

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CÁC GIAI ĐOẠN TỒN THƯƠNG THẬN MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

BSCKI. TẠ THỊ THANH HIỀN, ThS. NGUYỄN TIẾN SƠN,
PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI - Học viện Quân y
Phản biện khoa học: PGS.TS. CẦN VĂN MÃO
Chủ nhiệm Bộ môn Sinh lý bệnh, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm các giai đoạn tổn thương thận mạn tính ở 248 bệnh nhân đái tháo đường típ 2, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 10/2018-03/2019.

Kết quả: Số bệnh nhân bị giảm mức lọc cầu thận là 231/248 người (chiếm 93,15%). Tỷ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn I là 6,85%; giai đoạn II là 47,98%; giai đoạn III là 43,55%; giai đoạn IV là 1,62%; không có bệnh nhân nào ở giai đoạn V. Tỷ lệ bệnh nhân có microalbumin niệu là 20,56%; macroalbumin niệu là 5,65%. Mức lọc cầu thận ở bệnh nhân nghiên cứu giảm dần theo tuổi và thời gian mắc bệnh.

Từ khóa: Bệnh thận mạn do đái tháo đường, giai đoạn tổn thương thận.

ABSTRACT: Study on characteristics of stages of chronic kidney damage in 248 type 2 diabetic patients treated at 103 Military Hospital from October 2018-March 2019.

Results: The number of patients suffering from decreased glomerular filtration rate was 231/248 (93.15%). The rate of patients with chronic kidney disease stage I was 6.85%; stage II was 47.98%; stage III was 43.55%; stage IV was 1.62%; no patients was in stage V. The rate of patients with microalbuminuria was 20.56%; macroalbuminuria was 5.65%. Glomerular filtration rate gradually decreases with increasing age and duration of diabetes..

Keywords: Diabetic chronic kidney disease, stages of kidney damage.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS Nguyễn Minh Núi, Email: minhnuinguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/02/2018, mời phản biện khoa học: 10/03/2019; chấp nhận đăng: 16/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh có tốc độ phát triển nhanh nhất thế giới. Theo thông báo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2014, trên toàn thế giới có 422 triệu người mắc bệnh ĐTĐ, chiếm khoảng 8,5% dân số. Tỷ lệ bệnh ĐTĐ gia tăng trong 3 thập kỷ qua, đặc biệt ở các nước có thu nhập vừa và thấp [1]. Bệnh ĐTĐ gia tăng cùng thời gian mắc bệnh kéo dài làm tăng số người chịu ảnh hưởng bởi các biến chứng của bệnh. ĐTĐ là một trong những nguyên nhân gây ra các biến cố tim mạch, mù lòa, suy thận [2].

ĐTĐ là nguyên nhân bệnh lý đứng hàng thứ 6 gây tử vong tại Hoa Kỳ và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, tàn phế ở các nước khác. Đồng thời, ĐTĐ cũng là nguyên nhân hàng đầu của bệnh thận giai đoạn cuối. Mỗi năm ở Hoa Kỳ, có khoảng 80.000 người được chẩn đoán suy thận mạn tính nói chung (43,2% trong số đó là do ĐTĐ).

Ở Việt Nam và một số nước đang phát triển khác, có tới trên 60% số người mắc bệnh ĐTĐ không được chẩn đoán và điều trị; người bệnh

ĐTĐ thường được phát hiện ở giai đoạn muộn và đến viện với những biến chứng nặng nề [3]. Trong các biến chứng mạn tính, biến chứng thận do ĐTĐ là một biến chứng vi mạch máu thường gặp, xảy ra trên khoảng 20-40% bệnh nhân (BN) ĐTĐ, với bệnh cảnh lâm sàng kín đáo, dễ bị bỏ qua các triệu chứng ban đầu. Đến khi BN có biểu hiện lâm sàng, chức năng thận đã suy giảm, nhanh chóng dẫn đến suy thận mạn không hồi phục [4]. Phát hiện tổn thương thận dựa vào sự xuất hiện vi đạm niệu, protein niệu, suy thận mạn khi có tăng ure, creatinin máu, giảm mức lọc cầu thận. Chức năng thận suy giảm làm nặng thêm các biến chứng của BN ĐTĐ, gây tăng biến cố và tỉ lệ tử vong.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khảo sát tỉ lệ các giai đoạn tổn thương thận, mức lọc cầu thận theo KDOQUI - 2002 ở BN ĐTĐ típ 2.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

248 BN ĐTĐ típ 2, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 10/2018 đến tháng 3/2019.

Loại trừ các BN có tiền sử mắc các bệnh lý

ĐTĐ típ 1, ĐTĐ thai kì, ĐTĐ thứ phát, BN có bệnh lí tim mạch, lọc máu chu kì, đang có biến chứng cấp tính (hôn mê, nhiễm khuẩn), BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Các BN đủ tiêu chuẩn được khai thác tiền sử bệnh; thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, ghi nhận các số liệu theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất.

- Các chỉ số nghiên cứu: tuổi đời, thời gian mắc bệnh (từ khi phát hiện ĐTĐ đến thời điểm nghiên cứu); tiền sử gia đình (bố, mẹ, anh, chị, em ruột có ai bị mắc bệnh ĐTĐ không); tiền sử bản thân (các bệnh đã mắc trước đây, các thuốc đang dùng, yếu tố nguy cơ bệnh); chỉ số đo chiều cao, cân nặng, vòng bụng, vòng hông, tính BMI; một số triệu chứng lâm sàng (mạch, huyết áp, các triệu chứng tim, phổi, biến chứng...) và cận lâm sàng (công thức máu, sinh hóa máu: glucose, HbA1c, ure, creatinin, microalbumin niệu...).

- Xử lí số liệu: theo phương pháp thống kê y học thường dùng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

- Tuổi trung bình: $64,04 \pm 9,35$ tuổi.

- Thời gian mắc bệnh trung bình: $7,33 \pm 5,68$ năm.

- Giới tính: 127 BN nam (51,2%) và 121 BN nữ (48,8%).

- Bệnh và yếu tố nguy cơ kèm theo:

+ Tăng huyết áp: 178 BN (71,8%).

+ Thói quen uống rượu: 67 BN (27,0%).

3.2. Đặc điểm tổn thương thận ở BN nghiên cứu:

- Nồng độ creatinin máu:

+ Creatinin tăng ($> 110 \mu\text{mol/L}$ ở nam giới và $> 100 \mu\text{mol/L}$ ở nữ giới): 24/248 BN (9,68%); với nồng độ trung bình là $78,57 \pm 11,27 \mu\text{mol/L}$.

+ Creatinin bình thường ($\leq 110 \mu\text{mol/L}$ ở nam giới và $\leq 100 \mu\text{mol/L}$ ở nữ giới): 224/248 BN (90,32%); với nồng độ trung bình là $124,79 \pm 4,33 \mu\text{mol/L}$.

+ Creatinin trung bình ở BN nghiên cứu: $83,04 \pm 19,55 \mu\text{mol/L}$.

- Phân loại giai đoạn bệnh thận mạn của BN theo NKF/KDOQI - 2002 (tương ứng mức lọc cầu thận, đơn vị đo là ml/phút/1,73m²):

Bảng 1. Các giai đoạn bệnh thận mạn của BN nghiên cứu.

Bệnh thận	Mức lọc cầu thận	Số BN	Tỉ lệ %
Giai đoạn I	≥ 90	17	6,85
Giai đoạn II	60 - 89	119	47,98
Giai đoạn III	30 - 59	108	43,55
Giai đoạn IV	15 - 29	4	1,62
Giai đoạn V	< 15	0	0

Nhận xét: chỉ có 6,85% BN có mức lọc cầu thận còn bảo tồn ($\geq 90 \text{ ml/phút/1,73m}^2$).

Bảng 2. Nồng độ Albumin niệu ở BN nghiên cứu.

Nồng độ Albumin niệu	Số BN	Tỉ lệ %
Bình thường ($< 30 \text{ mg/L}$)	183	73,79
Microalbumin (30-300 mg/L)	51	20,56
Macroalbumin ($> 300 \text{ mg/L}$)	14	5,65

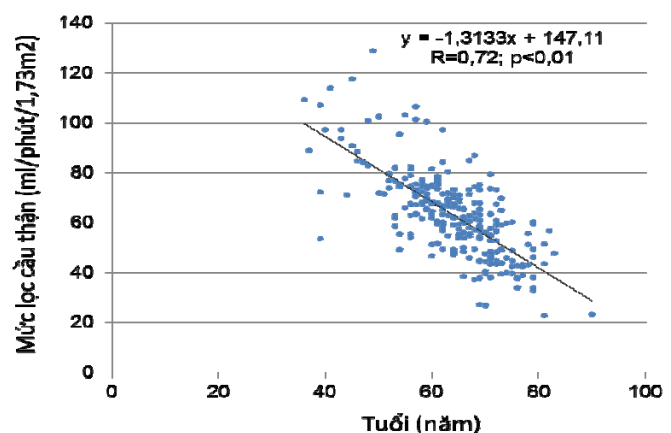
Nhận xét: tỉ lệ BN có Albumin niệu (+) là 26,12%; trong đó macroalbumin niệu chỉ chiếm 5,65%.

3.3. Mối liên quan giữa mức độ tổn thương thận với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của BN ĐTĐ típ 2:

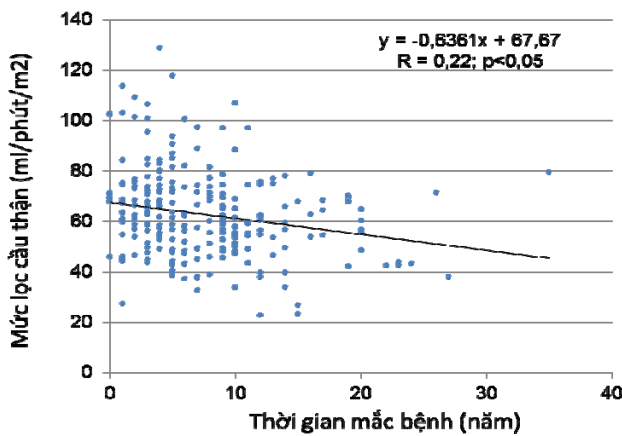
Bảng 3. Nồng độ Albumin niệu theo thời gian mắc bệnh ở BN.

Albumin niệu	≤ 5 năm	> 5 năm
$< 30 \text{ mg/L}$	91/121 BN (75,21%)	93/127 BN (73,23%)
$> 30 \text{ mg/L}$	30/121 BN (24,79%)	34/127 BN (26,77%)
So sánh	$p > 0,05$	

Nhận xét: chưa thấy mối liên quan giữa nồng độ albumin niệu với thời gian mắc bệnh.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa tuổi của BN và mức lọc cầu thận (mức lọc cầu thận tương quan nghịch mức độ chặt với tuổi của BN, với $R = 0,72$; $p < 0,01$).



4. BÀN LUẬN.

Bệnh thận do ĐĐT là bệnh lí tổn thương thận thứ phát do ĐĐT. Biểu hiện lâm sàng gồm triệu chứng bệnh ĐĐT đi trước; sau đó, xuất hiện các triệu chứng của bệnh thận. Tổn thương mô bệnh học thận đặc trưng bởi sự tích lũy các chất rỉ và tạo thành hình hạch ở cầu thận, dẫn tới hyalin hóa và xơ hóa cầu thận. Tiến triển của bệnh thận phụ thuộc vào mức độ kiểm soát glucose máu.

Ở Việt Nam, Lê Đình Tuấn đánh giá đặc điểm biến chứng thận ở 216 BN nam và 285 BN nữ ĐĐT típ 2 (từ 7/2016-12/2016, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương), kết quả: tỉ lệ BN có microalbumin niệu 26,5%, macroalbumin niệu 6,6%, suy thận 4,8% (suy thận độ I là 4,0%, độ II là 0,8%); tổn thương thận 33,1% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bị giảm mức lọc cầu thận là 231/248 BN (93,15%); tỉ lệ BN bệnh thận mạn tính giai đoạn I là 6,85%; giai đoạn II là 47,98%; giai đoạn III là 43,55%; giai đoạn IV là 1,62%; không có BN nào ở giai đoạn V; tỉ lệ BN có microalbumin niệu là 20,56%; macroalbumin niệu là 5,65%; mức lọc cầu thận giảm dần theo tuổi và thời gian mắc bệnh.

Antonio Rodriguez - Poncelas nghiên cứu 1.145 BN ĐĐT típ 2 ở Tây Ban Nha cho kết quả: tỉ lệ có tổn thương thận là 27,9% BN (3,5% ở giai đoạn I; 6,4% ở giai đoạn II; 11,6% ở giai đoạn IIIA; 5,2% ở giai đoạn IIIB; 1,2% ở giai đoạn IV và V); 15,4% có ACR niệu ≥ 30 mg/g; microalbumin niệu 13%; macroalbumin niệu 2,4%; BN có mức lọc cầu thận < 60 ml/phút là 18% (trong đó 133/206 BN ở giai đoạn IIIA; 60/206 BN ở giai đoạn IIIB; 13/206 BN ở giai đoạn IV và V); trong số BN suy giảm chức năng thận, 69,4% không có albumin niệu. Ngoài ra, tác giả còn nhận thấy có các yếu tố liên quan khác, như tuổi (tuổi cao), giới (nữ), huyết áp tâm thu (≥ 150 mmHg), BMI, tiền sử bệnh tim mạch, HbA1c có mối liên quan cao tới tỉ lệ mắc bệnh thận mạn tính [6]. Bingcao Wu, KellyBell năm 2015 nghiên cứu trên 2.006 BN

ĐĐT típ 2 từ 18 tuổi trở lên, tại Mỹ, thấy BN có tuổi trung bình 60,5 tuổi, thời gian trung bình mắc ĐĐT típ 2 là 10,1 năm, 49,6% BN là nam, 77,6% BN có tăng huyết áp, 16,4% BN hút thuốc lá, mức lọc cầu thận trung bình của BN là 81,6 ml/phút. Tác giả thấy yếu tố tuổi cao, giới nữ, thời gian mắc bệnh lâu hơn, huyết áp cao thì có tỉ lệ bị suy giảm chức năng thận cao. Cụ thể: BN mắc bệnh thận mạn tính có mức lọc cầu thận (tính theo công thức CKD-EP) chiếm tỉ lệ 38,3% (9,1% ở giai đoạn I; 9,4% ở giai đoạn II; 11,2% ở giai đoạn IIIA; 5,5% ở giai đoạn IIIB; 2,4% ở giai đoạn IV và 0,7% ở giai đoạn V [7]).

Như vậy, bệnh thận mạn tính do ĐĐT trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cơ bản phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước, trong đó tỉ lệ BN bệnh giai đoạn II và III là cao nhất. Việc phát hiện sớm tổn thương thận ở BN ĐĐT típ 2 có thể giúp các nhà lâm sàng có biện pháp điều trị phù hợp nhất để dự phòng tiến triển của bệnh.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 248 BN ĐĐT típ 2, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 10/2018 đến tháng 3/2019, chúng tôi rút ra kết luận:

- BN có tuổi trung bình là $64,04 \pm 9,35$ năm, thời gian mắc bệnh trung bình là $7,33 \pm 5,68$ năm.
- Có 231/248 BN (93,15%) giảm mức lọc cầu thận; tỉ lệ BN bệnh thận mạn tính giai đoạn I là 6,85%; giai đoạn II là 47,98%; giai đoạn III là 43,55%; giai đoạn IV là 1,62%; không BN nào ở giai đoạn V. Tỉ lệ BN có microalbumin niệu là 20,56%; macroalbumin niệu là 5,65%. Mức lọc cầu thận giảm dần theo tuổi và thời gian mắc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tạ Văn Bình (2007), *Những nguyên lí nền tảng bệnh ĐĐT tăng glucose máu*, NXB Y học.
2. Đỗ Trung Quân (2018), "Bệnh thận ở người ĐĐT", *Sức khỏe đời sống*, Bộ Y tế, tr.1-8.
3. Lê Đình Tuấn, Nguyễn Thị Hồ Lan (2017), "Khảo sát đặc điểm biến chứng thận ở BN ĐĐT típ 2 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nội tiết TƯ", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 6, tr. 55-57.
4. WHO (2017), "Global report on diabetes", *Global burden of diabetes*, pp. 20-31.
5. National chronic kidney disease Fact sheet (2017).
6. Antonio Rodriguez - Poncelas, Josep Garre - Olmo et al (2013), "Prevalence of chronic kidney disease in patients with type 2 diabetes in Spain percedimme2 study", *BMC Nephrol*, doi 10.1186/1471 2369.
7. Bingcao Wu, Kelly Bell, Amy Stanford (2015), "Understanding CKD among patients with T2DM prevalence, temporal trends, and treatment patterns-NHANES 2007-2012", *BMJ journals*. □

thống đơn vị, trước đó Bệnh viện Quân y 354 đã tổ chức nhiều hoạt động thiết thực, hiệu quả. Nổi bật là hội thi điều dưỡng giỏi, thanh lịch năm 2019 (ngày 8/5), với giải Nhất thuộc về điều dưỡng viên Nguyễn Thị Phương (Khoa Hồi sức cấp cứu) và hội nghị khoa học lần thứ 19 (ngày 16/5), với 16 nghiên cứu khoa học được trình bày và 33 bài báo khoa học được đăng tải trên Tạp chí Y học Quân sự số đặc biệt.

HUY ĐẠI

CỤC QUÂN Y TẬP HUẤN TRIỂN KHAI CÔNG TÁC CÔNG NGHỆ THÔNG TIN

Ngày 21-22/5/2019, tại Hà Nội, Cục Quân y tổ chức tập huấn triển khai công tác công nghệ thông tin (CNTT) cho 65 cán bộ, nhân viên các phòng, ban cơ quan và đơn vị thuộc Cục. Những năm gần đây, CNTT phát triển mạnh mẽ và trở thành công cụ đắc lực, tham gia vào nhiều lĩnh vực khác nhau, như y tế, giáo dục, nghiên cứu khoa học, quản lý... của nhiều quốc gia. Là một nhánh ngành kĩ thuật sử dụng máy tính và phần mềm máy tính để chuyển đổi, lưu trữ, bảo vệ, xử lý, truyền tải, thu thập thông tin, nên khi một quy trình nghiệp vụ được tin học hóa sẽ làm giảm rất nhiều công việc bằng tay hoặc các công đoạn cần lặp lại nhiều lần; giảm chi phí hoạt động và nâng cao hiệu quả công tác quản lý. Lớp tập huấn được giới thiệu và hướng dẫn khai thác, sử dụng mạng TSLq, hòm thư điện tử quân sự; phần mềm quản lý văn bản, hồ sơ công việc trên môi trường WEB; phần mềm hệ thống tin quản lý - chỉ đạo - điều hành và hướng dẫn cài đặt, khai thác hệ điều hành an toàn... Kết thúc tập huấn, các học viên đều đạt kết quả tốt trong kiểm tra thực hành trên máy tính về những nội dung tập huấn cơ bản. Những kiến thức tập huấn sẽ tiếp tục được các học viên truyền đạt lại trong cơ quan, đơn vị, giúp các phòng, ban cơ quan và đơn vị cơ sở Cục đẩy mạnh triển khai ứng dụng mạng TSLq trong thực hiện nhiệm vụ, đặc biệt với công tác quản lý văn bản, hồ sơ công việc, giải quyết thủ tục hành chính...; phát triển CNTT đi đôi với bảo đảm an toàn thông tin.

H.NHANH

HỘI NGHỊ GIAO BAN BẢO HIỂM Y TẾ

Ngày 13/6/2019, Cục Quân y phối hợp với Bảo hiểm xã hội Bộ Quốc phòng (BHXH/BQP) tổ chức hội nghị giao ban công tác bảo hiểm y tế (BHYT) quý II năm 2019. Thiếu tướng Nguyễn Xuân Kiên, Cục trưởng Cục Quân y và Đại tá Nguyễn Văn Định, Giám đốc BHXH/BQP đồng chủ trì hội nghị.

Thực hiện kết luận tại Hội nghị giao ban BHYT quý I năm 2019, Cục Quân y tiếp tục đẩy nhanh tiến độ, hoàn thiện hồ sơ đề nghị cấp Giấy phép hoạt động và Chứng chỉ hành nghề; khảo sát thực trạng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, nhân lực các cơ sở khám chữa bệnh; soạn thảo, ban hành văn bản quy phạm pháp luật về khám chữa bệnh, thực hiện BHYT quân nhân... BHXH/BQP đã chủ động phối hợp với các cơ

quan, đơn vị, cơ sở khám chữa bệnh bảo đảm triển khai đầy đủ, đúng nội dung thuộc trách nhiệm của BHXH/BQP; bảo đảm quyền lợi khám chữa bệnh của quân nhân; giảm tối đa tình trạng khám chữa bệnh không thẻ, muộn thẻ... Tại hội nghị giao ban lần này, 2 cơ quan đã thảo luận những nội dung còn vướng mắc (như hợp đồng khám chữa bệnh BHYT; mẫu bệnh án, giấy, phiếu, sổ y, dược, vật tư thiết bị y tế; ứng dụng công nghệ thông tin tại các cơ sở khám chữa bệnh; quỹ kết dư; kí kết hợp đồng với cơ sở khám chữa bệnh...) và thống nhất các biện pháp giải quyết trong thời gian tiếp theo, nâng cao chất lượng phục vụ sức khỏe bộ đội.

H.D

ĐẶC ĐIỂM ĐOẠN ST CHÊNH LÊN Ở aVR VÀ MỐI LIÊN QUAN...

(Tiếp theo trang 35)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Điều Thanh Hùng và cộng sự (2015), "Nghiên cứu về giá trị dự báo của ST chênh lên ở aVR trong chẩn đoán tắc hẹp thân chung ĐMV trái và/hoặc bệnh mạch vành 3 nhánh trên BN hội chứng vành cấp", *Tạp chí Y học Huế*, tập 6, tr. 59.
2. Đặng Thị Thuận, Phạm Mạnh Hùng, Phạm Như Hùng (2015), "Biến đổi đoạn ST trên chuyển đạo aVR ở BN hội chứng vành cấp có tổn thương thân chung động mạch vành", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 69, tr. 69-75.
3. Misumida N, Kobayashi A, Fox J.T, Hanon S, Schweitzer P, Kanei Y (2016), "Predictive value of ST-segment elevation in lead aVR for Left main and/or three-vessel disease in non-ST-segment elevation myocardial infarction", *Ann Noninvasive Electrocardiol*, Jan, 21 (1): 91-7.
4. Antoine Kossaiy (2013), "ST segment elevation in aVR: Clinical significance in acute coronary syndrome", *Clin Med Insights Case Rep*, 6: 41-45.
5. Kosuge et al (2011), "An early and simple predictor of severe left main and/or three-vessel disease in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome", *Am J Cardiol*, Feb 15; 107(4): 495-500.
6. Nabati M, Emadi M, Mollaaliipour M, Bagheri B, Nouraei M (2016), "ST-segment elevation in lead aVR in the setting of acute coronary syndrome", *Acta Cardiol*, Feb; 71 (1): 47-54.
7. Campeau L, Corbara F, Crochet D, Petitclerc R (1978), "Left main coronary artery stenosis: the influence of aortocoronary bypass surgery on survival", *Circulation*, 57: 1111-1115.
8. Kern M.J (2013), "The interventional cardiac catheterization handbook third edition", *Elsevier Saunders Publishing*, 88-98. □