

nam giới, đối tượng chiều cao môi trên ngắn có tỷ lệ cười hở lợi là cao nhất (25,0%), tiếp đến là ở nhóm có môi trên dài (23,1%) và thấp nhất ở nhóm môi trung bình (17,1%), tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Vậy ta thấy cả hai giới thì tỷ lệ cười hở lợi cao nhất ở nhóm có chiều cao môi trên ngắn đồng thời có sự khác biệt về tỷ lệ cười hở lợi và không cười hở lợi giữa các nhóm chiều cao môi trên ngắn, trung bình và dài theo phân loại Fonseca RJ tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

***Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại cung cười:** Theo Sarver (2011), cung cười được định nghĩa là mối liên hệ giữa đường bờ cắn các răng trước hàm trên với đường viền trên môi dưới khi cười [7]. Xét trên mặt phẳng trán, hai đường này có thể song song, thẳng hay ngược hướng với nhau. Qua bảng 4 thấy tỷ lệ cười hở lợi cao nhất ở cung cười song song 25,1% và ít nhất ở cung cười ngược 17,9%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy (2005) cho rằng cả cung cười song song và cung cười phẳng đều được xem là thẩm mỹ [4], riêng đối với Sanjay M. Parekh (2005), cung cười song song là thẩm mỹ nhất, nghiên cứu của ông không đánh giá cao tính thẩm mỹ của dạng cung cười phẳng. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy cho thấy cung cười song song chiếm tỷ lệ cao nhất 65%, tiếp đến là cung cười ngược hướng 18% và thấp hơn là cung cười thẳng 17%, nghiên cứu cũng cho thấy nụ cười với cung cười thẳng và cung cười song song có tỷ lệ đánh giá đẹp ngang nhau (50,15% và 47,46%) [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cung cười song song cao nhất 56,4% giống nghiên cứu của Nguyễn Thu Thủy, nhưng cung cười thẳng là 35,8% và thấp nhất là cung cười

ngược chiếm 7,8%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ cười hở lợi và không cười hở lợi ở nhóm đối tượng có cung cười song song và cung cười thẳng và cung cười ngược ($p>0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại tương quan xương: Cười hở lợi gấp nhiều nhất ở nhóm tương quan xương loại II, loại III ít nhất.
- Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại theo chiều cao môi trên: Ở cả hai giới cười hở lợi gấp nhiều nhất nhóm môi trên ngắn.
- Tỷ lệ cười hở lợi theo phân loại cung cười: Cười hở lợi gấp nhiều nhất ở nhóm cung cười song song.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peck, S., L. Peck, and M. Kataja. (1992). The gingival smile line. *Angle Orthod.* 62(2): p. 91-100; discussion, 101-2.
2. Mouakeh M. (2003). Diagnosis and treatment of gummy smile condition. *Al-Hokail Polyclinic Academy*:[https://www.slideshare.net/marwanmouakeh/diagnosis-and-treatment-of-gummy smile](https://www.slideshare.net/marwanmouakeh/diagnosis-and-treatment-of-gummy-smile) 30724980 (Access: 12 august 2017).
3. Võ Trương Như Ngọc (2014). Phân tích kết cấu đầu - mặt và thẩm mỹ khuôn mặt, Nhà xuất bản Y học, tr. 30-5.
4. Nguyễn Thu Thủy (2007). Vẻ đẹp nụ cười và một số yếu tố ảnh hưởng. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập 11, phụ bản số 2, 190-198.
5. Lê Quang Linh, Nguyễn Mạnh Phú (2015). Đánh giá tỷ lệ cười hở lợi và các yếu tố liên quan ở nhóm sinh viên răng hàm mặt độ tuổi 20-25. Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ răng hàm mặt-Dai hoc Y HN.
6. Fonseca, R.J. and T.A. Turvey (2009). Oral and maxillofacial surgery: [3- volume set]. 3, 3, Saunders Elsevier, 978-1-4160-6656-9.
7. Sarver DM (2001). The importance of incisor positioning in the esthetic smile: the smile arc. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 120(2): 98-111.

KHẢO SÁT TỈ LỆ, ĐẶC ĐIỂM HỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN MSCT TIM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 CÓ BIẾN CHỨNG SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI

Cao Tân Phước*, Hoàng Trung Vinh**, Phạm Quốc Toản**

TÓM TẮT

*Bệnh viện Trưng Vương - TP HCM

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Toản

Email: toannephro@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ, đặc điểm hép động mạch vành (ĐMV) dựa vào chụp vi tính da lát cắt tim (MSCT) ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 73 BN đái tháo đường type 2 có biến chứng suy thận mạn tính giai đoạn cuối thuộc nhóm bệnh và 68 BN suy thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác thuộc nhóm chứng bệnh điều trị tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 03/2011 đến tháng 04/2015. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm thường quy, xét

nghiêm phospho, PTH máu; chụp vi tính 64 lát cắt tim. Tỷ lệ thương động mạch vành có ý nghĩa khi hep ≥ 50% diện tích lòng mạch. **Kết quả:** Tỷ lệ hep lòng động mạch vành ý nghĩa ở nhóm bệnh (đái tháo đường) cao hơn so với nhóm chứng bệnh (79,5% so với 26,8%; p < 0,05). Số nhánh, số đoạn hep ở BN thuộc nhóm bệnh có hep ĐMV cao hơn so với nhóm chứng bệnh nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa (nhánh: $1,78 \pm 0,87$ so với $1,39 \pm 0,61$; đoạn: $3,00 \pm 1,95$ so với $2,33 \pm 2,00$; p > 0,05). Tỷ lệ BN có hep nhiều nhánh ĐMV ý nghĩa ở nhóm bệnh cao hơn so với nhóm chứng nhưng khác biệt chưa có ý nghĩa (52,5% so với 33,4%; p > 0,05). Tỷ lệ BN hep ĐMV theo vị trí các nhánh ở nhóm bệnh khác biệt chưa có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh. Tuổi ≥ 60 (tuổi), nam giới, thời gian THA ≥ 5 năm, BMI ≥ 23, tăng phospho và tăng PTH ở nhóm bệnh liên quan không có ý nghĩa với hep ĐMV; thời gian suy thận mạn ≥ 2 năm là yếu tố gia tăng hep ĐMV ở nhóm bệnh. **Kết luận:** Hep động mạch vành gấp với tỷ lệ cao hơn ở BN suy thận mạn giai đoạn cuối do đái tháo đường; Số nhánh, số đoạn, vị trí nhánh hep ĐMV khác biệt chưa có ý nghĩa ở nhóm đái tháo đường so với nhóm chứng bệnh. Thời gian suy thận mạn ≥ 2 năm làm gia tăng có ý nghĩa hep ĐMV ở BN ĐTD có STMTGDC trong khi các yếu tố nguy cơ truyền thống khác liên quan chưa có ý nghĩa.

Từ khóa: hep ĐMV, bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối, MSCT

SUMMARY

STUDY OF THE RATE AND CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY STENOSIS BY CARDIAC MSCT IN DIABETIC END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS

Objective: The survey of the rate and characteristics of the coronary arteries stenosis by using cardiac MSCT in diabetic patients who have the end-stage of the chronic kidney disease. **Subjects and methods:** cross-sectional description, comparison of 73 diabetic end-stage kidney disease patients (diabetic group) and 68 end-stage kidney disease patients causing by others (control group). All patients were clinically examined and measured serum phosphorus, PTH levels. Cardiac MSCT was performed for all patients. **Result:** The rate of significant coronary arteries stenosis in diabetic group was significantly higher than in control group (79.5% versus 26.8%; p < 0.05). Mean of stenosed branches, segments of coronary arteries in diabetic group is not significantly higher than in control group (branch: 1.78 ± 0.87 versus 1.39 ± 0.61 ; segment: 3.00 ± 1.95 versus 2.33 ± 2.00 ; p > 0.05). The rate of multistenosed branches in diabetic group is not significantly higher than in control group (52.5% versus 33.4%; p > 0.05). Age ≥ 60 years, gender, period of hypertension ≥ 5 years, BMI ≥ 23, elevated phosphorus and PTH were not association between the proportion of patients have the significant stenosed coronary arteries in diabetic group but period of renal failure ≥ 2 years was significantly effected to them (OR = 3.6, p < 0.05). **Conclusion:** The rate of significant stenosed coronary arteries was significant higher in diabetic end-stage kidney disease patients. Characteristics of coronary

arteries stenosis in diabetic end-stage kidney disease patients was not significantly different from end-stage kidney disease patients causing by others.

Keywords: coronary artery stenosis, diabetic, end-stage renal disease, MSCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh nội tiết chuyển hóa gây ra biến chứng các cơ quan, mô trong cơ thể trong đó có thận và mạch vành tim. Đái tháo đường được coi là nguy cơ hàng đầu gây bệnh động mạch vành, làm gia tăng biến cố tim mạch và tỷ lệ tử vong. Biến chứng thận tiến triển nặng dẫn tới suy thận mạn giai đoạn cuối, rối loạn nội môi nặng nề, phối hợp của nhiều yếu tố khác nhau như: nhiễm độc, nhiễm toan, thiếu máu và rối loạn chuyển hóa canxi – phospho là nguyên nhân hình thành mảng vữa xơ gây hẹp động mạch vành ở BN BTMGDC, làm trầm trọng thêm các rối loạn nội môi sẵn có gây ra bởi đái tháo đường, làm tiến triển tổn thương và hẹp lòng động mạch vành bằng cách sử dụng các thuốc cản quang bị hạn chế ở những bệnh nhân có giảm chức năng thận giai đoạn sớm bởi nguy cơ tiến triển suy thận mạn nhanh hơn sau dùng thuốc. Thời điểm BN suy thận mạn giai đoạn cuối bắt đầu phải điều trị thay thế thận là phù hợp nhất để khảo sát tổn thương hẹp lòng ĐMV, làm cơ sở tiên lượng các biến cố tim mạch ở bệnh nhân điều trị thay thế thận bằng lọc máu hay ghép thận. Chụp cắt lớp vi tính da lát cắt tim là phương pháp không xâm nhập nhưng có độ chính xác cao trong đánh giá tổn thương hẹp động mạch vành, nhằm sàng lọc những BN có nguy cơ cao các biến cố tim mạch, can thiệp điều trị sớm cũng như tiên lượng cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm hẹp động mạch vành dựa vào chụp vi tính da lát cắt tim ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận mạn giai đoạn cuối"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 73 BN đái tháo đường тип 2 có biến chứng suy thận mạn tính giai đoạn cuối (nhóm bệnh) và 68 BN suy thận mạn tính giai đoạn cuối do các nguyên nhân khác (nhóm chứng bệnh) điều trị tại Bệnh viện Trung Ương từ tháng 03/2011 đến tháng 04/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng:

***Nhóm bệnh (BN đái tháo đường biến chứng BTMTGDC):**

+ Được chẩn đoán đái tháo đường тип 2 theo tiêu chuẩn Liên đoàn quốc tế năm 2011.

- + Thời gian phát hiện đái tháo đường trên 5 năm
- + Mức lọc cầu thận < 15ml /phút/1,73m²
- + Chưa lọc máu chu kỳ.

***Nhóm chứng bệnh(BN BTMTGDC không do đái tháo đường):**

- + Được chẩn đoán suy thận mạn do các nguyên nhân khác nhau không phải đái tháo đường.

+ Mức lọc cầu thận < 15ml/phút/1,73m²

+ Chưa lọc máu chu kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu

+ Suy tim mạn tính độ 4, rối loạn nhịp tim nặng.

+ Đột quỵ não giai đoạn cấp tính.

+ Hội chứng mạch vành cấp

+ Nhiễm khuẩn toàn thân mức độ nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

Một số tiêu chuẩn, phân loại sử dụng trong nghiên cứu

+ **Phân chia giải phẫu DMV:** theo phân chia của Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ, bao gồm 16 đoạn đó là các đoạn động mạch có đường kính trên 1,5mm được đánh số từ 1 đến 16.

+ **Hẹp động mạch vành ý nghĩa:** hẹp ≥ 50 % diện tích lòng động mạch

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu (n = 141)

Biến đổi chỉ số	Nhóm ĐTD(n = 73)	Nhóm chứng bệnh(n = 68)	p
Tuổi	61,8 ± 9,8	55,3 ± 15,8	< 0,05
Nam/nữ	29/44	36/32	> 0,05
Thời gian ĐTD (năm)	14,5 ± 5,6	-	
Thời gian tăng huyết áp	8,4 ± 6,0	5,0 ± 4,2	< 0,05
Thời gian suy thận mạn	2,9 ± 1,7	1,7 ± 1,1	< 0,05
BMI ≥ 23	30 (41,1)	7 (10,3)	< 0,05
Thiếu máu nặng (Hb < 70g/l)	30 (41,1)	37 (54,4)	> 0,05
Giảm canxi	68 (93,1)	58 (85,3)	> 0,05
Tăng phospho	60 (82,2)	54 (79,4)	> 0,05
Tăng PTH	31 (42,5)	32 (47,1)	> 0,05
Giảm albumin máu	60 (82,2)	44 (64,7)	< 0,05
Mức lọc cầu thận (ml/p)	9,3 ± 4,5	8,8 ± 4,6	> 0,05

Bảng 3.1: cho thấy tuổi trung bình, thời gian tăng huyết áp, thời gian phát hiện tăng huyết áp, thời gian phát hiện suy thận mạn, tỉ lệ BN có dư cân béo phì, giảm albumin máu ở nhóm đái tháo đường cao hơn nhóm chứng bệnh. Tỉ lệ về giới, tỉ lệ BN thiếu máu nặng, giảm canxi, tăng phospho, tăng PTH máu, giá trị trung bình mức lọc cầu thận ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2: So sánh tỷ lệ bệnh nhân hẹp động mạch vành có ý nghĩa

Động mạch vành	Nhóm ĐTD n = 73; n, (%)	Nhóm chứng bệnh n = 68; n, (%)	p
Hẹp có ý nghĩa	59 (79,5)	18 (26,8)	< 0,05

Kết quả cho thấy tỉ lệ bệnh nhân hẹp động mạch vành có ý nghĩa ở nhóm BN suy thận mạn do đái tháo đường cao hơn có ý nghĩa so với nhóm suy thận do các nguyên nhân khác.

Bảng 3.3: So sánh giá trị trung bình số nhánh, số đoạn ĐMV hẹp có ý nghĩa ở những BN hẹp có ý nghĩa ĐMV (n = 77)

	Nhóm ĐTD (n = 59)	Nhóm chứng bệnh (n = 18)	p
Số nhánh hẹp ý nghĩa	1,78 ± 0,87	1,39 ± 0,61	> 0,05
Số đoạn hẹp ý nghĩa	3,00 ± 1,95	2,33 ± 2,00	> 0,05

Giá trị trung bình số nhánh hẹp, số đoạn hẹp ở những bệnh nhân có hẹp ĐMV ý nghĩa ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4: So sánh tỉ lệ bệnh nhân dựa vào số nhánh động mạch vành hẹp có ý nghĩa (n = 77)

	Nhóm ĐTD (n = 59); n, (%)	Nhóm chứng bệnh (n = 18); n, (%)	p
Hẹp 1 nhánh	28 (47,5)	12 (66,6)	
Hẹp nhiều nhánh	31 (52,5)	6 (33,4)	> 0,05

Tỉ lệ BN hẹp nhiều nhánh ở hai nhóm khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5: Tí lệ bệnh nhân dựa vào vị trí động mạch vành hẹp có ý nghĩa (n=77)

	Nhóm ĐTD (n = 59)	Nhóm chứng bệnh (n = 18)	p
Thân chung	2 (3,39)	0 (0,0)	
Nhánh trái	49 (83,05)	13 (72,22)	> 0,05

Nhánh mủ	15 (25,42)	3 (16,67)	> 0,05
Nhánh phải	25 (42,37)	8 (44,44)	> 0,05

Tỉ lệ BN hép có ý nghĩa ĐMV thuộc các vị trí giải phẫu ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.6: Mối liên quan hép động mạch vành ý nghĩa với tuổi, giới, thời gian BTM, tăng huyết áp, BMI, tăng phospho và tăng PTH máu ở nhóm bệnh (n = 73)

Yếu tố	Biến đổi	Hep ĐMV (n, %)		OR	P
		Có	Không		
Tuổi (năm)	≥ 60	28 (38,4)	9 (12,3)	0,5	> 0,05
	< 60	31 (42,5)	5 (6,8)		
Giới	Nam	24 (32,9)	5 (6,8)	1,2	> 0,05
	Nữ	35 (47,9)	9 (12,3)		
Thời gian STM (năm)	≥ 2	35 (32,9)	4 (5,5)	3,6	< 0,05
	< 2	24 (32,9)	10 (13,7)		
Thời gian THA (năm)	≥ 5	38 (52,1)	7 (9,6)	1,8	> 0,05
	< 5	21 (28,8)	7 (9,6)		
BMI	≥ 23	25 (34,2)	5 (6,8)	1,3	> 0,05
	< 23	34 (46,6)	9 (12,3)		
Phospho máu	Tăng	51 (69,9)	9 (12,3)	3,5	> 0,05
	Bình thường	8 (11,0)	5 (6,8)		
Tăng PTH máu	Tăng	24 (32,9)	7 (9,6)	4,5	> 0,05
	Bình thường	35 (47,9)	7 (9,6)		

Nhóm bệnh nhân tuổi ≥ 60 (năm), giới liên quan chưa có ý nghĩa với hép ĐMV ở BN ĐTD cõ BTMTGDC. Thời gian tăng huyết áp, dư cân béo phì, tăng phosphor và PTH máu liên quan chưa có ý nghĩa với tỉ lệ hép ĐMV ở bệnh nhân BTMTGDC do đái tháo đường, trong khi thời gian suy thận mạn tính là yếu tố làm gia tăng tỉ lệ hép ĐMV ở BN STMTGDC do đái tháo đường.

IV. BÀN LUẬN

Tiễn triển của suy thận mạn tính tùy thuộc vào nguyên nhân gây suy thận, lứa tuổi phát hiện suy thận. Với những BN suy thận mạn tính do đái tháo đường xuất hiện ở lứa tuổi trung niên và tuổi già, trải qua thời gian dài diễn tiến ĐTD lâm sàng rồi mới tới giai đoạn biến đổi chức năng thận, thời điểm phát hiện biến đổi chức năng thận cũng sớm hơn so với suy thận do các nguyên nhân khác do BN thường xuyên phải theo dõi điều trị kiểm soát glucose máu. Bên cạnh đó, tăng huyết áp là biểu hiện hay gặp ở bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nhóm ĐTD cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Thời gian phát hiện suy thận mạn và tăng huyết áp ở nhóm ĐTD cũng cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Dư cân, béo phì là yếu tố nguy cơ đồng thời là đặc điểm thường tồn tại ở BN đái tháo đường, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ dư cân béo phì ở nhóm ĐTD cao hơn so với nhóm chứng bệnh (bảng 3.1). Các đối tượng nghiên cứu dù suy thận do các nguyên nhân khác nhau nhưng cùng ở giai đoạn cuối bệnh thận mạn nên các rối loạn đặc trưng chưa cho thấy sự khác biệt. Tỉ lệ BN thiếu máu, giảm canxi máu, tăng phospho, tăng PTH và mức lọc cầu thận là tương đương nhau ở 2 nhóm (bảng 3.1).

Đái tháo đường là nguy cơ hàng đầu gây bệnh động mạch vành, là nguyên nhân gây suy tim và các biến cố tim mạch. Suy thận mạn tính với những rối loạn đặc trưng cũng làm xuất hiện các yếu tố nguy cơ không truyền thống gây tổn thương ĐMV như: canxi hóa mạch vành, nhiễm toan, thiếu máu, stress oxy hóa, tăng homocysteine,... Bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận làm gia tăng nguy cơ tổn thương ĐMV, kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ hép ĐMV ý nghĩa ở BN ĐTD có biến chứng STMTGDC cao hơn so với BN STMTGDC do các nguyên nhân khác (79,5% so với 26,8%; p < 0,05; bảng 3.2). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Công (2012) ở 142 BN ĐTD có tổn thương thận giai đoạn sớm (MAU (+)) thì tỉ lệ hép là 36,6%, như vậy, khi suy thận tiến triển đến giai đoạn cuối làm gia tăng gấp đôi tỉ lệ BN có hép ĐMV ý nghĩa. Do đó, ở BN suy thận mạn tính do ĐTD tiến triển tới giai đoạn cuối cần được chỉ định sàng lọc tổn thương ĐMV để dự phòng và tiên lượng các biến cố tim mạch trong quá trình điều trị thay thế thận suy.

Phân tích đặc điểm tổn thương mạch vành ở nhóm suy thận do ĐTD so với nhóm suy thận do các nguyên nhân khác chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa (bảng 3.3; bảng 3.4; bảng 3.5). Đặc điểm tổn thương ĐMV ở BN ĐTD không có suy

thận là tổn thương lan tỏa, nhiều nhánh. Kết quả nghiên cứu trên có thể lý giải là các tác động gây ra bởi rối loạn do suy thận cũng mang tính chất hệ thống, do đó tổn thương mạch vành do suy thận mạn tính cũng có đặc điểm như ở BN ĐTD chưa có suy thận mạn tính.

Phân tích mối liên quan của hẹp ĐMV với các yếu tố nguy cơ cho thấy các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành truyền thống như tuổi ≥ 60 năm, nam giới, tăng huyết áp, dư cân béo phì và không truyền thống xuất hiện ở BN suy thận như tăng phosphor, tăng PTH máu đều không cho thấy mối liên quan với nguy cơ gia tăng hẹp ĐMV ở bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng suy thận mạn tính (bảng 3.6). Rối loạn chuyển hóa gây ra bởi ĐTD và suy thận mạn tính giai đoạn cuối tác động nặng nề, làm gia tăng tỉ lệ BN có hẹp ĐMV do đó cũng làm giảm đi tác động của các yếu tố khác tới sự hình thành tiến triển tổn thương gây hẹp ĐMV ý nghĩa. Bên cạnh đó, số lượng BN trong nhóm nghiên cứu chưa nhiều, chưa làm bộc lộ rõ các yếu tố liên quan khi phân tích, cần có khảo sát với số lượng BN nhiều hơn nữa để có nhận định chắc chắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tổn thương hẹp ý nghĩa động mạch vành dựa vào chụp vi tính đa lát cắt tim ở 73 bệnh nhân đái tháo đường có biến chứng bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối so sánh với 68 bệnh nhân suy thận do các nguyên nhân khác cho thấy:

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG ĐỐI VỚI CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHU VỰC 333, HUYỆN EA KAR, TỈNH ĐẮC LẮC NĂM 2017

Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Phùng Thanh Hùng²,
Phan Văn Trọng³, Nguyễn Văn Hoàn²

TÓM TẮT

Nghiên cứu "Khảo sát sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa khu vực 333, huyện EaKar, tỉnh Đắk Lắk năm 2017" được tiến hành với mục tiêu "Mô tả sự hài lòng đối với công việc của bác sĩ và điều dưỡng tại bệnh viện" nhằm đưa ra một số giải pháp cải thiện công tác quản lý nhân lực tại

+ Hẹp ĐMV ý nghĩa ở nhóm đái tháo đường có tần suất cao hơn so với nhóm suy thận do các nguyên nhân khác (79,5% so với 26,8%; p < 0,05).

+ Đặc điểm hẹp mạch vành (số nhánh, số đoạn, vị trí hẹp) ở nhóm đái tháo đường có suy thận mạn tính khác biệt chưa có ý nghĩa so với suy thận.

+ Các yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành (tuổi ≥ 60 năm, nam giới, tăng huyết áp, dư cân béo phì, tăng phosphor và PTH) ở bệnh nhân đái tháo đường suy thận mạn tính chưa có ý nghĩa với tỉ lệ hẹp động mạch vành ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Công (2012), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành, mối liên quan với microalbumin niệu và mật số yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2". Luận án Tiến sĩ Y học-chuyên ngành Nội - Nội tiết, Học viện Quân y, Hà Nội.
2. Joosten I.A., Schiphof F, et al (2012), "Relation between mild to moderate chronic kidney disease and coronary artery disease determined with coronary CT angiography". *PLoS One*, 7(10), e47267
3. Sassa S, Shimada K, et al (2008), "Comparison of 64-slice multi-detector computed tomography coronary angiography between asymptomatic, type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance patients". *J Cardiol*, 52(2), pp 133-139.
4. Ramos A.M., Albalate M, (2008), "Hyperphosphatemia and hyperparathyroidism in incident chronic kidney disease patients". *Kidney Int Suppl*(111), S88-93.
5. Wald R, Sarnak MJ, et al (2008), "Disordered mineral metabolism in hemodialysis patients: an analysis of cumulative effects in the Hemodialysis (HEMO) Study". *Am J Kidney Dis*, 52(3), pp 531-540.

bệnh viện. Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính, tiến hành từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2017 tại bệnh viện đa khoa khu vực (BVĐKKV) 333. Đối tượng nghiên cứu định lượng là 110 bác sĩ và điều dưỡng của bệnh viện (BV); đối tượng nghiên cứu định tính là lãnh đạo BV, các trưởng khoa/phòng và các nhân viên của một số khoa đang công tác tại BV. Chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi với thang điểm Likert 5 mức độ để đánh giá sự hài lòng. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ nhân viên y tế có sự hài lòng đối với công việc chưa cao. Tỷ lệ hài lòng cao nhất với yếu tố phúc lợi (36,4%), tỷ lệ hài lòng thấp nhất với yếu tố thu nhập (20,9%). Tỷ lệ hài lòng chung với công việc của bác sĩ và điều dưỡng tại BV là 10,9%.

Từ khóa: Sự hài lòng của nhân viên, bệnh viện đa khoa 333.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y tế công cộng

³Trường Đại học Tây Nguyên.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaithu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.10.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2017

Ngày duyệt bài: 30.12.2017