

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ, YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ MỘT SỐ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG MỚI PHÁT HIỆN Ở NGƯỜI LỚN TỪ 20-60 TUỔI TẠI TỈNH QUẢNG BÌNH

**LÊ VIẾT HÙNG; NGUYỄN HẢI THỦY; NGUYỄN HẢI NGỌC MINH;
NGUYỄN HỮU NGHĨA; PHAN THỊ THANH NGA; LÊ THỊ MINH TOÀN**

Trường Cao đẳng Y tế Quảng Bình; Đại học Y Dược Huế;
Bệnh viện Đa khoa Gia Đình Đà Nẵng

1. Đặt vấn đề

Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ típ 2) là một tình trạng bệnh lý liên quan đến rối loạn chuyển hoá có tính xã hội, được xếp là một trong những bệnh lý không lây nhiễm phổ biến nhất toàn cầu hiện nay. Tuy nhiên ngay từ khi phát hiện ĐTĐ, nhất là ĐTĐ típ 2 thì 50% đã có biến chứng tim mạch, có nghĩa là biến chứng này đã xảy ra trước khi xác định ĐTĐ mà giới khoa học trong những năm lại đây xếp vào giai đoạn tiền đái tháo đường (TĐTĐ) bao gồm rối loạn glucose máu đói (RLGMĐ) và/hoặc là rối loạn dung nạp Glucose (RLDNG). Tại Việt Nam, tỷ lệ TĐTĐ theo số liệu của IDF năm 2019, số đối tượng mắc TĐTĐ là 5,3 triệu, dự kiến năm 2045 số người mắc TĐTĐ là 7,9 triệu. Ở Quảng Bình, trong những năm gần đây cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội, tình hình bệnh tim mạch và chuyển hóa có khuynh hướng tăng. Khái niệm và nhận thức TĐTĐ còn rất xa lạ đối với mỗi người, trong khi tỷ lệ mắc và tác hại của nó thì ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và tính mạng của người dân. Với mong muốn phát hiện sớm số đối tượng mắc TĐTĐ và một số yếu tố liên quan trên đối tượng TĐTĐ đặc thù cho cộng đồng dân cư tỉnh Quảng Bình, nhóm nghiên cứu tiến hành thực hiện nhiệm vụ KH&CN: “Đánh giá tỷ lệ, yếu tố liên quan và một số biến chứng của bệnh TĐTĐ mới phát hiện ở người lớn từ 20-60 tuổi tại tỉnh Quảng Bình”, với 4 mục tiêu: Xác định tỷ lệ TĐTĐ mới phát hiện trong cộng đồng trên địa bàn tỉnh Quảng Bình; Đánh giá một số yếu tố nguy cơ trên đối tượng TĐTĐ mới phát hiện; Thăm dò một số biến chứng chuyển hoá và tim mạch trên bệnh nhân TĐTĐ mới phát hiện; Đề xuất các giải pháp hạn chế khả năng người bị mắc bệnh TĐTĐ.

Đối tượng nghiên cứu của nhiệm vụ từ 20-60 tuổi chưa được phát hiện ĐTĐ/TĐTĐ trước đó đang sinh sống tại tỉnh Quảng Bình. Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Thời gian ghiên cứu được tiến hành từ tháng 7/2021 đến tháng 3/2023 trên địa bàn tỉnh Quảng Bình.

2. Kết quả nghiên cứu

2.1. Tỷ lệ và đặc điểm bệnh nhân tiền đái tháo đường mới phát hiện

Bảng 1: Tỷ lệ tiền đái tháo đường mới phát hiện

Tình trạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
TĐTĐ	422	35,0
ĐTĐ	178	14,8
Bình thường	606	50,2
Tổng cộng	1.206	100

Số đối tượng TĐTĐ mới phát hiện là 422 trường hợp chiếm tỷ lệ 35% và ĐTĐ mới phát hiện là 14,8%.

Bảng 2: Phân bố tiền đái tháo đường theo địa dư

STT	Vùng	Cỡ mẫu điều tra	TĐTĐ	Tỷ lệ (%)
1	Đồng bằng	300	97	32,2
2	Vùng ven biển	298	111	37,2
3	Miền núi	300	119	39,6
4	Thành thị	1.206 308	95	30,1
	Tổng cộng		422	35

Tỷ lệ TĐTĐ cao nhất là miền núi (39,6%), tiếp đến là vùng biển (37,2%), đồng bằng (32,2%) và thấp nhất là thành thị (30,1%).

Bảng 3: Phân bố tiền đái tháo đường theo độ tuổi

Tuổi (năm)	TĐTĐ		Không TĐTĐ		Tổng cộng
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
20 - 34	68	30,9	152	69,1	220
35 - 60	354	35,9	632	64,1	986
Tổng số	422	35,0	784	65,0	1.206
Tuổi trung bình quần thể	44,6 ± 11,0 tuổi				
Tuổi trung bình TĐTĐ	46,9 ± 10,3 tuổi				
p	0,160 > 0,05				

Tuổi trung bình quần thể là 44,6 ± 11,0 tuổi và TĐTĐ là 46,9 ± 10,3 tuổi. Tỷ lệ TĐTĐ ở nhóm ≥ 35 tuổi và nhóm < 35 tuổi lần lượt là 35,9% và 30,9%, p > 0,05.

2.2. Các yếu tố nguy cơ và tiền đái tháo đường

Bảng 4: Tiền sử gia đình có người mắc bệnh đái tháo đường và tiền đái tháo đường

Tiền sử gia đình mắc bệnh ĐTĐ	TĐTĐ		Không TĐTĐ		Tổng	p
	n	%	n	%		
Có	82	26,7	225	73,3	307	0.000 < 0,01
Không	340	37,8	559	62,2	899	
Tổng cộng	422	35,0	784	65,0	1.206	

Trong các đối tượng nghiên cứu mắc TĐTĐ, tỷ lệ người có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ thấp hơn nhóm không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ (26,7% so với 37,8%, $p < 0,01$).

Bảng 5: Thói quen uống rượu, bia và tiền đái tháo đường ở nam giới

Uống rượu bia (nam giới)	TĐTĐ		Không TĐTĐ		Tổng	p
	n	%	n	%		
Có	71	78,9	19	21,1	90	0.000 < 0,01
Không	27	12,1	197	87,9	224	
Tổng cộng	98	31,2	216	68,8	314	

Trong các đối tượng nghiên cứu mắc TĐTĐ, tỷ lệ người có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ thấp hơn nhóm không có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ (26,7% so với 37,8%, $p < 0,01$).

Bảng 6: Tiền đái tháo đường và rối loạn lipid máu

Bilan lipid (mmol/l)		Tiền đái tháo đường		p
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
TC	< 5,2	174	72,5	< 0,001
	≥ 5,2	66	27,5	
Triglyceride	< 1,7	155	64,6	< 0,01
	≥ 1,7	85	35,4	
HDL-C	≥ 1,0/1,3	140	58,3	< 0,05
	< 1,0 /1,3 (nam/nữ)	100	41,7	
LDL-C	< 3,4	149	62,1	< 0,001
	≥ 3,4	91	37,9	
Non.HDL-C	< 3,4	126	52,5	> 0,05
	≥ 3,4	114	47,5	

Trên đối tượng TĐTĐ mới phát hiện ghi nhận số bệnh nhân: Tăng TC là 27,5%, ($p < 0,001$); Tăng TG là 35,4%, ($p < 0,01$); Tăng LDL-C là 37,9%, ($p < 0,001$); Tăng non-HDL-C là 47,5% ($p > 0,05$); Giảm HDL-C là 41,7% ($p < 0,05$).

Bảng 7: Rối loạn chỉ số sinh xơ vữa và tiền đái tháo đường

Chỉ số sinh xơ vữa		Tiền đái tháo đường		p
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
TC/HDL.C	≥ 4	99	41,2	$< 0,01$
	< 4	141	58,8	
LDL.C/HDL.C	$\geq 2,3$	139	57,9	$< 0,05$
	$< 2,3$	101	42,1	
TG/HDL.C	≥ 3	23	9,6	$< 0,001$
	< 3	217	90,4	

Trên đối tượng TĐTĐ mới phát hiện ghi nhận số bệnh nhân có: Tăng chỉ số TC/HDL.C là 41,2% ($p < 0,01$). Tăng chỉ số LDL.C/HDL.C là 57,9% ($p < 0,05$). Tăng chỉ số TG/HDL.C là 9,6% ($p < 0,001$).

Bảng 8: Tiền đái tháo đường trong quần thể đối tượng nghiên cứu theo tăng huyết áp

THA	TĐTĐ		Không		Tổng	p
	n	%	n	%		
Có	102	40,0	153	60,0	255	$0,009 < 0,05$
Không	320	33,6	631	66,4	951	
Tổng cộng	422	35,0	784	65,0	1.206	

Trong quần thể, tỷ lệ mắc TĐTĐ mới phát hiện trong nhóm có THA cao hơn so với nhóm không THA (40% so với 33,6%; $p < 0,05$).

3. Kết luận

Trên cơ sở kết quả nghiên cứu, đề hạn chế khả năng người bị mắc bệnh TĐTĐ các cơ quan chuyên môn và người dân cần thực hiện các vấn đề sau:

Đối với Bộ Y tế, sớm ban hành phân tuyến quản lý điều trị bệnh TĐTĐ, bệnh nằm trong danh mục BHYT thanh toán.

Đối với Sở Y tế tỉnh Quảng Bình, khuyến cáo sử dụng xét nghiệm HbA1c để tầm soát tất cả các đối tượng đến khám lần đầu và tầm soát định kỳ 6 tháng/lần tại y tế cơ sở. Đặc biệt chú ý đến đối tượng trên 35 tuổi, đối tượng nguy cơ cao; Tham mưu UBND tỉnh để phối hợp với Đài Phát thanh Truyền hình tỉnh triển khai chuyên đề thông tin TĐTĐ trên sóng truyền hình tỉnh với chuyên mục riêng thường xuyên hàng tuần.

Đối với các trung tâm y tế huyện, đẩy mạnh công tác tuyên truyền để người dân trong tỉnh nhận thức rõ yếu tố nguy cơ của bệnh ĐĐT/TĐTĐ chủ động đến các cơ sở để khám, phát hiện và

có biện pháp phòng chống, điều trị sớm.

Đối với trạm y tế xã, tổ chức triển khai các dịch vụ xét nghiệm triển khai có hiệu quả khám chữa bệnh BHYT, qua đó để sử dụng xét nghiệm glucose máu đói trong tầm soát tất cả các đối tượng đến khám lần đầu và tầm soát định kỳ 6 tháng/lần.

Đối với Nhân dân, thực hiện chế độ tập luyện và sinh hoạt phù hợp: Bằng cách duy trì hoạt động thể lực đều đặn hàng ngày tối thiểu 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong tuần, mỗi lần không dưới 10 phút; Hạn chế thói quen giải khát bằng sử dụng nước uống ngọt đóng chai, hoặc lạm dụng nước uống ngọt đóng chai trong các bữa ăn; Không nên sử dụng bia rượu thường xuyên hàng ngày quá 1 lon bia (330ml) hoặc 100ml rượu vang hoặc 30ml rượu 40 độ cồn.

Thực hiện chế độ dinh dưỡng (đặc biệt lượng carbohydrate) giảm xuống còn khoảng 50-55% trong khẩu phần ăn hàng ngày. Nên lựa chọn thực phẩm ăn hàng ngày có chỉ số đường huyết thấp, nguyên hạt, giàu chất xơ, rau, hoa quả; thực phẩm không gia công chế biến công nghiệp, chất béo không no (dầu thực vật, cá).

Sàng lọc định kỳ đối tượng có nguy cơ glucose huyết tương lúc đói và HbA1c: Người lớn có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$, hoặc cân nặng lớn hơn 120% cân nặng lý tưởng và có một hoặc nhiều hơn một trong các yếu tố nguy cơ; Ở bệnh nhân không có các dấu hiệu/triệu chứng trên, bắt đầu thực hiện xét nghiệm phát hiện sớm ĐTĐ ở người ≥ 45 tuổi (có thể ≥ 35 tuổi); Nếu kết quả xét nghiệm bình thường, nên lặp lại xét nghiệm sau mỗi 1-3 năm. Có thể thực hiện xét nghiệm sớm hơn tùy thuộc vào kết quả xét nghiệm trước đó và yếu tố nguy cơ. Đối với người TĐTĐ thực hiện xét nghiệm hàng năm.

Đối với bệnh nhân TĐTĐ, ngoài ra định kỳ mỗi tháng kiểm tra chỉ số đường máu, huyết áp, BMI, điện tâm đồ, lipid máu. Định kỳ mỗi 3 tháng khám kiểm tra chỉ số HbA1c. Định kỳ mỗi 6 tháng khám kiểm tra chỉ số chức năng thận (mức lọc cầu thận), siêu âm tầm soát bề dày động mạch cảnh (IMT).

Cần được theo dõi, quản lý và điều trị tại các cơ sở y tế bằng Metformin khi đã thực hiện các biện pháp chế độ ăn và thể lực nhằm hạn chế chuyển sang ĐTĐ ở phần 1.1 trên mà không hiệu quả sau 3 tháng không kiểm soát được HbA1c $< 5,7\%$, đường máu tăng sau các lần xét nghiệm sau cao hơn trước; Đối tượng có HbA1c $\geq 6\%$.

Cuối cùng, cần khám chuyên khoa khi mới mắc TĐTĐ ■

Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Tuấn, Lê Anh Tú (2022), “Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở 30-69 tuổi và một số yếu tố nguy cơ trên địa bàn tỉnh Nghệ An năm 2020”, *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường*, số 56, tr.164.
2. Tạ Văn Bình (2004), “Ảnh hưởng thói quen ăn uống và tình trạng hoạt động thể lực đến rối loạn chuyển hoá đường”, *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học - Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và chuyển hoá lần thứ hai*, Nxb Y học, tr.361-369.
3. Bộ Y tế - Viện dinh dưỡng (2007), “Bảng thành phần thực phẩm Việt Nam”, *Nxb Y học*, tr.viii-4.
4. Bộ Y tế (2020), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường*, Quyết định số 3087/QĐ-BYT ngày 16/7/2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Hà Nội.
5. Nguyễn Hải Thuỷ (2021), “Cập nhật chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường”, *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết - Đái tháo đường - Rối loạn chuyển hoá miền Trung và Tây Nguyên mở rộng lần thứ XII*, *Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường*, số 46+47/2021.
6. American Diabetes Association (2021), “Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2021”, *Diabetes Care*, Vol. 44 (1), January 2021, pp. S15-S33.