn lipid máu có vai trò quan trọng làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch, làm thay đổi chức năng nội mạc, do đó dẫn tới các tổn thương tại mạch máu nói chung và hệ mạch máu võng mạc nói riêng. Li Yin (2020) các yếu tố nguy cơ thời gian mắc bệnh, rối loạn lipid máu, thừa cân, tăng huyết áp có liên quan chặt với tổn thương võng mạc và mức độ tổn thương mắt ở bệnh nhân ĐTĐ [5].

Tổn thương mắt: Kết quả nghiên cứu thị lực cao nhất là 0,3, thấp nhất là 1,0, trung bình là $0,7 \pm 0,21$. Đồng thời theo phân mức thị lực thì cũng cho thấy thị lực mức độ trung bình chiếm đa số, nhiều hơn nhóm thị lực tốt và kém, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, kết quả này khác với tác giả N.B.Chiến (2006) nghiên cứu trên 31 (67,7%) thị lực còn ở mức kém (%) chiếm tỷ lệ cao nhất, 3 mắt (9,7%) có thị lực tốt, 7 mắt (22,6%) có thị lực kém, Nhưng lại tương tự kết quả nghiên cứu của P.T.T.Như (2012) trên

166 mắt bị bệnh VMĐTĐ thì tỷ lệ số mắt có thị lực khá và tốt là 51,8%, thị lực kém 33,73%, gần mù chiếm 14,45% [7]. Như vậy, nhìn chung nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi có thị lực cao hơn, sự khác biệt theo chúng tôi cũng gây ra bởi 3 lý do: thứ nhất các BN có số lượng lớn nằm trong nhóm giai đoạn sớm (chưa tăng sinh), thứ hai hầu hết BN đến khám là do nhìn mờ nên đây là vấn đề BN quan tâm nhất, thứ ba các nghiên cứu có thị lực thấp hơn chủ yếu thực hiện trên nhóm đối tượng có tổn thương mắt ở giai đoạn muộn.

Nhấn áp trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết nằm trong giới hạn bình thường (98,15%), tuy nhiên có 2 mắt có tăng nhãn áp đều được khám phát hiện là bệnh Glacom tân mạch thuộc cùng 1 BN. Như vậy, theo chúng tôi mặc dù nhãn áp ít có ý nghĩa trong đánh giá biến chứng do ĐTĐ gây ra, nhưng nếu nhãn áp cao nên lưu ý thăm khám tân mạch xuất hiện trên mống mắt để phát hiện glacom tân mạch.

Mắt có tổn thương: Số BN có tổn thương trên cả 2 mắt là 102 (89,47%), cao hơn số BN có tổn thương chỉ ở 1 mắt là 6 (10,53%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. ĐTĐ là bệnh lý toàn thân, gây ra tổn thương có tính hệ thống do vậy tổn thương này sẽ xuất hiện trên cả hai mắt, tuy giai đoạn có thể khác nhau. Trên 6 mắt bị bệnh ở một mắt thì thấy đều là ở giai đoạn sớm của tổn thương hiện có, do vậy đó có thể là lý do BN chưa có biểu hiện tại mắt còn lại. Như vậy, theo chúng tôi, khi BN xuất hiện biểu hiện tổn thương trên 1 mắt thì luôn cần thăm khám kỹ mắt còn lại hoặc có thái độ theo dõi chặt chẽ. Đa số bệnh nhân đều bị phù hoàng điểm cả hai bên (70,3%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương VM chiếm (93,5%), đục TTT chiếm (79,6%), các tổn thương khác (chắp, lệ, khô mắt, glacom tân mạch, viêm bờ mi) chiếm (25,9%). Tổn thương võng mạc chiếm tỷ lệ cao nhất, điều này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu hiện nay về vấn đề tổn thương mắt do ĐTĐ. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra được cơ chế gây bệnh rõ ràng của ĐTĐ trên hệ mạch của võng mạc, đó là các tổn thương vi mạch có liên quan tắc nghẽn mạch, và thiếu máu. Điều đó cho thấy khám võng mạc thông qua các biện pháp khám lâm sàng cũng như các phương tiện chẩn đoán hình ảnh là hết sức cần thiết. Từ đó định hướng cho bác sỹ lâm sàng theo dõi, kiểm soát biến chứng do ĐTĐ

Các tổn thương khác xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn, gồm các tổn thương bề mặt, hoặc biến chứng sau của quá trình thiếu máu võng mạc. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi là cao hơn so với những nghiên cứu về tỷ lệ xuất hiện những

tổn thương trên cộng đồng người ở cùng lứa tuổi. Do vậy, có thể khẳng định ĐTĐ đã làm xuất hiện các tổn thương trên sớm và nặng hơn. Từ đó sau nghiên cứu này, chúng ta cần giải quyết được phần nào các biến chứng đó thông qua kiểm soát bệnh ĐTĐ chứ không dừng ở mức điều trị tại chỗ đơn độc. Điều này có nhiều ý nghĩa vì hầu hết các tổn thương bệnh lý trên đều mang tính chất mạn tính kéo dài.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương mắt có các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao: bệnh nhân có tuổi cao (>60 tuổi) chiếm: 75,44%, giới nam chiếm: 61,16%, rối loạn lipid máu chiếm: 56%. Tỷ lệ BN có kiểm soát nồng độ glucose máu kém và trung bình chiếm: 83%, kiểm soát HbA1c kém và trung bình chiếm: 93%.

- Tổn thương mắt với tỷ lệ: tổn thương hai mắt: 89,4%, thị lực kém (<3/10): 16,7%, tăng nhãn áp: 1,85%, tổn thương võng mạc: 93,5%, đục thủy tinh thể: 79,6%, tổn thương khác: 25,9%.

Như vậy: Bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương mắt có tỷ lệ cao các yếu tố nguy cơ tim mạch như tuổi, giới nam, rối loạn lipid máu và kiểm soát glucose, HbA1c trung bình và kém; tổn thương mắt chủ yếu là tổn thương cả 2 mắt, tổn thương võng mạc và đục thủy tinh thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định: 5481/QĐ-BYT** về việc ban hành tài liệu chuyên môn "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", Bộ Y tế, 30/12/2020.
2. **Diabcare – Asia** (2003). "A Survey – Study on Diabetes Management and Diabetes Complication Status in Asian Countries". Vietnam. PP. 43 – 45.
3. **Trần Anh Tuấn, Phan Thị Anh Thư, Lê Thị Nguyệt** (2012), "Đánh giá kết quả ban đầu tầm soát bệnh võng mạc đái tháo đường từ xa bằng chương trình CARA", Nhân khoa Việt Nam (số 25-2012), tr.17-23.
4. **Orcutt, J. et al.** (2004), "Eye disease in veterans with diabetes", *Diabetes Care*. 27 Suppl 2, tr. B50-3.
5. **Li Yin, MS et al** (2020), "Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy in diabetic patients", *Medicine (Baltimore)*. 2020 Feb; 99(9): e19236. Published online 2020 Feb 28. doi: 10.1097/MD.00000000000019236.
6. **Nguyễn Quang Toàn** (2014), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng biến chứng mắt ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tăng huyết áp", Luận văn thạc sỹ, Học viện Quân y.
7. **Phan Thị Tố Như** (2012), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2", Luận văn thạc sỹ, Học viện Quân y.
8. **Williams R, Airey M, Baxter H, Forrester J, Kennedy-Martin T, Girach A**, "Epidemiology of diabetic retinopathy and macular oedema: a systematic review", *Eye* 2004; 18 (10): 963-983.