

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Khoa Nội tiết-Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội nhân dân Lào

Clinical, laboratory test and renal complications in patients with type 2 diabetes at the Department of Endocrinology, the 103 Central Hospital - Lao People's Army

Bun Nhông, Phonepasert Souvannalath,
SomBoun Xaiyakham

Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội Nhân dân Lào

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và nhận xét đặc điểm biến chứng thận, mối liên quan giữa biến chứng thận với mức độ kiểm soát đường máu. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm có 102 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 biến chứng thận nằm điều trị tại Khoa Nội tiết-Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội Nhân dân Lào từ tháng 06/2020 đến tháng 12/2021. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 94,2%, nữ nhiều hơn nam (61,8% với 38,2%). Chỉ có 23,7% bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn và luyện tập. Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh lý tăng huyết áp đi kèm chiếm 57,8%. Số bệnh nhân kiểm soát tốt glucose máu đói chiếm tỷ lệ 30,1%, glucose máu bất kỳ chiếm tỷ lệ 19,4%, HbA1C chiếm tỷ lệ 38,3%. Về tổn thương thận: Có 42,2% bệnh nhân có protein niệu (+). Trong 57,8% bệnh nhân có protein niệu (-), có 10,8% MAU (+), 47% (-); Tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng thận do đái tháo đường giai đoạn 3, 4, 5 lần lượt là 9,8%, 20,6%, 22,5%. Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận gấp 2,57 lần so với những bệnh nhân không có tăng huyết áp kèm theo, ($p<0,05$). Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không kiểm soát được glucose đói sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận do đái tháo đường giai đoạn 3+4 gấp 3,04 lần so với những bệnh nhân kiểm soát glucose máu đói đạt, ($p<0,05$). Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không kiểm soát được HbA1c sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận do đái tháo đường giai đoạn 3+4 gấp 3,57 lần so với những bệnh nhân kiểm soát tốt HbA1c ($p<0,05$).

Từ khóa: Biến chứng thận đái tháo đường típ 2.

Summary

Objective: To describe clinical and subclinical characteristics of patients with type 2 diabetes; Comment on the characteristics of kidney complications and the relationship with the level of blood sugar control. **Subject and method:** 102 type 2 diabetes patients with kidney complications treated at

Ngày nhận bài: 8/9/2022, ngày chấp nhận đăng: 14/11/2022

Người phản hồi: Bun Nhông, Email: Bun_yuong@hotmail.com - Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội Nhân dân Lào

the Endocrinology Department of the 103 Central Hospital of the Lao People's Army from June 2020 to December 2021. Method: A cross-sectional description. *Result:* People over 50 years old accounted for 94.2%, more women than men (61.8% and 38.2%). Only 23.7% of patients adhered to diet and exercise. Patients with type 2 diabetes with comorbid hypertension accounted for 57.8%. The number of patients with good control of fasting blood sugar accounted for 30.1%, good control of blood sugar at any time accounted for 19.4%, and good control of HbA1C was 38.3%. Renal complications: 42.2% of patients had proteinuria. In 57.8% of patients with negative proteinuria, 10.8% had positive MAU and 47% had negative MAU. The proportion of patients with diabetic kidney disease stage 3, 4, and 5 were 9.8%, 20.6%, and 22.5%, respectively. Patients with type 2 diabetes with hypertension had a risk of kidney complications 2.57 times higher than those without hypertension ($p < 0.05$). Patients with type 2 diabetes with poor fasting glucose control were 3.04 times more likely to develop stage 3 + 4 diabetic nephropathies than those with well controlled fasting glucose ($p < 0.05$). Patients with type 2 diabetes with uncontrolled HbA1c were 3.57 times more likely to develop stage 3 + 4 diabetic nephropathies than those with well controlled HbA1c ($p < 0.05$).

Keywords: Renal complications, type 2 diabetes.

1. Đặt vấn đề

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) - theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) "là một hội chứng có đặc tính biểu hiện bằng tăng glucose máu do hậu quả của việc thiếu hoặc mất hoàn toàn insulin hoặc do có liên quan đến sự suy yếu trong bài tiết và hoạt động của insulin". Tỷ lệ bệnh có xu hướng ngày càng gia tăng, đứng hàng thứ ba trên thế giới sau bệnh tim mạch và bệnh ung thư, đặc biệt ở các nước đang phát triển như khu vực châu Á-Thái Bình Dương trong đó có Việt Nam và Lào [1].

Biến chứng thận do ĐTĐ là một trong những biến chứng mạn tính thường gặp, bệnh cảnh lâm sàng kín đáo, nên dễ bị bỏ qua các triệu chứng ban đầu, khi có biểu hiện lâm sàng thì chức năng thận đã suy giảm, dẫn đến suy thận mạn tính không hồi phục. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm biến chứng thận do ĐTĐ là việc làm hết sức cần thiết giúp phát hiện sớm tổn thương thận và có biện pháp điều trị kịp thời nhằm ngăn chặn tiến triển tổn thương thận. Xuất phát từ yêu cầu thực tế trên chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại Khoa Nội Tiết, Bệnh viện Trung ương 103

Quân đội Nhân dân Lào" với 2 mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Nhận xét đặc điểm biến chứng thận và mối liên quan giữa biến chứng thận với mức độ kiểm soát đường máu.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 102 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 biến chứng thận nằm điều trị tại khoa Nội Tiết, Bệnh viện Trung ương Quân đội nhân dân Lào từ tháng 06/2020 đến tháng 12/2021.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ: Theo ADA-Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ.

Chẩn đoán xác định ĐTĐ khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

Glucose máu lúc đói (ít nhất 8 giờ sau bữa ăn cuối) $\geq 7,0$ mmol/l (126mg/dl), (làm 2-3 lần).

Glucose máu bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl) ở bệnh nhân có các triệu chứng kinh điển của tăng glucose máu và glucose niệu (+).

Glucose máu 2 giờ sau làm nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dl).

Chỉ số HbA1C $\geq 6,5\%$.

Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ type 2:

Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường sau 30 tuổi.

Khởi phát bệnh thường từ từ, diễn biến tiềm tàng, phát hiện tình cờ hoặc bệnh nhân có biến chứng.

Thể trạng béo hoặc quá khứ béo.

Không có xu hướng nhiễm toan ceton.

Nồng độ insulin, C-peptid máu bình thường hoặc tăng.

Kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn, tập luyện và hoặc thuốc uống hạ đường huyết có đáp ứng.

Tiêu chuẩn đánh giá biến chứng thận trên các đối tượng nghiên cứu:

MAU (+) khi ≥ 30 mg/l và ≤ 300 mg/l.

MAC (+) khi ≥ 300 mg/l.

Creatinin máu $> 130\mu\text{mol/l}$ và hoặc mức lọc cầu thận $< 60\text{ml/phút}$.

Phân loại biến chứng thận theo 5 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Albumin niệu bình thường, HA bình thường, mức lọc cầu thận tăng, thường kết hợp với tăng kích thước cầu thận, tăng thể tích thận, tăng tỉ lệ lọc của cầu thận.

Giai đoạn 2: Tổn thương màng đáy mao quản cầu thận, lắng đọng hình nốt, tổn thương xơ hóa hyalin cầu thận.

Giai đoạn 3: Microalbumin niệu dương tính, protein niệu (-).

Giai đoạn 4: Bệnh lý thận lâm sàng.

Giai đoạn 5: Suy thận mạn, mức lọc cầu thận giảm.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Tất cả 102 bệnh nhân sẽ tiến hành thu thập số liệu:

Hỏi bệnh:

Tuổi, giới, thời gian phát hiện ĐTĐ, tiền sử có cơn hạ đường huyết.

Quá trình theo dõi và điều trị bệnh: Mức độ tuân thủ chế độ ăn và chế độ luyện tập, thuốc điều trị...

Tiền sử gia đình: Bố mẹ, anh chị em ruột có ai bị đái tháo đường không.

Dấu hiệu “bốn nhiều” (ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều)

Khám bệnh: Đo huyết áp, dấu hiệu mất nước, triệu chứng của bệnh thận do ĐTĐ: Khám phát hiện phù, thiếu máu,...

Cận lâm sàng: Định lượng glucose máu lúc đói, sau ăn 2 giờ, tỷ lệ % HbA1C, ure, creatinin máu. Định lượng MAU, điện giải đồ, xét nghiệm nước tiểu thường quy (10 thông số).

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố theo tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
< 40	3	2,9
40-49	3	2,9
50-59	16	15,7
60-69	40	39,2
≥ 70	40	39,2
Tổng	102	100
$\bar{X} \pm \text{SD}$ (tuổi)	$66 \pm 10,32$, Min = 36; Max = 90	

Số đối tượng nghiên cứu trên 50 tuổi chiếm tỷ lệ cao 94,1%, trong đó có hai nhóm từ 60-69 tuổi và trên 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 39,2%.

Bảng 2. Tuân thủ chế độ ăn và chế độ luyện tập

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Chế độ ăn	Có thực hiện	41	40

	Không thực hiện	61	60
Chế độ luyện tập	Có thực hiện	40	39,2
	Không thực hiện	62	60,8
Cả chế độ ăn và chế độ luyện tập	Có thực hiện	24	23,5
	Không thực hiện	78	76,5

Có 93 bệnh nhân phát hiện ĐTĐ ≥ 3 tháng: 40% số bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn, 39,2% số bệnh nhân tuân thủ chế độ tập luyện và chỉ có 23,5% số BN tuân thủ cả chế độ ăn và luyện tập.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp ở các đối tượng nghiên cứu

Tăng huyết áp	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Có	59	57,8
Không có	43	42,2
Tổng	102	100

Trong nghiên cứu có 57,8% bệnh nhân có tăng huyết áp và 42,2% số bệnh nhân có huyết áp trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Đặc điểm các chỉ số glucose đói, glucose bất kỳ và HbA1C

Chỉ số	Glu đói		Glu bất kỳ		HbA1C	
	n	%	n	%	n	%
Đạt	28	30,1	18	19,4	31	38,3
Không đạt	65	69,9	75	80,6	50	61,7
Tổng	93	100	93	100	81	100
$\pm SD$	$10,56 \pm 4,24$		$17,92 \pm 9,69$		$9,42 \pm 2,99$	

Glucose đói đạt là 30,1%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt 69,9%; glucose máu bất kỳ đạt là 19,4%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt 80,6%; HbA1C đạt là 38,3%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt 61,7%.

Bảng 5. Xét nghiệm protein, microalbumin niệu ở các đối tượng nghiên cứu

Xét nghiệm		Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Protein niệu (+)		43	44,2
Protein niệu (-)	MAU (+)	11	10,8
	MAU (-)	48	47,0
Tổng		102	100

Có 42,2% số bệnh nhân có protein niệu (+), tỷ lệ MAU (+) là 10,8%.

Bảng 6. Biến chứng thận đái tháo đường ở các đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn biến chứng thận	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (95%CI)
Giai đoạn 0, 1, 2	48	47,1
Giai đoạn 3 (có microalbumin niệu)	11	9,8
Giai đoạn 4 (có protein niệu)	21	20,6
Giai đoạn 5 (có suy thận: MLCT giảm)	22	22,5
Tổng	102	100

--	--	--

Có 47,1% số bệnh nhân ở nhóm biến chứng thận ĐTĐ giai đoạn 0,1,2 chiếm tỷ lệ cao nhất, 9,8% số bệnh nhân ở giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ thấp nhất.

3.2. *Mối liên quan giữa biến chứng thận với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng*

Bảng 7. Mối liên quan giữa tăng huyết áp với biến chứng thận đái tháo đường

THA	Biến chứng thận	BCT (+)		BCT (-)		OR	95%CI	p
		n	%	n	%			
Có		37	68,5	22	45,8	2,57	1,15-5,77	0,02
Không có		17	31,5	26	54,2			

Bệnh nhân ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA kèm theo sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận với OR = 2,57, 95% CI (1,15-5,77), $p < 0,05$.

Bảng 8. Mối liên quan giữa glucose máu lúc đói với biến chứng thận đường giai đoạn 3+4

Glucose lúc đói	Biến chứng thận	Giai đoạn 3+4		Giai đoạn 0+1+2		OR	95%CI	p
		n	%	n	%			
Không đạt		23	79,3	24	55,8	3,04	1,03-8,95	0,04
Đạt		6	20,7	19	44,2			

Bệnh nhân đái tháo đường type 2 không kiểm soát được glucose đói sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận ĐTĐ giai đoạn 3+4 với OR = 3,04, 95% CI (1,03-8,95), $p < 0,05$.

Bảng 9. Mối liên quan giữa HbA1C với biến chứng thận đái tháo đường giai đoạn 3+4

HbA1C	Biến chứng thận	Giai đoạn 3 + 4		Giai đoạn 0 + 1 + 2		OR	95%CI	p
		n	%	n	%			
Không đạt		20	74,1	16	44,4	3,57	1,21-10,55	0,02
Đạt		7	25,9	19	55,6			

Bệnh nhân ĐTĐ type 2 không kiểm soát được HbA1C sẽ có nguy cơ bị biến chứng thận ĐTĐ giai đoạn 3+4 với OR = 3,57, 95% CI (1,21-10,55), $p < 0,05$.

4. Bàn luận

4.1. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu*

Tuổi: Số đối tượng nghiên cứu trên 50 tuổi chiếm phần lớn (94,2%), trong đó có hai nhóm cao nhất từ 60-69 tuổi và ≥ 70 tuổi có tỷ lệ cao nhất, mỗi nhóm 39,2%. Nghiên cứu của chúng

tôi cũng phù hợp với y văn và nhiều nghiên cứu lâm sàng, dịch tễ cho thấy rằng tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc ĐTĐ càng tăng. Nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên năm 2015 trên 102 đối tượng ĐTĐ điều trị tại Khoa Nội 3-Bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng cũng cho kết quả nhóm BN trên 50 tuổi chiếm 89,2%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là khá cao $66 \pm 10,32$ tuổi, tuổi thấp nhất là 36 tuổi, cao nhất là 90 tuổi [3].

Chế độ ăn và chế độ luyện tập: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 93 BN phát hiện ĐTĐ type 2 ≥ 3 tháng, số BN chỉ thực hiện chế độ ăn chiếm

tỷ lệ 40%, số BN chỉ thực hiện chế độ luyện tập chiếm 39,2% và chỉ có 23,5% số BN tuân thủ cả chế độ ăn và luyện tập. Điều này chứng tỏ mặc dù chế độ ăn và luyện tập là một phần không thể thiếu trong hướng dẫn, quản lý và điều trị ĐTĐ nhưng chưa được cả thầy thuốc và BN quan tâm đúng mức.

Đặc điểm huyết áp: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 57,8% bệnh nhân ĐTĐ type 2 có bệnh lý THA đi kèm, 42,2% BN không có THA. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu: Đàm Thị Hương Liên tỷ lệ BN ĐTĐ có THA là 56%, Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ BN ĐTĐ có THA là 56,5%. Điều này cũng phù hợp với y văn cho rằng ĐTĐ và THA là hai bệnh thường đồng hành với nhau [3], [4].

Mức độ kiểm soát glucose máu: Glucose máu cao là yếu tố rất quan trọng đối với tổn thương cầu thận, những công trình hồi cứu cũng như tiến cứu đều xác nhận liên quan giữa nồng độ glucose máu và nguy cơ biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ: Nhóm nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng về kiểm soát bệnh và biến chứng đái tháo đường (DCCT) đã khuyến cáo: Tốc độ phát triển và tiến triển của bệnh thận do ĐTĐ liên quan rất chặt chẽ với kiểm soát glucose máu. Tỷ lệ BN có mức glucose máu đói đạt là 30,1%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt chiếm 69,9%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả như Đàm Thị Hương Liên tỷ lệ glucose đói đạt là 32,4%, Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ này là 23,9%. Tỷ lệ BN có mức glucose sau ăn 1-2 giờ đạt là 19,4%, thấp hơn nhóm kiểm soát không đạt chiếm 80,6%, tương tự như kết quả nghiên cứu của Đàm Thị Hương Liên, tỷ lệ glucose sau ăn 1-2 giờ đạt chiếm tỷ lệ 17,6%. Chỉ có 81 BN ĐTĐ type 2 phát hiện ≥ 3 tháng được làm HbA1C trong đó tỷ lệ HbA1C đạt là 38,3%, thấp hơn nhóm không đạt chiếm 61,7%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Ngân tỷ lệ HbA1C đạt là 34,6% [3].

Đặc điểm protein niệu, microalbumin niệu ở các đối tượng nghiên cứu Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các BN đều được làm xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu 10 thông số, trong đó có 42,2% số BN xét nghiệm protein niệu $\geq 300\text{mg}$, thấp hơn tỷ lệ có protein niệu âm tính là 57,8%. Trong 57,8% BN protein niệu âm tính sẽ được làm xét nghiệm định lượng MAU, cho thấy kết quả 10,8% BN có MAU (+), 47% BN có MAU (-). Tóm lại, chúng tôi thấy có 53% BN có biến chứng thận ĐTĐ bao gồm protein niệu (+) và MAU (+), tương tự như trong nghiên cứu của Hồ Hữu Hóa (2009) cho thấy có 45,7% BN có BCTĐTĐ.

Tần suất gặp các giai đoạn biến chứng thận đái tháo đường ở các đối tượng nghiên cứu: Trong 102 đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, có 9,8% số BN thuộc giai đoạn 3 BCTĐTĐ (có MAU (+)), 20,6% số BN thuộc giai đoạn 4 (có protein niệu), 22,5% số BN thuộc giai đoạn 5 (có suy thận MLCT giảm) và 47,1% số BN có MAU (-) (giai đoạn 0, 1, 2). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Đàm Thị Hương Liên (2015) tỷ lệ BN có BCTĐTĐ giai đoạn 4 là 23,5%, giai đoạn 5 là 17,6%, nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Quỳnh (2012) tỷ lệ BN có BCTĐTĐ giai đoạn 4 là 37,1%, giai đoạn 5 là 15,2%. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệ BCT ĐTĐ ở các giai đoạn 3, 4, 5 cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Kainz A và cộng sự (2007) tại Áo: tỷ lệ BN BCTĐTĐ giai đoạn 3, 4, 5 tương tự là 22,84%, 1,97% và 0,74%. Sự khác biệt này có lẽ là do cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu, nghiên cứu của tác giả Kainz A và cộng sự lấy tất cả các bệnh nhân ĐTĐ trong cộng đồng còn nghiên cứu của chúng tôi lấy BN điều trị nội trú tại bệnh viện nên nhìn chung là bệnh nhân nặng hơn nên tỷ lệ biến chứng cao hơn [3].

4.2. Mối liên quan giữa biến chứng thận đái tháo đường với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Mối liên quan giữa tăng huyết áp với biến chứng thận đái tháo đường Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN phát hiện BCTĐTĐ có tỷ lệ THA là 68,5%, cao hơn nhóm không có THA (31,5%); nhóm chưa phát hiện BCTĐTĐ có tỷ lệ THA là 45,8%, thấp hơn nhóm không có THA (54,2%). Như vậy có nghĩa là những bệnh nhân có THA làm tăng nguy cơ có BCTĐTĐ gấp 2,6 lần những trường hợp huyết áp bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hồ Hữu Hóa khi nhận thấy những BN THA làm tăng nguy cơ có BCTĐTĐ gấp 4,5 lần những trường hợp có huyết áp bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. THA và bệnh thận ĐTĐ làm nặng nhau góp phần tạo vòng xoáy tiến triển tăng huyết áp, bệnh thận và bệnh tim mạch. Do vậy việc kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ có vai trò quan trọng trong việc làm giảm biến chứng thận. THA là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ biến chứng thận. Nhiều nghiên cứu thấy rằng điều trị các thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin có thể làm chậm tiến triển bệnh thận vì đều có tác dụng giảm protein niệu và kiểm soát huyết áp tốt hơn.

Mối liên quan giữa glucose máu đói, glucose sau ăn 1-2 giờ và HbA1C với biến chứng thận đái tháo đường giai đoạn 3+4.

Glucose máu lúc đói: Trong nhóm bệnh nhân BCT giai đoạn 3 và 4, tỷ lệ BN kiểm soát glucose máu đói không đạt là 79,3%, cao hơn rất nhiều so với nhóm kiểm soát glucose máu đói đạt (20,7%); trong nhóm chưa phát hiện BCT, tỷ lệ BN kiểm soát glucose máu đói đạt và không đạt không chênh lệch nhau nhiều (44,2% và 55,8%). Điều này có ý nghĩa những BN kiểm soát glucose máu đói không đạt làm tăng xuất hiện BCTĐTĐ gấp 3,03 lần những BN kiểm soát glucose máu đạt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Glucose máu sau ăn 1-2 giờ: Trong nghiên cứu của chúng tôi không tìm được mối liên quan giữa việc kiểm soát glucose máu sau ăn 1-2 giờ

với BCT giai đoạn 3 và 4 mặc dù $OR > 1$ nhưng $p > 0,05$ là không có ý nghĩa.

HbA1C: Nhóm BN phát hiện BCTĐTĐ giai đoạn 3 và 4 không kiểm soát được chỉ số HbA1C chiếm tỷ lệ 74,1%, cao hơn nhóm kiểm soát HbA1C đạt (25,9%); nhóm BN chưa phát hiện BCTĐTĐ giai đoạn 3 và 4 kiểm soát đạt HbA1C chiếm tỷ lệ 55,6%, cao hơn nhóm kiểm soát không đạt (44,4%). Như vậy, nhóm BN không kiểm soát được HbA1C làm tăng nguy cơ xuất hiện BCTĐTĐ gấp 3,6 lần những trường hợp kiểm soát tốt HbA1C, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bộ Y tế năm 2017 đã đưa ra mục tiêu kiểm soát với glucose máu lúc đói $< 7,0\text{mmol/l}$ và HbA1c dưới 7%, tuy nhiên phần lớn người mắc bệnh đái tháo đường ở nước ta đều không đạt mục tiêu này [1], [5].

5. Kết luận

Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

ĐTĐ típ 2 chủ yếu gặp ở bệnh nhân trên 50 tuổi (94,2%), nữ nhiều hơn nam. 23,7% bệnh nhân tuân thủ chế độ ăn và luyện tập. 57,8% bệnh nhân có tăng huyết áp. Kiểm soát HbA1C đạt 38,3%. 42,2% số BN có protein niệu (+). Tỷ lệ BN có BCTĐTĐ giai đoạn 3, 4, 5 lần lượt là 9,8%, 20,6%, 22,5%. ĐTĐ type 2 có THA có nguy cơ bị BCT gấp 2,57 lần những BN không có THA. BN ĐTĐ type 2 không kiểm soát được glucose đói sẽ có nguy cơ bị BCTĐTĐ giai đoạn 3+4 gấp 3,04 lần những BN kiểm soát glucose máu đói đạt. BN ĐTĐ type 2 không kiểm soát được HbA1C sẽ có nguy cơ bị BCTĐTĐ giai đoạn 3+4 gấp 3,57 lần những BN kiểm soát tốt.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Hoài Anh (2003) *Nghiên cứu rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.
2. Bộ Y tế (2017) *Đái tháo đường*. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2.

3. Đàm Thị Hương Liên (2015) *Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Khoa Nội 3, Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2014*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y dược Hải Phòng.
4. Nguyễn Thị Thùy Ngân (2011) *Nghiên cứu tình trạng kiểm soát Glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ tại Khoa Nội tiết-Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng năm 2011*. Luận văn thạc sĩ y học, đại học Y dược Hải Phòng.
5. Vũ Công Nghĩa, Phạm Quốc Toàn, Hoàng Trung Vinh (2019) *Biểu hiện tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2*. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, tr. 137-142.
6. Chen J (2014) *Diabetic nephropathy scope of the problem*. Diabetes and Kidney Disease: 9-14.
7. Diabete C, Complications, trial, research group (1993) *The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long- term complications in insulin-dependent diabetes mellitus*. NEJM: 977-986.
8. WHO (1999) *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications*. Report of a WHO consultation.