

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

TRẦN VĨNH THỦY

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHUYỂN HOÁ LIPID
MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 BẰNG MEDIATOR
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN**

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Thái Nguyên – 2007

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

TRẦN VĨNH THỦY

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHUYỂN HOÁ LIPID
MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 BẰNG MEDIATOR
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN**

Chuyên ngành: Nội Khoa

Mã số: 60 72 20

LUẬN VĂN THẠC SĨ Y HỌC

Hướng dẫn khoa học: TS. Nguyễn Kim Lương

Thái nguyên – 2007

CHỮ VIẾT TẮT TRONG LUẬN VĂN

ADA	(American Diabete Association) Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ
Apo	Apolipoprotein
B/M	Tỷ lệ vòng bụng/vòng hông
BMI	Chỉ số khối cơ thể (Body mass index)
BC	Bạch cầu
CT	Cholesterol Toàn phần
ĐTĐ	Đái tháo đường
HC	Hồng cầu
HDL	Lipoprotein có tỷ trọng cao (High Density Lipoprotein)
HDL-C	Cholesterol của Lipoprotein có tỷ trọng cao (High Density Lipoprotein - Cholesterol)
IDL	Lipoprotein có tỷ trọng trung bình (Intermediade Density Lipoprotein)
LDL	Lipoprotein có tỷ trọng thấp (Low Density Lipoprotein)
LDL-C	Cholesterol của Lipoprotein có tỷ trọng thấp (Low Density Lipoprotein Cholesterol)
RLCG	Rối loạn cảm giác
TH	Tiêu hoá
TĐT	Trước điều trị
TG	Triglycerid
TGMB	Thời gian mắc bệnh
TW	Trung ương
VLDL	<i>Lipoprotein có tỷ trọng rất thấp</i> (Very Low Density Lipoprotein)
WHO	Tổ chức y tế thế giới (World Health Oganization)

MỤC LỤC

Nội dung	Trang
Đặt vấn đề:.....	1
Chương 1: Tổng quan:	3
1.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh đái tháo đường:.....	3
1.2. Các thành phần Lipid máu:	6
1.3. Rối loạn chuyển hoá Lipid ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2	9
1.4. Biến chứng và cơ chế bệnh sinh của biến chứng mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường	11
1.5. Điều trị đái tháo đường	18
Chương 2: Đối tượng và phương pháp nghiên cứu	22
2.1. Đối tượng nghiên cứu:	22
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu	22
2.3. Phương pháp nghiên cứu.....	22
2.4. Thiết kế nghiên cứu.....	22
2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu:	25
2.6. Vật liệu nghiên cứu:	26
2.7. Phương pháp xử lý số liệu.....	27
Chương 3: Kết quả nghiên cứu	28
3.1. Đặc điểm chung tuổi giới thời gian mắc bệnh	28
3.2. Kết quả điều trị:.....	38
Chương 4: Bàn luận:	42
Kết luận:	50
Kiến nghị:	51

DANH MỤC CÁC BẢNG

Tên bảng	<i>Trang</i>
Bảng 1.1. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường trên thế giới	5
Bảng 1.2. Các thành phần của Lipoprotein trong máu	9
Bảng 1.3. Sự biến đổi chuyển hóa Lipoprotein ở bệnh nhân đái tháo đường	10
Bảng 1.4. Giới hạn bệnh lý các thành phần lipid máu	11
Bảng 2.1. Phân loại thể trạng (BMI) áp dụng cho người châu Á	23
Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi	27
Bảng 3.2. Phân loại thể trạng đối tượng nghiên cứu theo giới	28
Bảng 3.3. Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu	29
Bảng 3.4. Triệu chứng thường gặp trước dùng thuốc	30
Bảng 3.5. Đặc điểm sinh hoá máu ở đối tượng nghiên cứu trước điều trị	31
Bảng 3.6. Tỷ lệ rối loạn lipid máu	32
Bảng 3.7. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi	33
Bảng 3.8. Thời gian mắc bệnh ở đối tượng nghiên cứu	33
Bảng 3.9. Phân loại thể trạng giữa 2 nhóm	34
Bảng 3.10. Triệu chứng thường gặp ở 2 nhóm	35
Bảng 3.11. Tỷ lệ các thông lipid máu ở giới hạn bệnh lý ở 2 nhóm	35
Bảng 3.12. Hàm lượng một số thành phần lipid máu ở 2 nhóm	36
Bảng 3.13. Các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị	37
Bảng 3.14. Kết quả kiểm soát đường huyết	38
Bảng 3.15. Kết quả thay đổi hàm lượng lipid máu sau điều trị nhóm uống Mediator	38
Bảng 3.16. Kết quả thay đổi hàm lượng lipid máu sau điều trị nhóm không uống Mediator	39
Bảng 3.17. So sánh hàm lượng lipid máu sau điều trị ở 2 nhóm	39
Bảng 3.18. Thay đổi hàm lượng lipid máu sau điều trị 2 nhóm	39
Bảng 3.19. Chức năng gan thận trước sau điều trị nhóm uống Mediator	40
Bảng 3.20. Tương quan giữa một số thông số lipid với BMI, SGOT, SGPT, Glucose, Creatinin.	

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ		<i>Trang</i>
3.1.	Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi	27
3.2.	Phân loại thể trạng đối tượng nghiên cứu theo giới	28
3.3.	Thời gian mắc bệnh của đối tượng nghiên cứu	29
3.4.	Triệu chứng thường gặp	30
3.5.	Tỷ lệ rối loạn lipid máu	32
3.6.	Phân loại thể trạng ở 2 nhóm	34
3.7.	Tỷ lệ các thông số lipid ở giới hạn bệnh lý	36

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh rối loạn chuyển hóa mạn tính mang tính chất xã hội, mà rối loạn chuyển hóa lipid máu rất thường gặp, các rối loạn này kéo dài sẽ dẫn đến các biến chứng mạn tính, đặc biệt là biến chứng mạch máu [19].

Phát triển kinh tế kéo theo sự thay đổi lối sống công nghiệp, giảm các hoạt động thể lực, mức sống cao sự dồi dào về thực phẩm gắn liền với tình trạng béo phì, cùng với sự già đi của dân số thế giới, tốc độ đô thị hóa nhanh tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh đái tháo đường phát triển nhanh chóng trên phạm vi toàn thế giới.

Điều đáng lo ngại là đái tháo đường tăng nhanh ở các nước đang phát triển. Trong số này đa số là đái tháo đường týp 2, thường thì cứ 10 người mắc bệnh thì 9 người là týp 2, sự bùng nổ đái tháo đường týp 2 là những biến chứng của bệnh đang là thách thức lớn với cộng đồng. Theo thống kê của tổ chức Y tế thế giới (WHO), bệnh đái tháo đường týp 2 chiếm vào khoảng 85 - 95% tổng số người mắc bệnh đái tháo đường.

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 người mắc bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 4% dân số toàn cầu, năm 2000 có 151 triệu người mắc bệnh đái tháo đường. Dự báo năm 2010 sẽ có 221 triệu người mắc bệnh đái tháo đường.

Theo WHO, năm 2025 sẽ có 300 - 330 triệu người mắc bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 5,4% dân số toàn cầu [2].

Thông báo của hiệp hội đái tháo đường công bố tại hội nghị đái tháo đường tháng 12/1997 tại Singapo năm 1995 châu Á có khoảng 62 triệu người bị đái tháo đường và ước lượng vào năm 2010 khoảng 130 triệu người đái tháo đường

tổ chức Y tế thế giới đã cảnh báo có thể xuất hiện đại dịch đái tháo đường ở châu Á vào thế kỷ XXI [27].

Tại Việt Nam qua thống kê ở một số thành phố lớn của các tác giả Lê Huy Liệu, Mai Thế Trạch, Trần Hữu Dàng cho thấy tỷ lệ đái tháo đường ở lứa tuổi trên 15 phân bố như sau Hà Nội 1,1% 1991, Thành phố Hồ Chí Minh là $2,5 \pm 0,4\%$ (1993), Huế là $0,96 \pm 0,4 \%$, đến năm 2002 - 2003 điều tra quốc gia về tình hình bệnh đái tháo đường và yếu tố nguy cơ trên phạm vi cả nước, tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường phân bố theo các vùng miền là: vùng núi cao tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường là 2,1%, vùng trung du tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường là 2,2%, vùng đồng bằng ven biển tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường là 2,7%, vùng đô thị khu công nghiệp tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường là 4,4% [5].

Tỷ lệ đái tháo đường tăng gấp đôi tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường thành phố cách đây 10 năm [2], [8].

Bệnh đái tháo đường tăng đường huyết thường đi kèm với rối loạn chuyển hóa lipid, điều trị bệnh đái tháo đường phải đồng thời khống chế được các chỉ số lipid thì mới cải thiện được sức khỏe cho người bệnh. Để cùng một lúc điều trị được cả đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid là mục đích của các thầy thuốc lâm sàng. Hiện nay hãng dược phẩm Sevier đưa ra sản phẩm Benfluorex (Mediator) được khuyến cáo có giá trị điều trị đạt được cả 2 mục tiêu trên, Mediator đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới và ở Việt Nam.

Tại Thái Nguyên những năm gần đây số người mắc bệnh đái tháo đường có xu hướng tăng lên rõ rệt, đã có nhiều công trình nghiên cứu để đáp ứng nhu cầu điều trị, nhưng chưa có báo cáo nào đề cập đến điều trị rối loạn chuyển hóa lipid ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 bằng Mediator. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 bằng Mediator" nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có rối loạn chuyển hóa lipid máu.

2. Đánh giá kết quả điều trị rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 điều trị bằng Mediator và không điều trị bằng Mediator.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm dịch tễ học bệnh đái tháo đường

1.1.1. Lịch sử bệnh

Đái tháo đường được biết đến từ xa xưa, năm 200 trước Công nguyên Tchang Chau King - một thầy thuốc người Trung Quốc đã mô tả bệnh đái tháo đường là “bệnh của sự khát” khi quan sát một bệnh nhân ĐTĐ có thể uống mỗi ngày tới 10 lít nước và đái ra một lượng tương đương [20], Avicenna (980 - 1037) nói đến hoại thư do ĐTĐ, Paracelcius (1493-1544) nhận xét, sau khi nước tiểu bay hơi đi có thể để lại “muối”.

Helmont (1578 - 1644) nói đến tăng lipid máu do ĐTĐ, Morton (1637 - 1698) xác lập được đặc tính di truyền của bệnh.

Canley (1783) lần đầu mô tả bệnh nhân ĐTĐ tử vong có những biến đổi không bình thường ở tụy, nhiều sỏi và tổ chức tụy bị huỷ hoại nặng.

Francis Home phân lập được glucose từ nước tiểu của người bệnh ĐTĐ Vonstosh từ 1828 phát hiện ở những bệnh nhân ĐTĐ các tai biến hôn mê, nhưng cho đến 1874 Kussmall mới mô tả hôn mê ĐTĐ một cách tỷ mỉ về lâm sàng. Cơ chế bệnh sinh của ĐTĐ ngày càng được làm sáng tỏ, yếu tố gen, các kháng thể kháng tiểu đảo gần đây nhất người ta đã chứng minh được mối liên quan giữa ĐTĐ với HLA - DR3 và HLA - DR4, với các kháng thể kháng tiểu đảo.

Năm 1921, Best và Banting cùng cộng sự đã có công trình nghiên cứu phân lập insulin từ tụy, từ đó mở ra một kỷ nguyên mới cho điều trị bệnh nhân ĐTĐ [17], [25].