

**NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT
CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI KHOA KHÁM BỆNH CÁN BỘ
BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 – TRONG 2 NĂM (THÁNG 3/2009 ĐẾN 4/2011)**

VŨ THỊ NGA

Bệnh Viện Trung ương quân đội 108

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tăng huyết áp (THA) và bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đã trở thành một vấn đề xã hội vì tính phổ biến vì nguy cơ biến chứng và tỷ lệ tử vong ngày càng cao.

ĐTĐ type 2 là người bạn đồng hành của THA. Tỷ lệ bệnh THA ở người ĐTĐ type 2 cao gấp 2 lần so với người bình thường. Có tới 30-70% biến chứng của typ2 có liên quan đến bệnh lý của THA

Nghiên cứu liên quan giữa THA nguyên phát và ĐTĐ type2 với tổn thương cơ quan đích nhằm tăng cường hiểu biết về nguyên nhân, cơ chế sinh bệnh, các biện pháp phòng chống nhằm hạn chế, đẩy lùi nguy cơ và mức độ tổn thương do THA và ĐTĐ typ2.

MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU:

1 Nhận xét một số đặc điểm của biến chứng THA nguyên phát có kèm ĐTĐ typ2 gặp ở PKB cao cấp BVTWQĐ 108 trong 2 năm (3/ 2009- 4/ 2011)

2 Tìm hiểu mối liên quan về mức độ THA nguyên phát có ĐTĐ typ 2 với biến chứng thường gặp của bệnh

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Nhận xét trên 350 bệnh nhân được theo dõi quản lý tại khoa KB cán bộ trong 2 năm (3/ 2009- 4/ 2011)

Được chia thành 2 nhóm (không phân biệt giới, tuổi)

Nhóm 1: Những bệnh nhân THA nguyên phát có ĐTĐ typ2 – 175 bệnh nhân

Nhóm 2: Nhưng bệnh nhân THA nguyên phát không có ĐTĐ typ2 – 175 bệnh nhân (Nhóm chứng)

1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nhóm 1

* Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của WHO

* Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ2 theo tiêu chuẩn của WHO 1985

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh tăng huyết áp thứ phát, ĐTĐ typ 1 và các bệnh nội khoa cấp tính

2 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nhóm 2: Chẩn đoán

THA theo WHO

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị ĐTĐ, các bệnh nhân có bệnh cấp tính

CÁC CHỈ TIÊU NGHIÊN CỨU:

Khám lâm sàng

Các xét nghiệm: Huyết học, Sinh hóa máu (Ure, creatinin, A.Uric, Glucose, HbA1C, CK, troponin, GOT, GOP, Cholesterol, HDL, LDL cholesterol, Triglycerid) Sinh hóa nước tiểu

Thăm dò chức năng: Điện tim, Siêu âm tim, XQ phổi, chụp CTscan não

Khám và soi đáy mắt

3.1 Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương cơ quan đích:

* Tổn thương tim: Dày thất trái (ECG, Siêu âm tim, XQ tim.

Suy tim (Tieu chuẩn lâm sàng của NYHA và Siêu âm tim, men BNP). Con đau thất ngực (Lâm sàng và ECG / Nhồi máu cơ tim: Lâm sàng và ECG, Men tim (Gop, Got, Ck-MB, TroponinT)

Tổn thương thận: Protein niệu 24 h/ Creatinin clearance (ml/p)

Tổn thương não: CTscan não, MRI não

Tổn thương mắt: Được xác định qua soi đáy mắt /Tổn thương đáy mắt do THA theo Keith, Wegernerr và Barker (theo biến đổi mạch máu võng mạc)

Phân loại THA theo khuyến cáo của hội TM Việt Nam 2008

Tiêu chuẩn đánh giá, kiểm soát Glucose máu và HbA1C theo IDF

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

1. Đặc điểm tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân THA nguyên phát có ĐTĐ typ2

Bảng 1: Tổn thương tim:

Tổn thương tim	Nhóm 1 (n = 175) n(%)	Nhóm 2 (n = 175) n(%)	P

Dây thất trái	61(24,40)	57(24,25)	>0,05
Rối loạn nhịp tim	14(5,60)	9(3,83)	>0,05
Đau thất ngực	38(15,20)	27(11,49)	>0,05
NMCT	16(6,40)	10(4,26)	>0,05
Suy tim	7(2,80)	4(1,70)	>0,05
Tổng	136(54,40)	107(45,53)	>0,05

Bảng 2: Tổn thương động mạch lớn:

Mạch máu	Nhóm 1 (n = 175) n(%)	Nhóm 2 (n = 175) n(%)	P
Phình ĐMC	42(16,80)	43(18,30)	>0,05
Quai ĐMC:	38(15,20)	35(14,90)	>0,05
ĐMC ngực:	4(1,60)	8(3,40)	>0,05
ĐMC bụng:	0	0	>0,05
ĐM chi dưới	11(4,40)	7(2,97)	>0,05
Đau cách hồi	7(3,60)	6(2,55)	>0,05
Loét chi	4(0,80)	1(0,42)	>0,05
Tổng	53(21,20)	50(21,27)	>0,05

Bảng 3: Tổn thương não:

Tổn thương não	Nhóm 1 (n = 175) n(%)	Nhóm 2 (n = 175) n(%)	P
TMNTQ	4(1,60)	7(2,98)	>0,05
NMN	23(9,20)	15(6,38)	>0,05
XHN	7(2,80)	7(2,98)	>0,05
NMN + XHN	2(0,80)	1(0,42)	>0,05
Tổng	36(14,4)	30(12,76)	>0,05

Bảng 4: Tổn thương thận:

Tổn thương thận	Nhóm 1 (n = 175) n(%)	Nhóm 2 (n = 175) n(%)	P	
Protein niệu (+)	36(14,40)	5(2,13)	<0,01	
Suy thận	Tổng	69(27,60)	66(28,08)	>0,05
	Độ I	34(13,60)	31(13,19)	>0,05
	Độ II	28(11,20)	32(13,62)	>0,05
	Độ III	7(2,80)	3(1,27)	>0,05
	Độ IV	0	0	
Tổng	105(42,00)	71(30,21)	<0,01	

Bảng 5: Tổn thương mắt:

Tổn thương mắt	Nhóm 1 (n = 175) n(%)	Nhóm 2 (n = 175) n(%)	P	
Theo K, W, Barket	Độ 1	11(4,40)	0	<0,01
	Độ 2	10(4,00)	4(1,72)	>0,05
	Độ 3	29(11,60)	5(2,13)	<0,01
	Độ 4	3(1,20)	1(0,43)	>0,05
	Tổng	53(21,20)	10(4,25)	<0,01

2. Đặc điểm phân bố chung các tổn thương ở 2 nhóm theo thời gian tăng huyết áp

BÀN LUẬN:

1. Đặc điểm bệnh nhân:

Thời gian mắc bệnh THA nguyên phát của 2 nhóm không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê. Chủ yếu ở thời điểm mắc bệnh từ 1- 10 năm (51%) Việc đề ra khám sức khỏe định kỳ là rất cần thiết để phát hiện sớm bệnh THA

Mức độ tăng huyết áp của 2 nhóm không khác biệt. Mức độ và thời gian phát hiện tăng huyết áp rất liên quan đến tổn thương cơ quan đích, so sánh nhóm 1 có cao hơn nhóm 2 nhưng không khác nhau có ý nghĩa

thống kê.

Về đặc điểm ĐTĐ typ2, qua đánh giá về Glucose lúc đói và HbA1c, kết quả của chúng tôi so với tác giả trong nước (Đình Minh Tân, Phương Tuyền -2009) thấp hơn. Nhưng tỷ lệ kiểm soát Glucose máu (22%) cao hơn so với tiêu chuẩn kiểm soát bằng HbA1c (14%) và có tới 70% kiểm soát kém hơn HbA1c

2. Đặc điểm tổn thương cơ quan đích của bệnh nhân THA có ĐTĐ typ2

2.1 Trên tổn thương tim: Tổn thương tim ở bệnh nhân THA có ĐTĐ typ2 so với nhóm THA đơn thuần có cao hơn, nhưng khác nhau không có ý nghĩa thống kê trên những triệu chứng đau thắt ngực, suy tim và dây thất trái trên siêu âm. Điều này có thể lý giải số bệnh nhân được thống kê đến khám ngoại trú so với số bệnh nhân được theo dõi điều trị nội trú có khác nhau về kết quả nghiên cứu. Nhận định này khi so sánh với các tác giả trong nước (Dũng, Hải, Thủy 2004) và các tác giả nước ngoài (Ziele 2004, Redfiel, William 2005) cũng tương tự

2.2 Trên tổn thương thận

Theo các tác giả, những biến chứng tim mạch của bệnh nhân THA (có hay không có ĐTĐ) thường cao hơn biến chứng thận 4-8 lần và tăng dần theo thời gian của bệnh. Ngoài xét nghiệm máu (Ure, Creatinin), hai tổn thương sớm trên cầu thận cần được phát hiện là Protein niệu và Microalbumin niệu. Trong điều kiện bệnh nhân ngoại trú không làm được Microalbumin niệu, Protein niệu trở nên là một xét nghiệm có tính phổ biến và có giá trị đánh giá mức độ tổn thương và tiên lượng biến chứng của bệnh.

Tỷ lệ bệnh nhân suy thận ở bệnh nhân THA có ĐTĐ typ2 là 27,6%, có từ độ 1 đến độ 2 và độ 3 là 2,8% (không thấy có độ 4) Biến chứng suy thận giữa 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa

3. Đặc điểm tổn thương mạch máu lớn

Biểu hiện rõ nhất là phình quai ĐMC (15,2%) trên XQ, không thấy phình ĐMC bụng. Tổn thương ĐM chi dưới không nhiều, nhưng bệnh nhân có dấu hiệu đi cách hồi là 3,6% ở nhóm 1 so với nhóm 2

4. Tổn thương đáy mắt

Đây là những biến chứng thường gặp của bệnh ĐTĐ typ2 và THA nguyên phát. Kết quả của chúng tôi cũng thống nhất với các tác giả trong và ngoài nước

Khi so sánh tỷ lệ biến chứng ở các cơ quan đích giữa nhóm 1 và 2 chúng tôi thấy tổn thương tim mạch gặp nhiều nhất (54,45%). Không có sự khác biệt về đặc điểm tổn thương, nhưng biểu hiện trên lâm sàng có khác nhau. Trong thống kê số lượng tổn thương, tỷ lệ tổn thương trên não gặp ít nhất so với tổn thương thận, mạch máu ngoại vi và mắt. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước

5. Mối liên quan giữa mức độ, thời gian phát hiện THA, mức độ kiểm soát Glucose huyết và biến chứng của các cơ quan đích:

Các tác giả nước ngoài (Paul Muntner, Epstein 2005) đều có cùng nhận định THA càng cao, càng tỷ lệ thuận với tổn thương các cơ quan đích. Có thể tỷ lệ tăng huyết áp độ 1- độ 2 ảnh hưởng chưa đáng kể lên các cơ quan đích, nhưng khi so sánh giữa độ 2 và 3 sự khác biệt về tổn thương là rõ rệt (P< 0,001)

6. Thời gian phát hiện THA với tổn thương cơ quan đích:

Thời gian tổn thương tim và mạch tăng dần theo thời gian. Qua theo dõi trên 10 năm, tỷ lệ này là 76,1%. Tỷ lệ dày thất trái là cao nhất là 34,33%

Trong khi đó, tỷ lệ tổn thương não, thận trên thống kê số bệnh nhân đến khám ngoại trú không nhiều. Có thể điều kiện ngoại trú không được theo dõi liên tục và có thể mức độ tăng huyết áp tác động lên thành mạch, liên quan chặt chẽ hơn là thời gian gây THA ?

Tổn thương mạch máu nhỏ được thể hiện trên tỷ lệ biến chứng ở thận, từng mức độ khác nhau. Thời gian mắc bệnh ĐTĐ typ 2, THA nguyên phát làm xơ hóa mạch máu nhỏ ở cầu thận dẫn đến xơ hóa thận, suy thận. Những tổn thương này thường gặp trên bệnh nhân THA có ĐTĐ typ2 trên 10 năm

Đối với tổn thương mắt, THA nguyên phát có ĐTĐ càng rõ rệt. Tỷ lệ này sau 10 năm là 25,4%. Tổn thương

đáy mắt độ 3 chiếm cao nhất. So sánh giữa 2 nhóm, nhóm 1 có tổn thương đáy mắt cao gấp 2 lần so với nhóm 2 và theo thời gian, mức độ tổn thương cũng nặng hơn, sớm nhất là trên 1 năm.

Mối liên quan giữa kiểm soát Glucose và tổn thương các cơ quan đích: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả đều cho thấy mức độ kiểm soát Glucose tốt sẽ làm giảm tỷ lệ tổn thương cơ quan đích

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ biến chứng trên các cơ quan đích ở bệnh nhân THA nguyên phát có ĐTĐ typ 2 cao hơn so với THA nguyên phát đơn thuần

2. Tổn thương các cơ quan đích tăng theo thời gian, mức độ THA và khả năng khống chế được Glucose huyết và HbA1C