

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TỈNH BẮC KẠN

NGUYỄN KIM LƯƠNG

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là bệnh mạn tính xã hội cao ở nhiều quốc gia bởi tốc độ phát triển nhanh chóng, mức độ nguy hại đến sức khỏe. Đái tháo đường còn trở thành lực cản của sự phát triển, gánh nặng cho toàn xã hội. 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. Một nghiên cứu của Bệnh viện Nội tiết Trung ương vào cuối tháng 10 - 2008 cho thấy, tỷ lệ mắc đái tháo đường ở Việt Nam tăng nhanh từ 2,7% (năm 2001) lên 5% (năm 2008), trong đó có tới 65% người bệnh không biết mình mắc bệnh. Tại Bắc Kạn, trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển về kinh tế, đời sống nhân dân được cải thiện thì tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường tại các cơ sở khám chữa bệnh đang ngày một gia tăng. Biện pháp hữu hiệu để làm giảm tiến triển và biến chứng của bệnh, chi phí cho chữa bệnh ít tổn kém nhất là phải phát hiện sớm và điều trị người bệnh kịp thời. Tuy nhiên, công tác phát hiện sớm, chăm sóc và điều trị bệnh đái tháo đường tại Bắc Kạn còn gặp rất nhiều khó khăn.

Góp phần tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu đặc điểm của bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn"

Mục tiêu nghiên cứu của đề tài:

*Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sử dụng thuốc ở bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Là những bệnh nhân đái tháo đường được điều trị ngoại trú tại khoa Nội - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Kạn trong thời gian tháng 8/2009

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đái tháo đường khi có 1 trong 3 tiêu chuẩn theo ADA và WHO:

- Tiêu chuẩn 1: Glucose máu bất kỳ  $\geq 11,1$  mmol/l.

- 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.

### 2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang

#### 2.1. Chỉ tiêu

\* Thông tin chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử

\* Chỉ tiêu lâm sàng

- Thời gian phát hiện bệnh.

- Huyết áp.

- Triệu chứng chính của bệnh: ăn nhiều, uống nhiều, đái nhiều, sút cân.

- Triệu chứng kèm theo: Đau ngực, mắt nhìn mờ, tê tay chân, mệt mỏi.

\* Một số biến chứng thường gặp:

- Biến chứng tim mạch.

- Biến chứng thận.

- Biến chứng thần kinh.

- Biến chứng mắt.

- Biến chứng khác: biến chứng răng lợi, hô hấp, da.

\* *Chỉ tiêu cận lâm sàng*

- Xét nghiệm máu: glucose máu lúc đói, cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL - C, LDL - C, ure, creatinin.

- Xét nghiệm nước tiểu: nước tiểu toàn phần.

\* *Phương pháp sử dụng thuốc hạ glucose máu:*

- Đơn trị liệu.

- Phối hợp thuốc.

### 2.2. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm EPIINFO 6.04.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi, giới

Giới Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
< 40	12	7,6	4	2,5	16	10,1
40 - 49	16	10,1	15	9,4	31	19,5
50 - 59	29	18,2	27	17,0	56	35,2
60 - 69	10	6,3	21	13,2	31	19,5
$\geq 70$	12	7,5	13	8,2	25	15,7
Tổng	79	49,7	80	50,3	159	100,0
p > 0,05						
Tuổi trung bình $\bar{X} \pm SD$	55,2 $\pm$ 12,2					

*Nhận xét:*

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 55,2  $\pm$  12,2.

- Tỷ lệ nam, nữ tương đương (p > 0,05).

- Số đối tượng nghiên cứu trên 50 tuổi chiếm 70,4%, nhóm tuổi 50 - 59 có tỷ lệ cao nhất 35,2%.

Bảng 2. Tiền sử và một số thói quen của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử, thói quen	Số trường hợp (n = 159)	Tỷ lệ (%)
Gia đình có người bị ĐTĐ	12	7,5
Sinh con $\geq 4$ kg	2/80	2,5
Uống rượu	50	31,4
Hút thuốc lá	49	30,8

*Nhận xét:*

- Số đối tượng nghiên cứu có tiền sử gia đình liên quan là 7,5%.

- Tỷ lệ bệnh nhân nữ có tiền sử sinh con  $\geq 4$ kg là 2,5%.

- Đối tượng nghiên cứu có thói quen uống rượu và hút thuốc lá chiếm tỷ lệ tương đối cao (31,4% và 30,8%).

**Bảng 3. Một số triệu chứng lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng	Số trường hợp (n = 159)	Tỷ lệ (%)
Uống nhiều	121	76,1
Đái nhiều	120	75,4
Gầy sút cân	87	54,7
Ăn nhiều	66	41,5
Có đủ 4 triệu	31	19,5
Mệt mỏi	127	79,9
Tê tay chân	74	45,5
Đau ngực	33	20,8
Mất nhìn mờ	32	20,1
Tình cờ phát hiện	5	3,1

**Nhận xét:** Các triệu chứng cổ điển gặp với tỷ lệ tương đối cao: uống nhiều 76,1%; đái nhiều 75,4%; gầy sút cân 54,7%; ăn nhiều 41,5%.

Một số biến chứng theo thời gian phát hiện bệnh

Thời gian Biến chứng	< 1 năm (n = 35)		1 - 5 năm (n = 103)		≥ 5 năm (n = 21)		Tổng số (n = 159)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tim mạch	13	37,1	40	38,8	11	52,4	68	42,8
Thận	13	37,1	38	36,9	12	57,1	63	39,6
Mắt	4	11,4	10	9,7	3	14,2	17	10,7
Thần kinh	2	5,7	14	13,6	6	28,6	22	13,8
Hô hấp	1	2,6	2	1,9	2	9,5	5	3,1
Da	0	0,0	3	2,9	3	1,4	6	3,8

**Nhận xét:**

Biến chứng gặp nhiều hơn là biến chứng tim mạch 42,8%, biến chứng thận 39,6%; tỷ lệ các biến chứng cao hơn ở nhóm có thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm.

**Bảng 4. Tỷ lệ tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu**

Phân loại huyết áp	Bệnh nhân	
	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	74	46,5
Bình thường cao	23	14,5
Tăng huyết áp	62	39,0
Độ I	45	28,3
Độ II	11	6,9
Độ III	6	3,8

**Nhận xét:** Tỷ lệ tăng huyết áp ở đối tượng nghiên cứu là 39%. Tăng huyết áp độ I cao nhất, chiếm 28,3%.

**Bảng 5. Chỉ số glucose máu trung bình ở đối tượng nghiên cứu**

Đơn vị: mmol/l

Nhóm tuổi	Glucose máu trung bình (X ± SD)
< 40	8,6 ± 2,4
40 - 49	7,9 ± 3,2
50 - 59	8,3 ± 3,7
60 - 69	8,3 ± 2,6
≥ 70	7,1 ± 2,4
Chỉ số chung	8,1 ± 3,1

**Nhận xét:** Chỉ số glucose máu trung bình ở nhóm tuổi dưới 40 cao hơn các nhóm tuổi khác. Chỉ số glucose máu trung bình của đối tượng nghiên cứu ở mức kiểm soát kém.

**Bảng 6. Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu**

Li pid máu	Giới hạn bệnh lý (mmol/l)	Số trường hợp (n=159)	Tỷ lệ (%)
Cholesterol	# 5,2	79	49,7
Triglycerid	# 2,3	61	38,4
HDL - C	# 0,9	19	11,9
LDL - C	# 3,5	60	37,7
Rối loạn ít nhất một thành phần		122	76,7

**Nhận xét:**

- Số bệnh nhân có tăng cholesterol cao nhất, chiếm tỷ lệ 49,7%.

- Số bệnh nhân có giảm HDL-C gặp ít nhất (11,9%).

- Bệnh nhân có rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu chiếm 76,7%.

**Bảng 7. Cách sử dụng thuốc và mức độ kiểm soát glucose máu**

Cách sử dụng	Mức độ		Tốt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Insulin đơn trị liệu (n = 10)	0	0,0	1	10,0	9	90,0		
Sulfonylurea hoặc Biguanid (n=17)	8	47,1	2	11,7	7	41,2		
Phối hợp Sulfonylurea và Biguanid (n = 97)	23	23,7	25	25,8	49	50,5		
Thuốc uống + insulin (n = 35)	7	20,0	6	17,1	22	62,9		

**Nhận xét:**

- Đối tượng nghiên cứu sử dụng thuốc uống đơn trị liệu có mức kiểm soát glucose máu tốt hơn các nhóm khác.

- Đối tượng nghiên cứu sử dụng insulin đơn trị liệu hoặc phối hợp có mức kiểm soát glucose máu kém chiếm tỷ lệ cao.

**Bảng 8. Mức độ kiểm soát glucose máu theo tiêu chuẩn của WHO năm 2002 [5]**

Mức độ	Số trường hợp (n = 159)	Tỷ lệ (%)
Tốt (4,4 - 6,1)	38	23,9
Chấp nhận (6,2 - 7)	34	21,4
Kém (> 7)	87	54,7

**Nhận xét:**

- Mức độ kiểm soát glucose máu tốt chiếm 23,9%.

- Mức độ kiểm soát glucose máu kém chiếm tỷ lệ 54,7%.

**Bảng 9. Mức độ kiểm soát glucose máu theo nghề nghiệp**

Nghề nghiệp	Mức độ		Tốt		Chấp nhận		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Làm ruộng	15	9,4	15	9,4	50	31,4		
Cán bộ hưu	15	9,4	5	3,2	11	6,9		
Cán bộ	7	4,5	6	3,8	13	8,2		
Khác	1	0,6	8	5,0	13	8,2		

**Nhận xét:** Kiểm soát glucose máu mức độ chấp nhận và kém cao nhất ở đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp làm ruộng (9,4% và 31,4%).

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng

#### \* Đặc điểm chung

- *Tuổi, giới:* Hầu hết các nghiên cứu đều thấy độ tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc đái tháo đường càng tăng và tỷ lệ gia tăng nhiều nhất là nhóm tuổi từ 50 trở lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $55,2 \pm 12,2$ . Bệnh nhân ít tuổi nhất là nữ 16 tuổi, cao tuổi nhất là nữ 83 tuổi. Bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên chiếm 70,4%, trong đó gặp nhiều nhất là nhóm tuổi 50 - 59, chiếm 35,2%.

Nghiên cứu của Welborn ở Australia thấy tỷ lệ đái tháo đường tăng nhanh theo tuổi từ 50 trở lên. Trần Văn Hiền khi nghiên cứu tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là  $54,1 \pm 8,8$ ; nhóm tuổi 50 - 59 chiếm tỷ lệ 33,3%. Võ Bảo Dũng nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định cho thấy tuổi trung bình là  $52 \pm 7,6$ . Đào Thị Dừa nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Huế, tuổi trung bình là  $56,9 \pm 16,4$ . Theo nghiên cứu của Bùi Thế Hùng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $55,4 \pm 7,2$ , nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 50 - 59, chiếm tỷ lệ 62%. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của các tác giả trên.

Cùng với sự phát triển về kinh tế xã hội, tuổi thọ của con người ngày càng cao và bệnh tật thường gia tăng với tuổi già, nhất là đái tháo đường. Khi cơ thể già chức năng tụy bị suy giảm; đồng thời những thay đổi về chuyển hoá glucose cũng tiến triển song hành với tuổi. Quá trình lão hoá là nguyên nhân quan trọng nhất của sự đề kháng insulin, cơ chế làm tăng tỷ lệ đái tháo đường tít 2. Đồng thời những thay đổi về lối sống do tuổi tác là yếu tố đóng góp quan trọng.

#### - Thời gian phát hiện bệnh

Qua nghiên cứu 159 bệnh nhân chúng tôi thấy, số bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh từ 1 - 5 năm chiếm tỷ lệ cao 64,8%. Bệnh nhân mắc mới (<1 năm) chiếm tỷ lệ 22%. Nghiên cứu của Triệu Quang Phú, Bùi Thế Hùng cũng cho kết quả thời gian phát hiện bệnh từ 1 - 5 năm chiếm đa số, tỷ lệ lần lượt là 53,9% và 51,9%. Bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm chiếm 13,2%. Tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo nhóm tuổi, trong đó số người trên 60 tuổi chiếm 67% tổng số người có thời gian phát hiện trên 5 năm. Bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh lâu nhất là 14 năm. Ngày nay, có lẽ do công tác quản lý bệnh đái tháo đường tương đối tốt, tuổi thọ của con người ngày càng tăng nên tuổi bệnh thường tăng song song với tuổi đời.

#### \* Một số triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường rất đa dạng. Các triệu chứng cổ điển ăn nhiều, gầy nhiều, đái nhiều, uống nhiều có thể gặp đầy đủ hoặc không đầy đủ trên một bệnh nhân. Tần xuất xuất hiện các triệu chứng lần lượt là uống nhiều 76,1%, đái nhiều 75,5%, ăn nhiều 41,1%, gầy sút cân 54,7%. Bệnh nhân có đủ bốn triệu chứng cổ điển là 19,5%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có một số khác biệt với các tác giả khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Minh có 98,6% bệnh nhân gầy sút cân, uống nhiều 87,8%, đái nhiều 83,7%. Tác giả Hoàng Thị Đợi cho thấy gầy sút cân 81,7%, uống nhiều 84%, đái nhiều 86,7%.

Theo một số tác giả trên, các dấu hiệu gặp chủ yếu là đái nhiều, uống nhiều, gầy sút cân, trong đó dấu hiệu gầy sút cân chiếm tỷ lệ rất cao. Ngược lại, dấu hiệu gầy sút cân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, chiếm 54,7%. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại phù hợp với kết quả của Lý Thị Thơ, dấu hiệu gầy sút cân chiếm 47,3%. Một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh, Khăm Pheng Phun Ma Keo cũng cho kết quả tương tự. Trong bệnh đái tháo đường, đặc biệt đái tháo đường tít 2, tiến triển bệnh thường âm thầm, khi có biểu hiện trên lâm sàng bệnh thường đã ở giai đoạn muộn. Như vậy, không thể chỉ dựa vào các triệu chứng lâm sàng để chẩn đoán phát hiện bệnh.

#### \* Một số biến chứng

Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường có ít nhất một biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 69,2%. Trong đó, biến chứng tim mạch là 42,8%, biến chứng thận 39,6%, biến chứng thần kinh 13,8%. Tỷ lệ các biến chứng tăng theo tuổi và tăng theo thời gian mắc bệnh của bệnh nhân. Nếu như ở nhóm tuổi dưới 40 và 40 - 49 số bệnh nhân có biến chứng là trên 50% thì tỷ lệ này là 80,6% ở nhóm tuổi 60 - 69 và rất cao ở nhóm tuổi trên 70, chiếm 96%. Ở nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh trên 5 năm, biến chứng tim mạch là 52,4%, biến chứng thận 57,1%. Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh 1 - 5 năm có tỷ lệ biến chứng cao nhất có thể do tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm này chiếm 64,8% tổng số bệnh nhân.

Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch. Người ta cho rằng đây là một quá trình xảy ra lâu dài và liên tục với hai yếu tố xơ vữa mạch và tăng huyết áp. Nghiên cứu của chúng tôi thấy, trong 68 bệnh nhân biến chứng tim mạch có 11 bệnh nhân suy tim và 1 bệnh nhân nhồi máu cơ tim.

Tăng huyết áp ở người mắc bệnh đái tháo đường do rất nhiều yếu tố phối hợp với nhau. Người bệnh đái tháo đường ở các tít khác nhau khi có tăng huyết áp đều làm tiên lượng bệnh xấu đi rõ rệt. Tỷ lệ tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi là 39%, ở bệnh nhân nữ là 42,2% cao hơn nam 35,5%. Trong đó, tăng huyết áp độ I chiếm 28,3%; tăng huyết áp độ II 6,9% và tăng huyết áp độ III 3,8%. Bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp đều được phát thuốc ngoại trú điều trị tăng huyết áp. Có thể vì điều này mà đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là tăng huyết áp độ I.

Nghiên cứu của Đào Thị Dừa cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường là 50%. Theo nghiên cứu của Tạ Văn Bình 27,6% bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp. Liên uỷ ban quốc gia

lần thứ 7 (JNC VII) đã đưa ra khuyến cáo, đối với những bệnh nhân đái tháo đường có tăng huyết áp trong điều trị phải đạt mục tiêu huyết áp dưới 130/80 mmHg. Nếu tăng huyết áp được can thiệp, có thể ngăn ngừa hoặc làm chậm sự tiến triển và biến chứng cho cả bệnh mạch máu nhỏ và lớn.

Một biến chứng khác gặp tương đối nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi đó là biến chứng thận. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 39,6% có biến chứng thận (protein niệu dương tính). Trong 63 bệnh nhân có 12 bệnh nhân có mức creatinin máu trên 130 $\mu$ m/l tương ứng với suy thận giai đoạn 2 và 1 bệnh nhân suy thận giai đoạn 4. Tỷ lệ biến chứng thận của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Bùi Thế Hùng (39,2%); Lý Thị Thơ (39%). Xét nghiệm protein niệu âm tính cũng không cho phép kết luận chắc chắn bệnh nhân không có tổn thương thận. Khi đó cần xét nghiệm microalbumin niệu để chẩn đoán sớm hơn tổn thương thận, từ đó có biện pháp điều trị tích cực hơn làm giảm số bệnh nhân tiến triển đến suy thận. Thực tế, tại Bệnh viện Đa khoa Bắc Kạn, xét nghiệm protein niệu đã được làm thường kỳ, tuy nhiên chưa có điều kiện triển khai xét nghiệm microalbumin niệu.

Bệnh lý thần kinh đái tháo đường cũng là biến chứng thường gặp, với tổn thương đặc hiệu nhất là tổn thương thần kinh ngoại vi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng thần kinh là 13,8%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Minh, biến chứng thần kinh là 10,8%. Nghiên cứu của Trương Văn Sáu cho thấy biến chứng thần kinh chiếm 9%. Nghiên cứu của Hoàng Trung Vinh ở bệnh nhân dưới 60 tuổi thấy biến chứng thần kinh là 39% và tăng lên 60% ở bệnh nhân trên 60 tuổi. Sự khác nhau này là tùy thuộc vào độ tuổi và thời gian mắc bệnh của bệnh nhân.

## 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Thiếu insulin và tình trạng kháng insulin là cơ chế chính đưa đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường. Đặc điểm nổi bật là tăng cholesterol toàn phần, tăng hàm lượng triglycerid, tăng LDC - C và giảm HDL - C.

Nghiên cứu của chúng tôi có 76,7% bệnh nhân có rối loạn một hoặc nhiều thành phần lipid máu. Trong đó, rối loạn cholesterol máu toàn phần 49,7%, tăng triglycerid 38,4%, tăng LDL - C 37,7% và giảm HDL - C 11,9%.

Cook CB, Erdman DM. nghiên cứu đái tháo đường ở người Mỹ gốc Phi có 58% người bệnh tăng LDL - C, 26% người bệnh giảm HDL - C. Khâm Pheng Phun Ma Keo nghiên cứu ở một số bệnh viện Viêng Chăn - Lào cho thấy tăng tỷ lệ cholesterol máu toàn phần 44,6%, tăng triglycerid 43,1%, giảm HDL - C 34,6% Nghiên cứu của Trần Văn Hiến, Tạ Văn Bình cho kết quả tỷ lệ rối loạn lipid máu là 65,3%, trong đó tăng cholesterol máu toàn phần chiếm 53%, tăng triglycerid chiếm 40%, tăng LDL - C chiếm 42,9% và giảm HDL - C chiếm 20%. Theo nghiên cứu của Tô

Văn Hải và Nguyễn Thị Phúc, tỷ lệ bệnh nhân tăng cholesterol chiếm 41,67%, tăng triglycerid 38,89%, tăng LDL - C chiếm 25% và giảm HDL - C chiếm 26,39%. So với một số nghiên cứu trên, tỷ lệ giảm HDL - C trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. HDL - C bình thường hoặc tăng được xem là một yếu tố bảo vệ thành mạch, chống xơ vữa động mạch. Có thể do 50,3% đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là làm ruộng nên tỷ lệ giảm HDL - C chỉ chiếm 11,9%. Mặt khác, bệnh nhân đang được điều trị bằng các thuốc hạ glucose máu, trong đó đa số phối hợp giữa Sulfonylurea và Biguanid, vì thế có thể số lượng tăng triglycerid không nhiều và giảm HDL - C không cao.

## 3. Cách dùng thuốc và kết quả điều trị.

Tỷ lệ phối hợp thuốc cho bệnh nhân đái tháo đường khá cao (83%). Sử dụng phối hợp 2 loại thuốc uống hạ glucose máu cao nhất, chiếm tỷ lệ 61%. Bệnh nhân được phối hợp giữa hai nhóm Sulfonylurea và Biguanid, chủ yếu phối hợp giữa Gliclazide và Glucofine (42,1%), phối hợp giữa Diamcron và Glucofine (15,8%). Bệnh nhân được sử dụng insulin chiếm 28,3% kể cả dùng đơn trị liệu và phối hợp. Chỉ có 10,7% bệnh nhân sử dụng một loại thuốc uống hạ glucose máu.

Như vậy, đa số bệnh nhân được phối hợp thuốc trong điều trị nhưng vẫn có 76,1% bệnh nhân có glucose máu ở mức kiểm soát kém và chấp nhận. Thuốc uống đơn trị liệu được dùng cho những bệnh nhân mới phát hiện bệnh hoặc chưa có biến chứng do đó kiểm soát glucose máu ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao hơn. Những bệnh nhân dùng insulin bệnh thường đã ở giai đoạn nặng, việc sử dụng insulin ngoại trú rất khó khăn đối với bệnh nhân và thầy thuốc có thể vì vậy mà ở đối tượng này mức độ kiểm soát glucose máu kém cao hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ số glucose máu trung bình của các nhóm tuổi đều cao nhưng nhóm tuổi dưới 40 cao nhất. So sánh với tiêu chí kiểm soát glucose máu của WHO thì glucose máu trung bình nằm ở mức kiểm soát kém. Trong 159 bệnh nhân, kiểm soát glucose máu ở mức tốt chỉ có 23,9%, mức chấp nhận 21,4% và còn 54,7% ở mức kiểm soát kém. Bệnh nhân có nghề nghiệp làm ruộng có mức kiểm soát kém và chấp nhận cao nhất, chiếm tỷ lệ 40,8%.

Thực tế tại Bắc Kạn, bệnh đái tháo đường được triển khai điều trị nội trú từ năm 2006. Phòng khám và điều trị ngoại trú mới bắt đầu hoạt động từ quý I năm 2009, tính đến 31/7/2009 quản lý 275 bệnh nhân. Công việc quá tải cho các bác sỹ, bệnh nhân ở các huyện, xã vùng cao phương tiện giao thông đi lại không thuận tiện, hết thuốc không đến khám ngay làm cho việc kiểm soát glucose máu gặp nhiều khó khăn, nguy cơ biến chứng nhiều hơn. Chính vì vậy, công tác giáo dục sức khỏe cho người bệnh rất quan trọng; việc tăng cường bác sỹ đặc biệt bác sỹ chuyên khoa đái tháo đường hết sức cần thiết.

#### 4. Một số yếu tố liên quan đến bệnh đái tháo đường

##### \* *Tiền sử gia đình, tiền sử sản khoa*

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tiền sử gia đình là một yếu tố nguy cơ thực sự của đái tháo đường týp 2. Theo nghiên cứu của Tạ Văn Bình nhóm có tiền sử gia đình bị mắc bệnh cao gấp 2,68 lần nhóm người không có tiền sử gia đình. Phụ nữ có tiền sử sản khoa đặc biệt cũng được coi là yếu tố nguy cơ cao để có khả năng phát triển đến bệnh đái tháo đường. Nghiên cứu của Trần Hữu Dàng cho thấy phụ nữ mắc đái tháo đường có tiền sử sinh con trên 4kg là 11,5%. Nghiên cứu của Khâm Pheng Phun Ma Keo cho thấy người có tiền sử gia đình mắc bệnh là 8,45%, số phụ nữ có tiền sử sản khoa liên quan đến đái tháo đường là 15,6%. Nghiên cứu của Lý Thị Thơ có 6,2% bệnh nhân có tiền sử gia đình và 7,1% phụ nữ có tiền sử sinh con trên 4kg. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đái tháo đường có tiền sử gia đình là 7,5%, số phụ nữ có tiền sử sinh con trên 4kg là 2,5%. Như vậy, tỷ lệ phụ nữ sinh con trên 4kg trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên có thể do bệnh nhân nữ khi sinh con không cân hoặc không nhớ rõ.

##### \* *Thói quen uống rượu, hút thuốc lá*

Rượu và các dẫn xuất của rượu đã được ghi nhận có liên quan đến một số bệnh như tim mạch, loét dạ dày... và đái tháo đường. Rượu có tương tác với các thuốc hạ glucose máu. Người bệnh đái tháo đường đang sử dụng các sulphonylurea mà uống rượu sẽ gây ra đỏ da, đau đầu, bồn chồn. Uống rượu khi đang dùng metformin dễ gây nên nhiễm toan máu, có thể gây nguy hiểm như nhiễm axit lactic. Rượu cũng gây hạn chế sự sản xuất và phóng thích glucose từ gan, do đó dễ gây nên biến chứng hạ đường huyết ở người đái tháo đường, tình trạng này rất khó phân biệt với say rượu, nên hay dẫn đến hậu quả nghiêm trọng do không được phát hiện và xử lý sớm.

Tỷ lệ bệnh nhân có thói quen uống rượu trong nghiên cứu của chúng tôi là 31,4%, trong đó có 56,9% nam giới có thói quen này và tập trung ở khu vực nông thôn nhiều hơn. Điều này có thể do tập quán sinh hoạt của người dân tại địa phương. Nhiều nghiên cứu cho thấy những người bị đái tháo đường có nghiện rượu, thì hiểm họa tử vong tăng 50% so với những người đái tháo đường không uống rượu. Chính vì vậy, người bệnh nên tránh uống rượu nhưng tốt nhất là không uống rượu.

Thói quen hút thuốc lá gặp ở 30,8% bệnh nhân, trong đó có một bệnh nhân nữ có thói quen này. Hút thuốc lá không chỉ có hại cho người bệnh đái tháo đường mà còn rất có hại cho sức khỏe con người nói chung. Thói quen này có liên quan đến nhiều yếu tố khác như trình độ văn hoá, nghề nghiệp, kinh tế, xã hội.

#### KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 159 bệnh nhân, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

#### 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 55,2 ± 12,2; bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 70,4%, nhiều nhất là nhóm tuổi 50 - 59 (35,2%).

- Thời gian phát hiện bệnh từ 1 - 5 năm 64,8%

- Thói quen uống rượu 31,4%; thói quen hút thuốc lá 30,8%.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp: uống nhiều 76,1%, đái nhiều 75,4%, gầy sút cân 54,7%, ăn nhiều 41,5%.

- 69,2% đối tượng nghiên cứu có biến chứng; tỷ lệ một số biến chứng: tim mạch 42,8%, thận 39,6%, thần kinh 13,8%.

- 76,7% bệnh nhân có rối loạn lipid máu; 49,7% tăng cholesterol máu toàn phần; 38,4% tăng triglycerid; 37,7% tăng LDL - C; 11,9% giảm HDL - C.

#### 2. Cách sử dụng thuốc và kết quả điều trị

- 61% bệnh nhân được sử dụng phối hợp 2 loại thuốc uống hạ glucose máu, 28,3% có sử dụng insulin, 10,7% sử dụng một loại thuốc uống đơn độc.

- Kiểm soát glucose máu ở mức tốt 23,9%, chấp nhận 21,4%, kém 54,7%, mức kiểm soát kém cao ở đối tượng nghiên cứu làm ruộng (31,4%).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình, Hoàng Kim Ước, Nguyễn Minh Hùng, Mai Tuấn Hưng và cộng sự (2007), "Kết quả điều tra đái tháo đường và rối loạn đường huyết ở đối tượng có nguy cơ tại Cao Bằng", *Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3*, tr. 825-837.

2. Bùi Thế Hùng (2004), *Nghiên cứu hàm lượng một số thành phần lipid máu và mối liên quan với biến chứng mạn tính thường gặp ở bệnh đái tháo đường týp 2*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

3. Lê Cảnh Chiến, Đỗ Công Tuyển và cộng sự (2007), "Kết quả điều tra dịch tễ học bệnh đái tháo đường tại thị xã Tuyên Quang", *Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3*, tr. 317-319.

4. Vũ Huy Chiến và cộng sự (2007), "Tìm hiểu mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ với tỷ lệ mắc đái tháo đường týp 2 tại một số vùng dân cư tỉnh Thái Bình", *Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3*, tr. 672-676.

5. Hoàng Thị Đợi, Nguyễn Kim Lương (2007), "Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường týp 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên", *Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3*, tr. 900-911.

6. Aleksey V. Matveyenko, Sarah Dry (2009), "Beneficial Endocrine but Adverse Exocrine Effects of Sitagliptin in the Human Islet Amyloid Polypeptide Transgenic Rat Model of Type 2 Diabetes", *American Diabetes Association*.

7. Johan Holmkvist, Peter Almgren (2008), "Common Variants in Maturity - Onset Diabetes of the Young Genes and Future Risk of Type 2 Diabetes", *American Diabetes Association*.