

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

TRƯỜNG VĂN SÁU

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO
ĐƯỜNG TÝP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

THÁI NGUYÊN, 2007

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA - ĐẠI HỌC THÁI NGUYÊN**

TRƯỜNG VĂN SÁU

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ
MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO
ĐƯỜNG TÝP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG**

**Chuyên ngành: Nội khoa
Mã số: 60 72 20**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học: *TS. Trịnh Xuân Tráng*

Thái Nguyên, 2007

MỤC LỤC

	Trang
Đặt vấn đề	1
Chương 1: Tổng quan	3
1.1. Định nghĩa, chẩn đoán và phân loại đái tháo đường	3
1.2. Đặc điểm lâm sàng và cơ chế bệnh sinh bệnh ĐTĐ	5
1.3. Rối loạn chuyển hoá lipid ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2	9
1.4. Một số biến chứng của bệnh nhân ĐTĐ týp 2	11
1.5. Một số yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ týp 2	16
1.6. Tình hình nghiên cứu ĐTĐ trên Thế giới và Việt Nam	19
Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu	22
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.	22
2.3. Phương pháp nghiên cứu	22
2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu	23
2.5. Phương pháp thu thập số liệu	24
2.6. Vật liệu nghiên cứu	28
2.7. Xử lý số liệu	28
Chương 3: Kết quả nghiên cứu	29
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu	29
3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu	34
3.3. Mối liên quan giữa một số chỉ số lipid với một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2	39
Chương 4: Bàn luận	41
Kết Luận	52
Khuyến nghị	53
Tài liệu tham khảo	
Phụ lục	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Tên bảng	Trang
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới	29
Bảng 3.2. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp và giới	30
Bảng 3.3. Chỉ số BMI ở nhóm đái tháo đường theo giới	31
Bảng 3.4. Chỉ số WHR ở nhóm đái tháo đường theo giới	32
Bảng 3.5. Tỷ lệ THA ở nhóm ĐTĐ theo thời gian mắc bệnh	33
Bảng 3.6. Tần suất một số triệu chứng thường gặp ở nhóm ĐTĐ	34
Bảng 3.7. Tần suất một số biến chứng ở nhóm ĐTĐ tít 2	35
Bảng 3.8. Thời gian mắc bệnh đái tháo đường theo nhóm tuổi	35
Bảng 3.9. Tỷ lệ biến chứng theo thời gian mắc bệnh	36
Bảng 3.10. Tỷ lệ một số biến chứng theo độ tuổi	36
Bảng 3.11. Hàm lượng một số chỉ số sinh hóa trong huyết thanh	37
Bảng 3.12. Hàm lượng một số chỉ số sinh hóa trong máu theo giới	38
Bảng 3.13. Hàm lượng lipid máu với thời gian phát hiện ĐTĐ tít 2	38
Bảng 3.14. Rối loạn lipid máu liên quan đến giới	39
Bảng 3.15. Rối loạn lipid máu liên quan đến hoạt động thể lực	39
Bảng 3.16. Rối loạn lipid máu liên quan với tăng huyết áp	40
Bảng 3.17. Rối loạn lipid máu liên quan với chỉ số khối cơ thể	40

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Tên biểu đồ	Trang
Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới	29
Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng theo nghề nghiệp và giới	30
Biểu đồ 3.3. Chỉ số BMI ở nhóm đái tháo đường theo giới	31
Biểu đồ 3.4. Chỉ số WHR ở nhóm đái tháo đường theo giới	32
Biểu đồ 3.5. Tỷ lệ tăng huyết áp ở nhóm ĐTĐ theo thời gian bị bệnh	33

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ADA	(American Diabete Association) Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ
BMI	(Body Mass Index) Chỉ số khối cơ thể
B/M	Tỷ lệ vòng bụng/vòng hông
CT	Cholesterol toàn phần
ĐTĐ	Đái tháo đường
HDL- C	(High Density Lipoprotein) Lipoprotein có tỷ trọng cao
IDF	(International Diabetes Federation) Hiệp hội ĐTĐ Quốc tế
JNC	(United States Jonint National Commitee) Liên uỷ ban Quốc gia Hoa Kỳ
LDL- C	(Low Density Lipoprotein) Lipoprotein có tỷ trọng thấp
TG	Triglycerid
THA	Tăng huyết áp
HĐTL	Hoạt động thể lực
TSGĐ	Tiền sử gia đình
WHO	(World Health Organization) Tổ chức Y tế thế giới
WHR	(Waist Hip Ratio) Chỉ số eo hông

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh nội tiết chiếm khoảng 60% - 70% trong cấu trúc các bệnh nội tiết, trong đó đái tháo đường tít 2 chiếm từ 85% đến 95% trong tổng số bệnh nhân đái tháo đường. Bệnh có tốc độ phát triển rất nhanh, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ tư hoặc thứ năm ở các nước đang phát triển.

Theo thông báo của Hiệp hội Đái tháo đường quốc tế (IDF): Năm 1994 cả thế giới có 110 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, năm 1995 là 135 triệu chiếm tỷ lệ 4,0% dân số toàn cầu, năm 2000 có 151 triệu, dự báo năm 2010 sẽ có 221 triệu [3]. Theo tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2025 sẽ có 300 - 330 triệu người mắc bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 5,4% dân số toàn cầu. Khu vực Tây Thái Bình Dương năm 2005 có 30 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, dự báo đến năm 2025 số người mắc bệnh là 56 - 60 triệu [3], [10].

Tại Việt Nam, cùng với sự tăng trưởng của nền kinh tế xã hội, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường trong hơn 10 năm qua có chiều hướng gia tăng. Theo tài liệu nghiên cứu của tác giả Lê Huy Liệu, Mai Thế Trạch, Trần Hữu Dàng và cộng sự cho thấy tỷ lệ ĐTD ở người trên 15 tuổi phân bố như sau: Hà Nội (1991) 1,2% (nội thành 1,44%, ngoại thành 0,63%). Thành phố Hồ Chí Minh (1993) ở nội thành $2,52 \pm 0,4\%$. Tại Huế (1996) là $0,96 \pm 0,14\%$. Năm 2001 tỷ lệ mắc bệnh tại khu vực nội thành của bốn thành phố lớn Hà Nội, Hải Phòng, Đà Nẵng và thành phố Hồ Chí Minh là 4,0%. Năm 2002 - 2003 tỷ lệ mắc bệnh chung toàn quốc là 2,7%, vùng miền núi 2,1%, vùng trung du 2,2%, vùng đồng bằng 2,7%, vùng đô thị và khu công nghiệp 4,4% [3].

Ngày nay bệnh đái tháo đường không chỉ là mối quan tâm của các chuyên gia y tế, mà còn thu hút sự chú ý của các nhà quản lý xã hội. Đái tháo đường tít 2 phát triển luôn gắn liền với sự gia tăng tỷ lệ các biến chứng mạn tính, điều này cũng đồng nghĩa với việc tăng gánh nặng không chỉ cho mỗi cá nhân, gia đình người bệnh, mà còn làm tăng gánh nặng cho toàn nền kinh tế xã hội.

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh đái tháo đường. Tuy nhiên tại Việt Nam, những số liệu về bệnh đái tháo đường cũng chỉ giới hạn ở một số thành phố lớn. Bắc Giang là một địa phương có nền kinh tế đang phát triển, đời sống nhân dân đang ngày nâng lên, sự thay đổi hành vi lối sống như ít vận động thể lực, chế độ ăn uống, đã thực sự tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh đái tháo đường phát triển một cách nhanh chóng.

Góp phần tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang” nhằm mục tiêu:

- 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2.*
- 2. Xác định mối liên quan giữa một số chỉ số lipid với một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2.*

Chương 1 TỔNG QUAN

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

1.1.1. Định nghĩa

Đái tháo đường là nhóm của các bệnh chuyển hóa được đặc trưng bởi tăng glucose máu mạn tính do hậu quả của sự thiếu hụt hoặc giảm hoạt động của insulin hoặc kết hợp cả hai. Tăng đường huyết kéo dài kéo theo những tổn thương, rối loạn chức năng, suy giảm các cơ quan trong cơ thể, đặc biệt là các tổn thương ở mắt, thận, thần kinh, tim và mạch máu [4], [58].

1.1.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đái tháo đường, được Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ (ADA) kiến nghị năm 1997 và được nhóm các chuyên gia về bệnh đái tháo đường của WHO công nhận vào năm 1998, tuyên bố áp dụng năm 1999, gồm 3 tiêu chuẩn sau:

- Tiêu chuẩn 1: Đường huyết $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) ở bất kỳ thời điểm nào kèm theo các triệu chứng: uống nhiều, đái nhiều, giảm cân, đường niệu.
- Tiêu chuẩn 2: Đường huyết lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) khi bệnh nhân nhịn đói sau 6 – 8 giờ.
- Tiêu chuẩn 3: Đường huyết sau làm nghiệm pháp tăng đường huyết 2 giờ $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl).

Các xét nghiệm được lặp lại từ 1 đến 2 lần trong những ngày sau đó.

1.1.3. Phân loại đái tháo đường

Có nhiều cách phân loại đái tháo đường khác nhau. Do bệnh sinh của đái tháo đường ngày càng được hiểu rõ và đa dạng nên xếp loại có nhiều thay đổi. Tới năm 1997, sau khi phân tích những nhược điểm về cách phân loại của WHO năm 1985, ADA đã phân loại chi tiết và được WHO công nhận vào năm 1998 [32], [59].

* Đái tháo đường týp 1

Nguyên nhân có sự liên quan đến quá trình tự miễn dịch mạn tính. Quá trình gây bệnh là quá trình phá huỷ tế bào beta của đảo tụy Langerhans dẫn tới thiếu hoàn toàn sự tiết insulin.

*** Đái tháo đường tít 2**

Nguyên nhân có sự phối hợp của kháng insulin và giảm tiết insulin không đáp ứng đủ khả năng ổn định glucose máu của cơ thể.

*** Các thể đái tháo đường khác mà nguyên nhân có liên quan đến một số bệnh, thuốc, hoá chất**

+ Khiếm khuyết chức năng tế bào beta do gen: Nhiễm sắc thể thứ 20, HNF- 4 α (MODY 1); Nhiễm sắc thể thứ 7, glucokinase (MODY 2); Nhiễm sắc thể thứ 12, HNF- 1 α (MODY 3); Nhiễm sắc thể thứ 13, IPF (MODY 4).

+ Bệnh lý tuyến tụy ngoại tiết: viêm tụy, ung thư tụy, u xơ tụy...

+ Bệnh lý nội tiết: hội chứng Cushing, cường năng tuyến giáp...

+ Thuốc và hoá chất: glucocorticoid, đối kháng α - adrenergic và đối kháng β - adrenergic, hormon tuyến giáp...

+ Các hội chứng về gen khác: hội chứng Turner, hội chứng Down, hội chứng Wolfram, loạn dưỡng cơ, rối loạn chuyển hóa porphyrin, múa vờn, mất điều vận có tính chất gia đình.

+ Các thể ít gặp qua trung gian miễn dịch: hội chứng tự kháng thể kháng insulin, kháng thụ thể insulin, hội chứng “cứng người” (Stiff Man).

*** Đái tháo đường thai nghén**

Là nói tới những phụ nữ được phát hiện đái tháo đường khởi phát trong thời kỳ mang thai. Liên quan đến vai trò kháng thể kháng insulin và sự biến đổi hormon trong thời kỳ thai nghén.