

- (2005). "Intra-articular findings in the reconstructed multiligament-injured knee". *Arthroscopy*. Apr 2005; 21(4):424-430.
6. K. Shirakura, M. Terauchi, M. Katayama, H. Watanabe, T. Yamaji, K. Takagishi (2000), "The management of medial ligament tears in patients with combined anterior cruciate and medial ligament lesions". *Int Orthop*. 2000;

24(2):108-111.

7. Lysholm J, Gillquist J (1982), "The evaluation of the knee ligament surgery with special emphasis to the use of a knee scoring scale". *Am. J. Sport Med*, In Press, pp. 19-23.
8. Pablo Eduardo Gelber Simone Perelli (2018), "Treatment of the medial collateral ligament injuries", *Annals of Joint*. 3.

TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐÁP ỨNG GIÃN MẠCH QUÁ TRUNG GIAN DÒNG CHẢY ĐỘNG MẠCH CÁNH TAY VỚI CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở PHỤ NỮ MÃN KINH BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER

Lương Thị Hương Loan*, Nguyễn Đức Hải**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay (FMD) với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh (PNMK) bằng siêu âm Doppler. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở PNMK, tuổi từ 48 đến 60, từ tháng 04/2014 - 03/2015, tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tất cả phụ nữ tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng, xét nghiệm máu, và siêu âm động mạch cánh tay trên máy Philips HD 11XE với đầu dò 7,5 MHz. **Kết quả:** Tổng số 232 PNMK có tuổi trung bình ($54,6 \pm 4,8$). PNMK có HATT ≥ 140 mmHg có nguy cơ giảm FMD động mạch cánh tay hơn nhóm phụ nữ có HATT < 140 mmHg OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1). PNMK có rối loạn glucose, lipid máu lúc đói và có giảm estradiol có nguy cơ giảm FMD cao hơn so với nhóm còn lại với OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4); OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0) và OR = 3,6 (95% CI: 1,1 - 10,4). Không tìm thấy mối liên quan giữa BMI, vòng bụng, hs-CRP, và testosterone với giảm FMD ở PNMK. **Kết luận:** Phụ nữ mãn kinh có huyết áp tâm thu (≥ 140 mmHg), rối loạn lipid, đường máu ($\geq 5,6$ mmol/l và $\leq 6,9$ mmol/l) và giảm estradiol có liên quan chặt chẽ đến giảm FMD, với OR lần lượt là OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0), OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4) và OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4), với $p < 0,05$.

Từ khóa: phụ nữ mãn kinh, FMD, các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh.

SUMMARY

STUDYING THE RELATIONSHIP BETWEEN FLOW-MEDIATED DILATION OF THE BRACHIAL ARTERY AND CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN MENOPAUSAL WOMEN BY DOPPLER ULTRASOUND

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Hương Loan

Email: luonghuongloan1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 24.2.2020

Ngày duyệt bài: 28.2.2020

Objective: studying the connection between the brachial artery flow-mediated dilation and cardiovascular risk factors in the menopausal women by Doppler ultrasound in the clinic of the Thai Nguyen Central Hospital. **Patients and methods:** 232 menopausal women admitted to Thai Nguyen Central Hospital from April to March 2015. All patients underwent clinical exams, laboratory tests and assessment of endothelial function by brachial artery flow mediated dilation by Doppler ultrasound. **Material:** Duplex ultrasound PHILIPS HD 11XE with sector 7,5 MHz. **Results:** the study included 232 participants, the mean age of women were $54,6 \pm 4,8$ years. FMD in menopausal women was significantly associated with systolic blood pressure OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), fasting blood glucose OR = 4,7 (95% CI: 2,3 - 10,4) và impairment of estradiol OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4). FMD was not found to be related to body mass index, waist circumference, hs-CRP, and testosterone. **Conclusion:** impaired FMD in the postmenopausal women related to systolic blood pressure (≥ 140 mmHg) and fasting blood glucose (≥ 5.6 mmol/l) and estradiol.

Keywords: menopause, flow-mediated dilation of the brachial artery, cardiovascular risk factors in menopausal women.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vữa xơ động mạch (VXĐM) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế. Vai trò của VXĐM đã được xác định trong các bệnh lý về tim mạch, bệnh đột quỵ, não và bệnh động mạch ngoại vi... Năm 2013 thống kê toàn cầu, số ca tử vong do nhồi máu cơ tim là 8,56 triệu người, 10,3 triệu người là số ca mắc mới về đột quỵ. Tỷ lệ tử vong do tim mạch khác nhau giữa nam và nữ, nữ giới có tỷ lệ tử vong do tim mạch cao hơn so với nam giới, đặc biệt là ở PNMK. Sự khác biệt giữa tỷ lệ tử vong giữa nam giới và nữ giới được giải thích, ngoài những nguyên nhân truyền thống gây VXĐM cho cả nữ giới và nam giới như béo phì, THA, tăng glucose máu, rối loạn lipid máu... ở nữ giới sự thiếu hụt estrogen trong thời kỳ mãn kinh gây ra

sự rối loạn nặng nề về chuyển hóa lipid, tái phân bố lại chất béo trong cơ thể (béo trung tâm), kháng insulin... chính vì vậy tổn thương động mạch tiềm ẩn sẵn ở trong giai đoạn này. VXĐM khi đã lộ rõ trên lâm sàng thường để lại hậu quả nặng nề rất khó khắc phục. Do vậy việc khảo sát rối loạn chức năng nội mạc, hay VXĐM ở giai đoạn tiền lâm sàng đang rất được quan tâm.

Rối loạn chức năng nội mạc mạch máu có vai trò quan trọng trong bệnh sinh VXĐM và là biểu hiện sớm nhất của tiến trình này. Có nhiều phương pháp đánh giá rối loạn chức năng nội mạc mạch máu, trong đó FMD bằng siêu âm với kích thích gây tăng dòng chảy là phương pháp tin cậy và được sử dụng nhiều hiện nay. Nghiên cứu FMD đã được thực hiện trên nhiều đối tượng khác nhau như bệnh nhân ĐTĐ, bệnh mạch vành, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào thực hiện trên PNMK. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tìm hiểu mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ mãn kinh bằng siêu âm Doppler" nhằm mục tiêu: tìm hiểu mối liên quan giữa FMD với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở PNMK bằng siêu âm Doppler tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Là các phụ nữ có độ tuổi từ 48 đến 60, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: mãn kinh tự nhiên sau 12 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ đang mắc các bệnh lý cấp tính và mãn tính, điều trị hormone thay thế, bị gù, vẹo hay cong cột sống; phụ nữ có hình ảnh siêu âm không cho phép phân tích đánh giá hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm: tại khoa khám ngoại trú Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Trong thời gian: từ tháng 04 đến tháng 03 năm 2015.

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

Tất cả các bệnh nhân đều được khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng. FMD được thực hiện trên máy siêu âm Doppler màu hãng PHILIPS HD 11XE, đầu dò tần số 7,5MHz. Thực hiện đo FMD theo khuyến cáo của Trường môn Tim mạch Mỹ. Đo đường kính động mạch cánh tay trước kích thích (D1): lấy trung bình cộng từ 3 đường kính của 3 đoạn gần nhau. Bơm HA lên mức trên HA tâm thu 250mmHg và giữ trong 4 phút 30 giây, sau đó xả bằng HA. Hình ảnh cắt dọc của động mạch được ghi nhận liên tục từ thời điểm trước khi xả HA kể 60 giây cho đến thời điểm 2 phút sau khi xả. Đường kính

động mạch sau kích thích (D2) cũng được lấy trung bình cộng của 3 đường kính tại 3 vị trí như của (D1) vào thời điểm 60 giây sau xả bằng huyết áp (thời điểm giãn mạch tối đa sau nghiệm pháp).

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 25.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của phụ nữ mãn kinh (n = 232)

Biến số		n	%
Tuổi	Thấp nhất	48	-
	Cao nhất	60	-
	Trung bình	54,6 ± 4,8	
BMI	18,5 - 22,9	77	33,2
	23,0 - 27,4	147	63,4
	≥ 27,5	8	3,4
	Trung bình	23,8 ± 2,1	
Vòng bụng (cm)	< 80	96	41,4
	≥ 80	136	58,6
	Trung bình	83,0 ± 6,2	
HATT	Trung bình	127,6 ± 14,9	
HATTtr		79,0 ± 10,0	
Vòng hông		92,6 ± 4,9	
Tỷ vòng bụng/hông		0,9 ± 0,06	

Phụ nữ mãn kinh có tuổi thấp nhất 48, cao nhất 60, tuổi trung bình là (54,6 ± 4,8), BMI trung bình (23,8 ± 2,1), vòng hông (92,6 ± 4,9), HATT (127,6 ± 14,9), HATTtr (79,0 ± 10,0).

Bảng 2. Đặc điểm xét nghiệm lipid máu ở phụ nữ mãn kinh

Chỉ số sinh hóa	Nhóm	PNMK (n = 232)
	Trung bình	
CT	5,1 ± 1,0	
HDL-C (mmol/L)	1,2 ± 0,3	
Non-HDL-C (mmol/L)	3,8 ± 1,0	
TG (mmol/L)	2,4 ± 1,6	
LDL-C (mmol/L)	3,1 ± 0,8	

Khảo sát giá trị trung bình của CT (5,1 ± 1,0), HDL-C (1,2 ± 0,3), Non-HDL-C (3,8 ± 1,0), TG (2,4 ± 1,6), LDL-C (3,1 ± 0,8).

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm insulin, glucose, hs-CRP, estradiol, testosterone máu ở phụ nữ mãn kinh.

Chỉ số sinh hóa	Nhóm	PNMK (n = 232)(Trung bình)
	Insulin máu lúc đói (µU/ml)	
Glucose máu lúc đói (mmol/L)		5,7 ± 0,7
hs-CRP (mg/l)		2,0 ± 2,7
Estradiol (pg/ml)		30,5 ± 15,8
Testosterone (ng/dl)		24,0 ± 12,2

Khảo sát giá trị trung bình của insulin (12,6 ± 12,7), glucose máu (5,7±0,7), hs-CRP (2,0±2,7), estradiol (30,5±15,8) và testosterone (24,0±12,2).

3.2. Môi liên quan giữa FMD và các yếu tố nguy cơ tim mạch

Bảng 4. *Mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay với huyết áp, lipid máu, glucose và hs-CRP*

Biến số		FMD	PNMK (n = 232)			
			Tổng	Giảm FMD		(95%CI)
			n	%		
Huyết áp	Không tăng	155	22	14,2	1	-
	Tăng	77	44	57,1	8,1 (4,1 – 16,1)	< 0,001
Lipid máu	Không RL	37	55	28,2	1	-
	RL lipid	195	5	13,5	2,9 (1,1 – 10,0)	< 0,05
Glucose máu	Bình thường	97	12	12,4	1	-
	Tiền ĐTĐ	135	54	40,0	4,7 (2,3 – 10,4)	< 0,001
Hs-CRP	Bình thường	151	37	24,5	1	-
	Tăng hs-CRP	81	29	35,8	1,7 (0,9 – 3,2)	> 0,05

PNMK có THA có nguy cơ giảm FMD cao gấp nhiều lần so với PNMK không THA OR = 8,1 (95% CI: 4,1 – 16,1), p < 0,001.

PNMK có tiền ĐTĐ tít 2 có nguy cơ giảm FMD gấp nhiều lần so với PNMK có glucose máu bình thường OR = 4,7 (95% CI: 2,3 – 10,4), p < 0,05.

Ở phụ nữ có RL lipid, nguy cơ bị giảm FMD gấp 2,9 lần so với phụ nữ không có RL lipid OR = 2,9 (95% CI: 1,1 – 10,4), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

Bảng 5. *Mối liên quan giữa đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay với estradiol, testosterone*

Chỉ số sinh hóa		FMD	PNMK (n = 232)			
			Tổng	Giảm FMD		(95%CI)
			n	%		
Estradiol (pg/ml)	Bình thường	38	5	13,2	1	-
	Giảm	194	61	31,4	3,0 (1,1 - 10,4)	< 0,05
Testosterone (ng/dl)	Bình thường	7	0	0,0	1	-
	Giảm	225	66	29,3	-	-

Phụ nữ mãn kinh có nồng độ estradiol giảm có nguy cơ bị giảm FMD gấp 1,6 lần so với nhóm có nồng độ estradiol bình thường OR = 3,0 (CI 95%: 1,1 – 10,4), p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về lâm sàng và xét nghiệm:

Đặc điểm chung lâm sàng. Tuổi trung bình của PNMK (54,6 ± 4,8). So sánh với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Chi, PNMK tuổi trung bình (57,9 ± 4,5) [1], Trần Đình Đạt (57,51 ± 4,64) [2]. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Lê Văn Chi và Trần Đình Đạt cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi vì chúng tôi nghiên cứu trên phụ nữ có tuổi cao nhất là 60, Lê Văn Chi phụ nữ có tuổi cao nhất 65, Trần Đình Đạt phụ nữ có tuổi cao nhất là 70.

Phụ nữ mãn kinh có BMI trung bình: (23,8 ± 2,1 kg/m²), VB: (83,0 ± 6,2 cm), tỷ VB/VM (0,9 ± 0,06). Nghiên cứu của Trần Đình Đạt [2] trung bình BMI: (24,53 ± 2,85 kg/m²), VB: (89,7 ± 8,96 cm), tỷ VB/VM (0,95 ± 0,06), của Lê Văn Chi [1] trung bình BMI: (23,6 ± 2,8 kg/m²), VB: (86,1 ± 5,8 cm), tỷ VB/VM (0,92 ± 0,04) và của Trần Hữu Dàng [3] trung bình BMI: (24,52 ±

3,42 kg/m²), VB: (87,07 ± 8,96 cm), tỷ VB/VM (0,95 ± 0,07). Dù mãn kinh diễn ra kín đáo hay có xáo trộn thì hậu quả của sự thiếu hụt estradiol trong thời kỳ mãn kinh đều không thể tránh được ở mọi phụ nữ. Hậu quả là sự thay đổi về mặt hình thái: Ứ đọng mỡ nhiều nơi, tập trung mỡ ở vùng thân đặc biệt là tăng lượng mỡ ở bụng, tăng chỉ số khối cơ thể [7]. Hiện chưa rõ thời kỳ mãn kinh là một yếu tố nguy cơ tim mạch cho tất cả phụ nữ hay chỉ ở những người béo phì trung tâm.

Khi tìm hiểu THA ở PNMK, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ THA trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 33,2%, HATTh trung bình: (127,6 ± 14,9) mmHg, HATTr: (79,0 ± 10,0) mmHg. So sánh với kết quả nghiên cứu của Phạm Hùng Lực tỷ lệ THA ở nhóm PNMK chiếm 50%, HATTh (136,1 ± 25,0) mmHg, HATTr (82,0 ± 13,5) mmHg [14]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Hùng Lực, vì PNMK trong nghiên cứu của chúng tôi có lứa tuổi thấp hơn.

Đặc điểm chung về xét nghiệm. Để đánh giá tỷ lệ tăng TG, CT và LDL-C chúng tôi dựa vào tiêu chí của Hội Tim mạch học Việt Nam 2014 [5]. Tỷ lệ tăng TG là khá cao (59,1%), tiếp đến LDL-C (37,9%) và CT (40,9%) ở nhóm PNMK. Theo nghiên cứu của M.C. Carr [6], sự tích tụ mỡ ở vùng bụng khi mãn kinh gây tăng acid béo tự do trong máu và giảm adiponectin. Những thay đổi này làm tăng Apo-B dẫn đến tăng triglyceride máu, thay đổi thành phần của LDL, LDL nhỏ, đậm đặc tăng từ 10-13% trong giai đoạn tiền mãn kinh lên 30 - 49% khi mãn kinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với ghi nhận của tác giả.

Khi nghiên cứu độ nhạy của insulin ở những phụ nữ có tuổi từ 20 đến 78 DeNino và cộng sự cho rằng phụ nữ lớn tuổi thì giảm độ nhạy cảm của insulin, đặc biệt là những phụ nữ lớn tuổi [8]. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có nồng độ insulin máu lúc đói (12,6 μ U/ml) thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Hữu Dàng (15,75 μ U/ml) [3], do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trẻ tuổi hơn (tuổi trung bình: 54,6 \pm 6,8 so với 62,92 \pm 7,62) và điều này phù hợp với luận điểm nghiên cứu của DeNino.

Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình ở nhóm PNMK là (5,7 \pm 0,7 mmol/l), cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Võ Bảo Dũng [4] (10,80 \pm 3,65 mmol/l). Sự khác biệt này do đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu của chúng tôi khác nhau. Chúng tôi nghiên cứu trên phụ nữ chỉ có rối loạn glucose máu lúc đói, còn Võ Bảo Dũng nghiên cứu trên bệnh nhân được chẩn đoán là ĐTĐ tít 2. Cùng là đối tượng PNMK, nồng độ hs-CRP trong nghiên cứu của chúng tôi là (2,0 \pm 2,7 mg/l), nghiên cứu của Trần Đình Đạt (2,42 \pm 2,46 mg/l) [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng nhau.

4.2. Liên quan giữa FMD với các yếu tố nguy cơ tim mạch như: huyết áp, lipid, glucose máu, hs-CRP, estradiol và testosterone ở phụ nữ mãn kinh

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước đã chỉ ra rằng: rối loạn chức năng nội mạc mạch máu có vai trò quan trọng trong bệnh sinh VXDĐM và là biểu hiện sớm nhất của tiến trình này. Ở PNMK, do sự suy giảm của các hormone sinh dục nữ nên bắt đầu xuất hiện rõ rệt các tổn thương nội mạc mạch máu. Nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự liên quan giữa giảm FMD với THA, PNMK có huyết áp \geq 140mmHg, glucose máu 5,6 - 6,9, rối loạn lipid máu và giảm estradiol thì có nguy cơ bị giảm FMD cao hơn những phụ nữ không có THA, rối

loạn glucose, lipid máu, và không có giảm estradiol. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi giống như kết quả nghiên cứu của một số tác giả: Naidu 2011, chứng minh được giảm FMD ở bệnh nhân THA khi khảo sát trên 60 bệnh nhân và tìm được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa THA tâm thu và FMD. Bệnh nhân có THA tâm thu nguy cơ giảm FMD thấp hơn so với nhóm không có THA tâm thu OR = 1,12. (CI 95%: 1,053 - 1,196, p < 0,01). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cung cấp bằng chứng THA ở PNMK liên quan đến giảm FMD. Nhóm có THA khả năng bị giảm FMD cao gấp 8,1 lần so với nhóm không có THA OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1).

Giảm FMD động mạch cánh tay ở PNMK có RL lipid gấp 2,9 lần so với PNMK không có RL lipid OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của Rosi khi thực hiện trên 2,264 PNMK với mục tiêu tìm mối liên quan giữa FMD và các yếu tố nguy cơ tim mạch, đã phát hiện ra CT máu tăng dần khi FMD nhỏ dần (p < 0,0001). FMD giảm ở phụ nữ có RL lipid, dù đối tượng nghiên cứu là những người phụ nữ khỏe mạnh, có lẽ vì RL lipid trong bệnh sinh VXDĐM đã được khẳng định và được biết đến từ lâu.

Các nghiên cứu đã chứng minh tổn thương nội mạc sớm trên cơ sở đặc điểm sinh bệnh học của ĐTĐ tít 2 là loại tổn thương hay gặp. Tổn thương động mạch xuất hiện ở cả mạch máu lớn và nhỏ, và là tổn thương do biến đổi lớp nội mạc. Qua phân tích glucose máu lúc đói nhận thấy nguy cơ bị giảm FMD cao hơn nhiều lần so với nhóm không có rối loạn glucose máu lúc đói OR = 4,7 (95% CI: 2,3- 10,4). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Skaug E 2014, khi tác giả tìm hiểu các yếu tố nguy cơ tim mạch tác động đến rối loạn chức năng nội mạc ở 2,528 phụ nữ ghi nhận: nguy cơ bị giảm FMD ở nhóm có glucose máu cao tăng gấp 4,5 lần so với người có glucose máu bình thường OR = 4,5 (I 95%: 1,64 - 7,15).

Mãn kinh kéo dài làm xuất hiện hiện tượng methyl hóa ADN tại vùng hoạt hóa của các thụ thể estrogen α và β do đó làm thay đổi cấu trúc của thụ thể estrogen dẫn đến mất chức năng đáp ứng đối với tác động của estrogen, khả năng chống VXDĐM của estrogen ở PNMK không còn hiệu quả. Nghiên cứu của Gavin K đã làm sáng tỏ vấn đề này, PNMK estrogen α liên quan chặt chẽ đến giãn nở nội mạc [9].

Các nghiên cứu nhấn mạnh vào vai trò của nội tiết tố người phụ nữ trong thời gian mãn kinh, đặc biệt sự giảm estrogen làm cho tình

trạng giãn mạch của mạch máu xấu đi. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rõ được điều này, biểu hiện FMD trong nghiên cứu của chúng tôi giảm rõ ở phụ nữ có estrogen giảm OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4).

V. KẾT LUẬN

Phụ nữ mãn kinh có huyết áp tâm thu (≥ 140 mmHg), rối loạn lipid, đường máu ($\geq 5,6$ mmol/l và $\leq 6,9$ mmol/l) và giảm estradiol có liên quan chặt chẽ đến giảm FMD, với OR lần lượt là OR = 8,1 (95% CI: 4,1 - 16,1), OR = 2,9 (95% CI: 1,1 - 10,0), OR = 4,7 (95% CI: 2,3- 10,4) và OR = 3,0 (95% CI: 1,1 - 10,4), với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Chi (2010), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa và vai trò của kháng insulin, estradiol và testosterone ở phụ nữ mãn kinh", Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Huế.
2. Trần Đình Đạt (2011), "Nghiên cứu tổn thương động mạch cảnh qua siêu âm Doppler ở phụ nữ mãn kinh có hội chứng chuyển hóa", Luận án tiến sĩ Y học.
3. Trần Hữu Dàng, Trần Thừa Nguyên (2008), "Nghiên cứu kháng insulin ở phụ nữ mãn kinh", Đại học Y Dược Huế, Bệnh viện Trung ương Huế.
4. Võ Bảo Dũng (2012), Nghiên cứu giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay và độ dày nội mạc động mạch cảnh ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 mới phát hiện, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.
5. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam (2014), Khuyến cáo 2014 của Hội Tim mạch học Việt Nam về: Rối loạn lipid máu, Tim mạch học, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Carr M.C, et al. (2000), "Changes in LDL density across the menopausal transition". Journal Invest Med, Vol 48: p. 245-250.
7. Markku J and e. al, (2000), "Effects of hypertension and risk factors on diameters of abdominal aorta and common iliac and femoral arteries in middle-aged hypertensive and control subjects: A cross-sectional study with duplex ultrasound". Atherosclerosis. Vol 153(1): p. 99-106.
8. W. F. DeNino, A. Tchernof, I. J. Dionne, et al. (2001), "Contribution of abdominal adiposity to age-related differences in insulin sensitivity and plasma lipids in healthy nonobese women", Diabetes Care, 24 (5), pp. 925-932.
9. K. M. Gavin, D. R. Seals, A. E. Silver, et al. (2009), "Vascular endothelial estrogen receptor alpha is modulated by estrogen status and related to endothelial function and endothelial nitric oxide synthase in healthy women", J Clin Endocrinol Metab, 94 (9), pp. 3513-3520.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG BẰNG ĐƯỜNG MỔ TRƯỚC-NGOÀI ROTTINGER

Trần Trung Dũng*, Phạm Trung Hiếu*, Nguyễn Trung Tuyển*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gần và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng của phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang không nhóm chứng 30 khớp háng được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng bằng đường mổ trước-ngoài Rottinger tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội từ tháng 6 năm 2018 tới tháng 10 năm 2019. **Kết quả:** Chiều dài vết mổ trung bình $7,8 \pm 0,9$ cm, thời gian phẫu thuật trung bình $68,4 \pm 8,2$ phút, lượng máu mất trong mổ trung bình $348,3 \pm 50$ mL. Bệnh nhân có thể bắt đầu tập đi sau mổ $2,1 \pm 1$ ngày. 80% số ổ cối nhân tạo được đặt trong khoảng an toàn của Lewinnek, 63,3% chuỗi khớp ở vị trí trung gian. Có 4 trường hợp biến chứng vỡ mẫu chuyển lớn trong mổ. Sau 3 tháng, điểm chức năng khớp háng Harris là $86,3 \pm 2,8$, tổng biên độ vận động của khớp háng là

$265,2 \pm 14,7^\circ$. Có 1 trường hợp trật khớp háng ra trước sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng sử dụng đường mổ trước-ngoài Rottinger đem lại kết quả điều trị tốt, chức năng khớp háng được phục hồi sớm, tỷ lệ trật khớp sau mổ thấp. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó thực hiện và có nguy cơ gây biến chứng gãy mẫu chuyển lớn trong mổ nếu phẫu tích không tốt.

Từ khóa: Thay khớp háng toàn phần, đường mổ trước-ngoài, xâm lấn tối thiểu

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOME OF CEMENTLESS TOTAL HIP ARTHROPLASTY USING ROTTINGER ANTEROLATERAL APPROACH

Objective: Evaluating the outcome and related factors of cementless total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach. **Patients and method:** A uncontrolled prospective cross-section study of 30 hip joints underwent cementless total hip arthroplasty surgery using Rottinger anterolateral approach at SaintPaul General Hospital, Hanoi from June 2018 to October 2019. **Result:** Average incision length was 7.8 ± 0.9 cm, average surgery time was 68.4 ± 8.2 minutes, the average blood loss in surgery was 348.3 ± 50 mL. The average first mobilization day was 2.1 ± 1 day. 80% of cup position were placed in the safe-zone of Lewinnek, 63.3% of stem axis were

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 3.01.2020

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2020

Ngày duyệt bài: 27.2.2020