

**ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y - DƯỢC**



LÊ XUÂN KHÔI

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐÁI THÁO
ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA
KHOA TỈNH VĨNH PHÚC NĂM 2012**

Chuyên ngành: NỘI KHOA

Mã số: 60.72.01.40

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

***Hướng dẫn khoa học:* PGS.TS. NGUYỄN KIM LƯƠNG**

THÁI NGUYÊN - NĂM 2012

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) ngày càng trở nên là vấn đề lớn đối với giới y khoa cũng như đối với cộng đồng, bệnh đang gia tăng với mức độ đáng lo ngại. Dự báo của các chuyên gia y tế từ những năm 90 của thế kỷ XX đã và đang trở thành hiện thực [6]. Trong đó, đái tháo đường là bệnh không lây nhiễm được WHO quan tâm hàng đầu trong chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Đái tháo đường là bệnh mang tính xã hội cao ở nhiều quốc gia bởi sự phát triển nhanh chóng và hậu quả nặng nề của bệnh. Đái tháo đường là lực cản của sự phát triển kinh tế, là gánh nặng cho toàn xã hội. Khi mà mỗi năm thế giới phải chi số tiền khổng lồ cho việc phòng chống và điều trị bệnh.

Theo WHO, năm 1994 có khoảng 110 triệu người mắc đái tháo đường trên toàn cầu, năm 2010 ước tính có khoảng 221 triệu người mắc, WHO cũng dự báo sẽ có khoảng 300 - 330 triệu người mắc đái tháo đường vào những năm 2025 [5],[6]. Đây là một căn bệnh phát triển nhanh nhất và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước đang phát triển.

Việt Nam không xếp vào 10 nước có tỷ lệ mắc đái tháo đường cao nhưng lại là quốc gia có tốc độ phát triển bệnh nhanh. Năm 1990 lần đầu tiên điều tra dịch tễ được tiến hành tại Hà Nội phát hiện tỷ lệ mắc là 1,2 %, đến 2002 tỷ lệ này đã tăng lên gấp đôi là 2,16%. Một nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết Trung ương vào năm 2006 cho thấy, tỷ lệ mắc đái tháo đường chung cho cả nước là 2,7% , đáng lưu ý trong đó có tới 64,6% người bệnh không biết mình mắc bệnh [4].

Đái tháo đường là bệnh không chữa khỏi hoàn toàn, chất lượng cuộc sống của người bệnh phụ thuộc vào sự kiểm soát glucose máu và giảm thiểu các biến chứng do đái tháo đường gây nên.

Vĩnh Phúc là tỉnh phát triển về công nghiệp và dịch vụ, cùng với sự phát triển về kinh tế, xã hội đời sống nhân dân từng bước được cải thiện thì tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường ngày càng gia tăng. Biện pháp hữu hiệu để làm giảm tiến triển và biến chứng của bệnh, chi phí cho chữa bệnh ít tốn kém nhất là phải phát hiện sớm quản lý và điều trị người bệnh kịp thời. Hiện nay trên địa bàn tỉnh Vĩnh Phúc nhiều đơn vị y tế tuyến tỉnh và tuyến huyện đã triển khai công tác quản lý và điều trị đái tháo đường ngoại trú, đi đầu là bệnh viện đa khoa tỉnh. Tuy nhiên, việc đánh giá kết quả kiểm soát đái tháo đường điều trị ngoại trú và xác định các yếu tố liên qua đến kết quả kiểm soát đái tháo đường hiện nay chưa được quan tâm đầy đủ tại Vĩnh Phúc.

Góp phần tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

“Đánh giá kết quả kiểm soát đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2012”

Nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả kiểm soát đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2012.
2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát glucose máu.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Sơ lược lịch sử nghiên cứu bệnh đái tháo đường

Trong các bệnh chuyển hoá, đái tháo đường là bệnh lý thường gặp nhất và có lịch sử nghiên cứu rất lâu năm nhưng những thành tựu nghiên cứu về bệnh chỉ có được trong vài thập kỷ gần đây.

Thế kỷ thứ nhất sau công nguyên, Aretaeus đã bắt đầu mô tả về những người mắc bệnh đái nhiều. AD. Thomas Willis (1674) lần đầu tiên hiểu được vị ngọt của nước tiểu ở những bệnh nhân đái tháo đường là do sự có mặt glucose [5],[6].

Năm 1869, Langerhans tìm ra tổ chức tiểu đảo, gồm 2 loại tế bào bài tiết ra insulin và glucagon không nối với đường dẫn tụy. Năm 1889, Minkowski và Von Mering gây đái tháo đường thực nghiệm ở chó bị cắt bỏ tụy, đặt cơ sở cho học thuyết đái tháo đường do tụy [5].

Năm 1921, Banting và Best cùng các cộng sự đã thành công trong việc tinh chế insulin tinh khiết để điều trị cho người bệnh. Năm 1956 sulfonylureas ra đời, năm 1972 máy theo dõi glucose máu được hoàn thiện [5].

Nghiên cứu DDCT (Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về kiểm soát bệnh và biến chứng đái tháo đường, được công bố năm 1993) và nghiên cứu UKPDS (được công bố năm 1998) đã mở ra một kỷ nguyên mới cho điều trị bệnh đái tháo đường, đó là kỷ nguyên của sự kết hợp y tế chuyên sâu và y học dự phòng, dự phòng cả về lĩnh vực hạn chế sự xuất hiện và phát triển bệnh [5],[6],[62]. Đáng lưu ý là trong nghiên cứu UKPDS, bệnh nhân khi phát hiện bệnh thì tỷ lệ đã có các biến chứng do đái tháo đường rất cao [53],[65],[66]. Điều này nhấn mạnh thêm tầm quan trọng của việc cần phải phát hiện quản lý và điều trị sớm kiểm soát tốt glucose máu trong bệnh đái tháo đường.

1.2. Định nghĩa, chẩn đoán và phân loại bệnh đái tháo đường

1.2.1 Định nghĩa

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, “Đái tháo đường là một hội chứng có đặc tính biểu hiện bằng sự tăng đường máu do hậu quả của việc mất hoàn toàn insulin hoặc là do có liên quan đến sự suy yếu trong bài tiết hoặc hoạt động của insulin”. Người ta cho rằng ĐTD là một rối loạn của hệ thống nội tiết, bệnh có thuộc tính là tăng glucose máu. Mức độ tăng glucose máu phụ thuộc vào sự mất toàn bộ hay một phần khả năng bài tiết hoặc khả năng hoạt động của insulin [4],[6].

1.2.2. Chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán xác định:

Theo ADA năm 1997 và được Tổ chức Y tế Thế giới công nhận năm 1998, tuyên bố áp dụng vào năm 1999, đái tháo đường được chẩn đoán xác định khi có ít nhất một trong ba tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn 1: Glucose máu bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l. Kèm theo các triệu chứng uống nhiều, đái nhiều, sút cân không có nguyên nhân.

- Tiêu chuẩn 2: Glucose máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l, xét nghiệm lúc bệnh nhân đã nhịn đói sau 6 - 8 giờ không ăn.

- Tiêu chuẩn 3: Glucose máu ở thời điểm 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp tăng glucose máu $\geq 11,1$ mmol/l.

Các xét nghiệm trên phải được lặp lại 1 - 2 lần trong những ngày sau đó [5],[6].

1.2.3. Phân loại bệnh đái tháo đường

1.2.3.1. Đái tháo đường tít 1

Đái tháo đường tít 1 chiếm tỷ lệ khoảng 5 - 10% tổng số bệnh nhân đái tháo đường thế giới. Nguyên nhân do tế bào bê - ta bị phá hủy, gây nên sự

thiếu hụt insulin tuyệt đối cho cơ thể (nồng độ insulin giảm thấp hoặc mất hoàn toàn). Các kháng nguyên bạch cầu người (HLA) chắc chắn có mối liên quan chặt chẽ với sự phát triển của đái tháo đường typ 1 [6].

Đái tháo đường typ 1 phụ thuộc nhiều vào yếu tố gen và thường được phát hiện trước 40 tuổi. Nhiều bệnh nhân, đặc biệt là trẻ em và trẻ vị thành niên biểu hiện nhiễm toan ceton là triệu chứng đầu tiên của bệnh. Đa số các trường hợp được chẩn đoán bệnh đái tháo đường typ 1 thường là người có thể trạng gầy, tuy nhiên người béo cũng không loại trừ. Người bệnh đái tháo đường typ 1 sẽ có đời sống phụ thuộc insulin hoàn toàn [6],[52].

Có thể có các nhóm dưới đây:

- Đái tháo đường qua trung gian miễn dịch.
- Đái tháo đường typ 1 không rõ nguyên nhân.

1.2.3.2. Đái tháo đường typ 2

Đái tháo đường typ 2 chiếm tỷ lệ khoảng 90% đái tháo đường trên thế giới, thường gặp ở người trưởng thành trên 40 tuổi. Nguy cơ mắc bệnh tăng dần theo tuổi. Tuy nhiên, do có sự thay đổi nhanh chóng về lối sống, về thói quen ăn uống, đái tháo đường typ 2 ở lứa tuổi trẻ đang có xu hướng phát triển nhanh [6].

Đặc trưng của đái tháo đường typ 2 là kháng insulin đi kèm với thiếu hụt tiết insulin tương đối. Đái tháo đường typ 2 thường được chẩn đoán rất muộn vì giai đoạn đầu tăng glucose máu tiến triển âm thầm không có triệu chứng. Khi có biểu hiện lâm sàng thường kèm theo các rối loạn khác về chuyển hoá lipid, các biểu hiện bệnh lý về tim mạch, thần kinh, thận, nhiều khi các biến chứng này đã ở mức độ rất nặng.

Đặc điểm lớn nhất trong sinh lý bệnh của đái tháo đường typ 2 là có sự tương tác giữa yếu tố gen và yếu tố môi trường trong cơ chế bệnh sinh. Người mắc bệnh đái tháo đường typ 2 có thể điều trị bằng cách thay đổi thói quen,

kết hợp dùng thuốc uống để kiểm soát glucose máu, tuy nhiên nếu quá trình này thực hiện không tốt thì bệnh nhân cũng sẽ phải điều trị bằng cách dùng insulin [31].

1.2.3.3. Đái tháo đường thai nghén

Đái tháo đường thai kỳ thường có xu hướng hay gặp ở người nhiều tuổi, có thừa cân, béo phì, tần xuất mắc cũng tăng lên cùng với tuổi và chỉ số khối cơ thể [6],[60]. Đái tháo đường thai nghén là nguyên nhân của các biến chứng nguy hiểm cho thai phụ trong thời kỳ mang thai và trong chuyển dạ như: hôn mê do tăng đường huyết, đẻ non, thai chết lưu, nhiễm trùng, tăng huyết áp, suy thận và các biến chứng mạch máu khác. Đối với thai nhi thường thấy các biến chứng chuyển hóa bao gồm hạ đường máu, hạ calci máu, thai to, tăng nguy cơ bị dị dạng bẩm sinh, suy hô hấp. Tăng tỷ lệ bệnh tật ở trẻ sơ sinh của phụ nữ đái tháo đường. Ảnh hưởng đến trẻ em không chỉ giới hạn ở thời kỳ chu sinh mà còn ảnh hưởng rất lâu dài, khi trưởng thành những trẻ em này sẽ sớm dẫn đến tình trạng kháng insulin, béo phì, giảm dung nạp glucose chiếm tỷ lệ cao và là một trong những lý do dẫn tới đái tháo đường [31].

Ở Việt Nam các nghiên cứu cho thấy lứa tuổi đái tháo đường thai nghén hay gặp nhất ở thai phụ thường trên 35 tuổi có thừa cân béo phì [6]. Tỷ lệ mắc bệnh trong thời kỳ mang thai theo nghiên cứu của Tạ Văn Bình (2006) là 5,7% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Hoa Ngân tại bệnh viện A Thái Nguyên cho kết quả 9,4% thai phụ mắc đái tháo đường thai kỳ [40].

1.2.3.4. Các thể đái tháo đường khác

Nguyên nhân liên quan đến một số bệnh, thuốc, hoá chất [6],[16].

- Khiếm khuyết chức năng tế bào bê - ta.
- Khiếm khuyết gen hoạt động của insulin.
- Bệnh tụy ngoại tiết: Viêm tụy, chấn thương, carcinum tụy
- Các bệnh nội tiết: Hội chứng Cushing, cường năng tuyến giáp.

- Thuốc hoặc hóa chất.
- Các thể ít gặp qua trung gian miễn dịch.

1.3. Biến chứng bệnh đái tháo đường

Đái tháo đường nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh sẽ tiến triển nhanh chóng và xuất hiện các biến chứng cấp và mạn tính. Bệnh nhân có thể tử vong do các biến chứng này [63].

1.3.1. Biến chứng cấp tính

Biến chứng cấp tính thường là hậu quả của chẩn đoán muộn, nhiễm khuẩn cấp tính hoặc điều trị không thích hợp. Ngay cả khi điều trị đúng, hôn mê nhiễm toan ceton và hôn mê tăng áp lực thẩm thấu vẫn có thể là hai biến chứng nguy hiểm [16].

Nhiễm toan ceton là biểu hiện nặng của rối loạn chuyển hóa glucid do thiếu insulin gây tăng glucose máu, tăng phân hủy lipid, tăng sinh thể ceton gây toan hóa tổ chức. Mặc dù y học hiện đại đã có nhiều tiến bộ về trang thiết bị, điều trị và chăm sóc, tỷ lệ tử vong vẫn cao [6].

Hạ glucose máu thường xảy ra khi lượng glucose huyết tương còn khoảng 2,7-3,3mmol/l, hạ glucose máu là hậu quả của tình trạng mất cân bằng giữa 2 quá trình cung cấp và tiêu thụ glucose trong tuần hoàn [6].

Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu là tình trạng rối loạn chuyển hóa glucose máu nặng, glucose máu tăng cao. Tỷ lệ tử vong do hôn mê tăng áp lực thẩm thấu thường rất cao ngay cả khi được cấp cứu kịp thời ở những tuyến chuyên khoa [6].

1.3.2. Biến chứng mạn tính

1.3.2.1. Biến chứng tim - mạch

Biến chứng chính của đái tháo đường là bệnh tim mạch, trên 80% bệnh nhân đái tháo đường sẽ tiến tới tử vong bởi một vài biến chứng tim mạch [1]. Mặc dù có nhiều yếu tố tham gia gây bệnh mạch vành, nhưng các nghiên cứu

cho thấy nồng độ glucose máu cao làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành và các biến chứng tim mạch khác. Người đái tháo đường có nguy cơ mắc bệnh tim mạch gấp 2 - 4 lần so với người bình thường [16].

Tăng huyết áp thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, tỷ lệ mắc bệnh chung của tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường tăng gấp đôi so với người bình thường [6],[35].

Ngoài ra, tỷ lệ biến chứng mạch não ở bệnh nhân đái tháo đường gấp 1,5 - 2 lần, viêm động mạch chi dưới gấp 5 - 10 lần so với người bình thường. Tỷ lệ tăng các bệnh tim mạch có liên quan đến một số yếu tố nguy cơ ở người đái tháo đường có béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp [45].

Theo nghiên cứu của Trần Vĩnh Thủy (2007) tại Thái Nguyên biến chứng tim mạch là 53,8% [47]. Bế Thu Hà (2009) nghiên cứu tại Bắc Cạn cho tỷ lệ biến chứng tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường là 42,8% [16].

1.3.2.2. Biến chứng thận

Biến chứng thận do đái tháo đường là một trong những biến chứng thường gặp, tỷ lệ biến chứng tăng theo thời gian mắc bệnh. Bệnh thận do đái tháo đường khởi phát bằng protein niệu, sau đó khi chức năng thận giảm xuống, cận lâm sàng sẽ thấy tăng urê và creatinin.

Bệnh thận do đái tháo đường là nguyên nhân thường gặp nhất gây suy thận giai đoạn cuối có tới 11% các bệnh nhân Mỹ và Châu Âu phải lọc thận và ghép thận do biến chứng thận của đái tháo đường, suy thận thường thấy ở 30-40% đái tháo đường typ 1 và 5-10% đái tháo đường typ 2 [26]. Ở Việt Nam số người bệnh đái tháo đường phải nhập viện có biến chứng thận là 71% [31].

Để phát hiện tổn thương thận do đái tháo đường có thể định lượng microalbumin niệu, đo mức lọc cầu thận, định lượng protein niệu/ 24 giờ [6]. Dựa vào định lượng protein niệu Nguyễn Thị Thu Minh (2011) nghiên cứu tại

bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên cho kết quả 25,6% đối tượng nghiên cứu có tổn thương thận [34].

1.3.2.3. Bệnh lý mắt ở bệnh nhân đái tháo đường

Đục thủy tinh thể là tổn thương thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường, có vẻ tương quan với thời gian mắc bệnh và mức độ tăng đường huyết kéo dài. Đục thủy tinh thể ở người đái tháo đường cao tuổi sẽ tiến triển nhanh hơn người không đái tháo đường [16].

Bệnh lý võng mạc đái tháo đường là nguyên nhân hàng đầu của mù ở người 20 - 60 tuổi. Bệnh biểu hiện nhẹ bằng tăng tính thấm mao mạch, ở giai đoạn muộn hơn bệnh tiến triển đến tắc mạch máu, tăng sinh mạch máu với thành mạch yếu dễ xuất huyết gây mù loà. Sau 20 năm mắc bệnh, hầu hết bệnh nhân đái tháo đường typ 1 và khoảng 60% bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có bệnh lý võng mạc do đái tháo đường [16].

Theo nghiên cứu của Tô Văn Hải, Phạm Hoài Anh tại Bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội, số bệnh nhân có bệnh về mắt chiếm 72,5%, trong đó tỷ lệ bệnh võng mạc đái tháo đường 60,5%, đục thủy tinh thể 59% [18].

Nghiên cứu của Đặng Văn Hòa, Nguyễn Kim Lương tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên cho thấy 52,94% bệnh nhân bị đục thủy tinh thể, 22,94% bệnh nhân bị bệnh võng mạc đái tháo đường [22].

1.3.2.4. Bệnh thần kinh do đái tháo đường

Bệnh thần kinh do đái tháo đường gặp khá phổ biến, ước tính khoảng 30% bệnh nhân đái tháo đường có biểu hiện biến chứng này. Người bệnh đái tháo đường typ 2 thường có biểu hiện tổn thương thần kinh ngay tại thời điểm chẩn đoán [16].

Bệnh thần kinh do đái tháo đường thường được phân chia thành các hội chứng lớn sau: Viêm đa dây thần kinh, bệnh đơn dây thần kinh, bệnh thần kinh thực vật, bệnh thần kinh vận động gốc chi [16].