

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

LÊ THANH BÌNH*, ĐINH ĐỨC LONG*, LÊ ĐỨC QUYỀN**
*Bệnh viện Bạch Mai, ** Bệnh viện 175 – Bộ quốc phòng

TÓM TẮT

Bệnh nhân tăng huyết áp kèm theo tiền đái tháo đường có những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác với những bệnh nhân chỉ có tăng huyết áp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tăng huyết áp có tiền đái tháo đường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 93 bệnh nhân tăng huyết áp có tiền đái tháo đường. **Kết quả và kết luận:** Có 81,7% bệnh nhân có tăng ít nhất một chỉ số nhân trắc, tỷ lệ hút thuốc lá là 37,6%, uống rượu là 23,7%, tăng acid uric máu là 22,6%. Có 33,3% bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa, 81,7% rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu. Tồn thương tim, thận, não lần lượt là: 37,6%; 26,9%; 6,5%.

Từ khóa: Tăng huyết áp, Tiền đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Hội chứng chuyển hóa.

SUMMARY

Background: Clinical and laboratory data of hypertensive and pre-diabetic patients are differently from those of hypertensive patients only. **Objective:** Accessing on laboratories and clinical features of patients with pre-diabetes and hypertension. **Patients and Method:** Prospective cross-sectional design with 93 pre-diabetic and hypertensive patients. **Results and conclusions:** There is 81.7% patients with at least over one of morphological index, smoker is 37.6%, drink alcohol is 23.7%, high serum uric acid is 22.6%. There are 33.3% patients with metabolic syndrome, 81.7% patients with serum lipid disorder. Rate of complications: heart is 37.6%, kidney is 26.9% and brain is 6.5% respectively.

Keywords: Hypertension, pre-diabetes, serum lipid disorder, metabolic syndrome.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát có

những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng rất nghèo nàn, thường là đặc điểm những yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên khi có biến chứng các biểu hiện lâm sàng phong phú hơn. Tiền đái tháo đường (ĐTĐ) là những bệnh nhân có giảm dung nạp glucose và rối loạn glucose máu lúc đói. Nhiều nghiên cứu trong những năm gần đây chỉ ra rằng hầu hết những người có đường huyết nằm trong ngưỡng tiền đái tháo đường sẽ tiến triển thành đái tháo đường týp 2 trong vòng 10 năm và khoảng 50% số người mắc tiền đái tháo đường có nguy cơ bị bệnh tim mạch[2] [3] [7]. Bệnh nhân tăng huyết áp, kèm theo tiền đái tháo đường có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ra sao, ít có nghiên cứu đề cập đến. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu vấn đề này với mục tiêu: “*Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân tăng huyết áp có tiền đái tháo đường*”

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

Gồm 93 bệnh nhân THA mắc tiền ĐTĐ. Các bệnh nhân được điều trị nội trú tại bệnh viện 175 – Bộ Quốc Phòng từ tháng 02/2012 đến tháng 12/2012. Nhóm bệnh là những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của WHO/ISH 2003 và được chẩn đoán tiền ĐTĐ theo tiêu chuẩn của ADA 2010 với một trong các tình trạng sau:

- Rối loạn glucose máu lúc đói (IFG): glucose huyết tương sau ít nhất 8 giờ nhịn đói từ 5,6 – 6,9 mmol/l.

- Rối loạn dung nạp glucose (IGT): glucose huyết tương 2 giờ sau khi uống 75g glucose từ 7,8 – 11,0 mmol/l. (Bệnh nhân có glucose máu lúc đói < 5,6 mmol/l được làm test dung nạp glucose).

- Có HbA1c từ 5,7 – 6,4%.

+ Các bệnh nhân được khám lâm sàng, làm xét nghiệm cận lâm sàng, hỏi bệnh phát hiện các yếu tố nguy cơ. Các chỉ số tăng giảm được so sánh với chỉ số người bình thường.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là: 61,36 ± 11,93 tuổi, tỷ lệ nam chiếm 58,1%, nữ chiếm 41,9%

Bảng 1. Đặc điểm một số chỉ số nhân trắc ở nhóm nghiên cứu (n=93)

Các chỉ số		Giá trị
BMI [kg/(m) ²]	Trung bình [kg/(m) ²]	23,51 ± 2,80
	BMI < 18,5: n (%)	0 (0)
	23 > BMI ≥ 18,5: n (%)	41 (44,1)
	BMI ≥ 23: n (%)	52 (55,9)
Vòng eo (cm)	Trung bình (cm)	85,20 ± 8,27
	Tăng: n (%)	43 (46,2)
WHR	Trung bình	0,92 ± 0,05
	Tăng: n (%)	72 (77,4)
Chỉ số nhân trắc	Tăng: n (%)	76 (81,7)
	Tăng 3 chỉ số: n (%)	34 (36,6)
	Tăng < 3 chỉ số: n (%)	59 (63,4)

Nhận xét: Bệnh nhân THA có tiền đái tháo đường có tỷ lệ cao bất thường về chỉ số nhân trắc: Tỷ lệ dư cân, béo phì chiếm 55,9%, tăng vòng eo là 46,2%, tăng WHR là 77,4% và tăng ít nhất 1 chỉ số nhân trắc

là 81,7%.

Bảng 2. Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở nhóm nghiên cứu (n=93)

Yếu tố nguy cơ		Số lượng (Tỷ lệ %)
Hút thuốc lá		35 (37,6)
Hoạt động thể lực	Thường xuyên	51 (54,8)
	Không thường xuyên	36 (38,7)
	Không hoạt động	6 (6,5)
Uống rượu		22 (23,7)
Tăng Acid Uric máu		21 (22,6)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch cao.

Bảng 3. Đặc điểm tăng huyết áp ở nhóm nghiên cứu (n=93)

Chỉ tiêu		Số lượng (Tỷ lệ %)
Độ tăng huyết áp	Độ 1	13 (14,0)
	Độ 2	35 (37,6)
	Độ 3	45 (48,4)
Tuân thủ điều trị		30 (32,3)
Kiểm soát được HA		18 (19,4)
Thời gian phát hiện THA trung bình (năm)		6,49 ± 5,93

Nhận xét: Thời gian phát hiện THA trung bình dài. Tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị thấp. Chủ yếu các bệnh nhân THA độ 2 và 3.

Bảng 4. Số thành phần hội chứng chuyển hóa ở nhóm nghiên cứu (n=93)

Đặc điểm hội chứng chuyển hoá	Số lượng (Tỷ lệ %)
Không có HCCH	62 (66,7)
HCCH 3 thành phần	18 (19,4)
HCCH 4 thành phần	11 (11,8)
HCCH 5 thành phần	2 (2,1)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có HCCH chiếm 33,3% và tỷ lệ bệnh nhân có nhiều thành phần HCCH khá cao.

Bảng 5. Tình trạng rối loạn lipid máu ở nhóm nghiên cứu (n=93)

Chỉ số		Giá trị
Cholesterol	Trung bình (mmol/l)	5,36 ± 1,26
	Tăng: n (%)	47 (50,5)
Triglycerid	Trung bình (mmol/l)	2,42 ± 1,37
	Tăng: n (%)	59 (63,4)
LDL-C	Trung bình (mmol/l)	3,10 ± 1,10
	Tăng: n (%)	34 (36,6)
HDL-C	Trung bình (mmol/l)	1,23 ± 0,29
	Giảm: n (%)	19 (20,4)
Rối loạn lipid máu	Không: n (%)	17 (18,3)
	≤ 2 chỉ tiêu: n (%)	51 (54,8)
	> 2 chỉ tiêu: n (%)	25 (26,9)

Nhận xét: Tỷ lệ, mức độ rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh nhân THA có tiền ĐTĐ cao.

Bảng 6. Tổn thương cơ quan đích ở nhóm nghiên cứu (n=93)

Cơ quan tổn thương		Số lượng (Tỷ lệ %)
Tim: n (%)		35 (37,6)
Thận	Tổn thương chung: n (%)	25 (26,9)
	Vi đạm niệu: n (%)	15 (16,1)
	Đạm niệu đại lượng: n (%)	4 (4,3)
Não: n (%)		6 (6,5)

Nhận xét: Tổn thương cơ quan đích chủ yếu lưu tim và thận.

BÀN LUẬN

+ Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Tuổi và giới: Theo Trường môn tim mạch học và Hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA), tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ chính, độc lập gây xơ vữa mạch máu. Sự phát triển của xơ vữa động mạch tăng đáng kể theo tuổi cho đến khoảng 65 tuổi, tuổi càng tăng lên, tác động của các yếu tố nguy cơ càng lớn. Tuổi còn là yếu tố nguy cơ của tiền ĐTD và ĐTD. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi của các nhóm nghiên cứu tương đối thuần nhất và đều nằm trong độ tuổi mà xơ vữa động mạch gia tăng nhiều nhất. Tuổi trung bình của nhóm THA có tiền ĐTD là $61,36 \pm 11,93$ tuổi. **Giới:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam ở nhóm THA có tiền ĐTD là 58,1%. Tỷ lệ BN nữ là 41,9%.

Chỉ số khối cơ thể: Thừa cân là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu của tiền ĐTD và ĐTD. Theo nghiên cứu của Trần Đức Thọ và cộng sự, ở Việt Nam, những người có BMI > 25 có nguy cơ bị bệnh đái tháo đường týp 2 nhiều hơn gấp 3,74 lần so với người bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi: nhóm bệnh nhân THA có tiền ĐTD có BMI trung bình là: $23,51 \pm 2,8$, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân, béo phì là: 55,9%. [4]

Vòng eo và chỉ số vòng eo/vòng hông: Trong nghiên cứu của chúng tôi, vòng eo và chỉ số vòng eo/vòng hông (WHR) trung bình ở nhóm bệnh nhân THA có tiền ĐTD lần lượt là: $85,20 \pm 8,27$ cm và $0,92 \pm 0,05$. Nghiên cứu của Kelly J. Hunt [6] khảo sát trên 1430 bệnh nhân, vòng eo trung bình ở nhóm ĐTD là: 100 ± 1 cm, lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. Lynne E Wanknecht nghiên cứu trên 1192 người, vòng eo trung bình của nhóm ĐTD là: $98,4 \pm 11,9$ cm lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. Như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi vòng eo trung bình nhỏ hơn so với hai tác giả trên là do nghiên cứu của chúng tôi trên người châu Á. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tăng cả ba chỉ số nhân trắc ở nhóm THA có tiền ĐTD là 36,6%.

Một số yếu tố nguy cơ: Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ đã rõ làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành, đột quy, bệnh mạch máu ngoại. Lối sống tĩnh tại được coi là một nguy cơ của bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân ít vận động thấp (6%). Tăng acid uric máu: Rất nhiều các nghiên cứu đã cho thấy acid uric là yếu tố nguy cơ độc lập cho bệnh tim mạch sau khi đã hiệu chỉnh. Trong nghiên cứu này: tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, uống rượu quá mức, tăng acid uric máu trong nhóm THA có tiền ĐTD lần lượt là: 37,6%; 45,2%; 23,7%; 22,6%. Uống rượu quá mức và ít vận động còn là yếu tố nguy cơ của tiền ĐTD và ĐTD nhưng số lượng bệnh nhân trong các nhóm nghiên cứu của chúng tôi có thể còn ít do đó sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ tim mạch nêu khó đại diện không rõ ràng. Như vậy các yếu tố nguy cơ tim mạch nêu trên ở các nhóm nghiên cứu của chúng tôi là tương đối thuần nhất.

Tăng huyết áp: Trong nghiên cứu của chúng tôi: thời gian phát hiện THA trung bình, tỷ lệ các độ THA, tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị THA, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được huyết áp ở các nhóm. Như vậy tình trạng tăng huyết áp ở các nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương đối thuần nhất, tỷ lệ các đối tượng chia theo độ tăng huyết áp một cách ngẫu nhiên và có tỷ lệ tương đương nhau ở từng độ THA.

Rối loạn lipid máu và hội chứng chuyển hoá (HCCH): Rối loạn lipid máu rất thường gặp và là một trong những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được quan trọng bậc nhất của bệnh tim mạch. Trong nghiên cứu này: tỷ lệ có rối loạn lipid máu ở nhóm THA có tiền ĐTD là 81,7%.

+ Đặc điểm tổn thương cơ quan đích ở nhóm nghiên cứu.

Tổn thương tim: Tim mạch là hệ cơ quan bị ảnh hưởng sớm và rõ nét nhất ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng tim ở nhóm THA có tiền ĐTD là 37,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Bé Thu Hà. Có thể do nhóm nghiên cứu đều là bệnh nhân THA, hơn nữa tiền ĐTD là giai đoạn sớm của tiến triển ĐTD và số lượng bệnh nhân trong các nhóm còn ít do đó tổn thương tim ở cả hai nhóm chưa có sự khác biệt rõ cũng như tỷ lệ tổn thương tim ở nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Bé Thu Hà [4][5].

Tổn thương thận: Biến chứng thận do đái tháo đường là một trong những biến chứng thường gặp, tỷ lệ biến chứng tăng theo thời gian. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng thận nói chung, tỷ lệ microalbumin niệu, tỷ lệ protein niệu đại thể ở nhóm THA có tiền ĐTD lần lượt là 26,9%; 16,1%; 4,3%. Các tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu đã nêu trên. Có lẽ do tiền ĐTD là giai đoạn sớm của diễn tiến ĐTD do đó tỷ lệ biến chứng mạch máu nhỏ nói chung và biến chứng thận nói riêng còn chưa cao và rõ như giai đoạn ĐTD [7].

Tổn thương não: Tổn thương não là một trong những biến chứng nằm trong nhóm biến chứng mạch máu lớn của ĐTD. Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương não ở nhóm THA có tiền ĐTD là 6,5%, tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu trên. Có thể do tiền ĐTD là giai đoạn sớm nên biến chứng mạch máu lớn còn chưa nhiều và rõ như ở giai đoạn ĐTD thực sự [7].

KẾT LUẬN

Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở 93 bệnh nhân tăng huyết áp có tiền đái tháo đường, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

+ Có 81,7% bệnh nhân có tăng ít nhất một chỉ số nhân trắc, tỷ lệ hút thuốc lá là 37,6%, uống rượu là 23,7%, tăng acid uric máu là 22,6%. Có 33,3% bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa, 81,7% rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu

+ Tổn thương tim, thận, não lần lượt là: 37,6%; 26,9%; 6,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 Tạ Văn Bình (2006), “Những nguyên lý nền tảng đái tháo đường – tăng glucose máu”, Nxb Y học Hà Nội.

2 Trần Hữu Dàng (2011), “*Pre-Diabetes – Tiền đái tháo đường*”, báo cáo khoa học tại hội nghị Tim mạch Miền trung tây nguyên mở rộng lần thứ 6, tại Đắc-Lắc.

3 Trần Hữu Dàng (2010), “*Tiền đái tháo đường*”, báo cáo tổng quan sau đại học, Hội nghị nội tiết miền trung.

4 Bế Thu Hà (2009), “*Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Cạn*”, Luận văn thạc sỹ y khoa, Đại học Y Thái nguyên.

5 Phạm Mạnh Hùng (2011), “*Các yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh tim mạch*”, khuyến cáo của hội tim mạch học quốc gia Việt Nam.

6 Kelly J. Hunt, Ken William, David Rivera, Daniel H O’Leary (2003), “*Elevated Carotid Artery Intima-Media Thickness Level Individuals Who Subsequently Develop Type 2 diabetes*”, *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 23, pp. 1845-1850.

7 Lynne E. Wagenknecht, Daniel Zaccaro, Mark A. Espeland (2003), “*Diabetes and Progression of carotid Atherosclerosis: The insulin Resistance Atherosclerosis Study*”, *Atherosclerosis, Thrombosis, and vascular Biology* 23, pp. 1034-1041.