

TÌNH HÌNH BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Đào Thị Dừa¹, Nguyễn Trọng Nghĩa¹, Cao Văn Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý nội tiết-chuyển hoá, bệnh trở thành phổ biến trên toàn thế giới. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ nhập viện điều trị ngày một tăng. Bệnh thường gây ra nhiều biến chứng làm cho chi phí điều trị trở nên tốn kém hơn. Mục tiêu: Tìm hiểu một số đặc điểm và một số biến chứng của đái tháo đường.

Đối tượng và phương pháp: 347 bệnh nhân ĐTĐ điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 2007-2009. Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ Mỹ với glucose máu đói $\geq 7\text{mmol/l}$. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng: siêu âm, Xquang, điện cơ đồ, glucose máu, insulin máu.

Kết quả: Tỷ lệ ĐTĐ tít 1 là 22,48% và tít 2 là 77,52%. Tuổi trung bình của tít 1 là $36,8 \pm 17,3$ và tít 2 là $54,7 \pm 15,6$. BMI của ĐTĐ tít 1 là $18,02 \pm 1,06$ và tít 2 là $23,21 \pm 2,31$. Glucose máu đói ở tít 1 là $23,82 \pm 5,49\text{mmol/L}$, tít 2 là $17,97 \pm 4,35\text{mmol/L}$. Insulin máu tít 1 giảm và điều trị 100% với insulin; tít 2 có insulin máu bình thường là 91,08%, và điều trị thuốc uống chiếm phần lớn. Biến chứng hôn mê do nhiễm toan ceton 11,54% ở ĐTĐ tít 1, do ưu trương 7,8% ở tít 2, do hạ glucose máu có tỷ lệ thấp hơn. Biến chứng mạch máu ở tít 1 là 38,46, và tít 2 là 44,61. Biến chứng thần kinh chiếm tỷ lệ cao > 40% ở cả 2 tít. Biến chứng nhiễm trùng có tỷ lệ thấp hơn: tít 1: 28,21%, và tít 2 là 21,93%.

Kết luận: ĐTĐ tít 2 chiếm ưu thế, bệnh nhân nhập viện vì glucose máu cao. Biến chứng mạch máu thần kinh chiếm tỷ lệ > 40%.

ABSTRACT

THE SITUATION OF DIABETIC INPATIENTS AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Dao Thi Dua¹, Nguyen Trong Nghia¹, Cao Van Minh¹

Background: Diabetes is metabolic-endocrinology disease. They are popular through the world. At Hue Central Hospital, inpatients and outpatient are more and more increased. Diabetes caused many complications and led high cost for their treatment. Aims: To study features and complications of diabetes.

Patients and method: 347 diabetic inpatients were treated at Hue Central Hospital from 2007 to 2009. Patients were diagnosed diabetes belong to the ADA criteria with cross description method and examined clinic and paraclinic.

Results: The ratio of type 1 diabetes were 22.48% and type 2 diabetes was 77.52%. The ages of type 1 diabetes were 36.8 ± 17.3 years old and type 2 diabetes were 54.7 ± 15.6 years old. BMI

1. Bệnh viện Trung ương Huế

of type 1 diabetes was $18,02 \pm 1,06$ and type 2 diabetes was $23,21 \pm 2,31$. Fasting plasma glucose level of type 1 diabetes was $23,82 \pm 5,49$ mmol/L and type 2 diabetes was $17,97 \pm 4,35$ mmol/L. Insulin level type 1 diabetes was decreased and treated with insulin 100% and in type 2 diabetes, normal insulin level was 91.08% and major treated with oral medicament.

Conclusion: Type 2 diabetes were dominated, the patients hospitalized with hyperglucosemia. Angiopathies and of neuropathies rates were high (> 40%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý nội tiết-chuyển hoá đã được biết từ rất lâu, là căn bệnh phổ biến toàn cầu. Theo báo cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (International Diabetes Federation), bệnh có xu hướng phát triển rất nhanh trong một thập kỷ trở lại đây. Tại Việt Nam, tỷ lệ này cũng gia tăng nhanh, đặc biệt ở các thành phố lớn. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ bệnh nhân Đái tháo đường nhập viện điều trị ngày một tăng. Với đặc trưng là tăng glucose máu mạn tính, kéo theo một loạt rối loạn chuyển hoá khác, bệnh Đái tháo đường gây ra nhiều biến chứng cấp tính và mạn tính, làm cho chi phí điều trị trở nên tốn kém hơn, là gánh nặng cho gia đình và toàn xã hội. Các Hiệp hội đã khuyến cáo về chiến lược điều trị theo những tiêu chí ngày càng nghiêm ngặt hơn, nhằm hạn chế biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét một số đặc điểm của bệnh Đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1 năm 2007 đến tháng 1 năm 2009.

2. Khảo sát một số biến chứng cấp tính và mạn tính thường gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 347 bệnh nhân ĐTĐ nội trú tại BVTW Huế từ 2007-2009.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Chẩn đoán ĐTĐ (Hội ĐTĐ Hoa kỳ): glucose máu lúc đói ≥ 7 mmol/L.

- Chẩn đoán týp:

Týp 2 thường > 40 tuổi và BMI thường béo phì, đáp ứng với thuốc viên

Týp 1 thường rầm rộ với glucose máu đói không điều trị > 300mg/dL, lệ thuộc insulin, định lượng

insulin máu hoặc peptid C thấp, thường có biến chứng cấp: nhiễm toan ceton khi không điều trị với insulin...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Khám lâm sàng: ghi nhận tuổi, BMI, triệu chứng khởi bệnh, điều trị.

- Khám cận lâm sàng: glucose máu, insulin (khi cần thiết để chẩn đoán týp).

- Thăm dò một số biến chứng thường gặp (Mạch máu, thần kinh, nhiễm trùng) siêu âm, điện cơ đồ, Xquang...

Xử lý số liệu: theo thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của bệnh ĐTĐ điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Bảng 3.1. Một số đặc điểm của bệnh ĐTĐ điều trị nội trú.

Đặc điểm		ĐTĐ týp 1 (gồm LADA)	ĐTĐ týp 2	P
n (347)		78 (22,48%)	269 (77,52%)	< 0,01
Giới	Nam (%)	44,87	32,71	
	Nữ (%)	55,13	67,29	
		p* < 0,05	p* < 0.01	
Tuổi trung bình		36,8±17,3	54,7±15,6	< 0,01
Tuổi khởi bệnh	< 20	17,95	00	
	20-40	37,18	4,46	
	>40	44,87	95,54	
		P** < 0,01	P** < 0,01	

Bệnh đã được chẩn đoán (%)		88,64	74,36	
Bệnh phát hiện tình cờ (%)		11,36	25,64	
		p*** < 0,01	p*** < 0,01	
BMI		18,02±1,06	23,21±2,31	< 0,01
Glucose máu đói (mmol/L)		23,82 ±5,49	17,97±4,35	< 0,01
Insulin/peptid C (µU/mL)	Bình thường	00	91,08	< 0,01
	Giảm	100	08,92	< 0,01
Điều trị	Thuốc uống	00	88,84	< 0,01
	Insulin	100	11,16	< 0,01

Nhận xét: ĐTĐ tít 2 chiếm tỷ lệ gần 80%, tỷ lệ nữ cao hơn nam ở cả 2 tít, 11,16% ĐTĐ tít 2 cần insulin.

3.2. Một số biến chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường

3.2.1. Biến chứng cấp

Bảng 3.2. Biến chứng cấp

Biến chứng cấp	Tít 1 (LADA)	Tít 2
Hôn mê nhiễm toan ceton (%)	11,54	00
Hôn mê ưu trương (%)	00	7,8
Hạ glucose máu (%)	4,12	2,20

Nhận xét: Biến chứng hạ glucose máu chủ yếu gặp ở tít 1.

3.2.2. Biến chứng mạn

Bảng 3.3. Biến chứng mạn

Biến chứng mạn	Tít 1 (LADA)	Tít 2
Biến chứng mạch máu	40,46	44,61
Biến chứng thần kinh	41,02	42,75
Biến chứng nhiễm trùng	28,21	21,93

Nhận xét: Biến chứng mạch máu và thần kinh chiếm tỷ lệ tương đối cao ở cả 2 tít.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm bệnh đái tháo đường điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Huế

Qua nghiên cứu 347 bệnh nhân ĐTĐ điều trị nội trú, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ tít 1 là 22,48% và tít 2 là 77,52%. Như vậy, tít 2 chiếm ưu thế và tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm ưu thế ở cả 2 tít. Tuổi trung bình của tít 1 là 36,8±17,3 và tít 2 là 54,7±15,6. Tuổi khởi bệnh đối với tít 1: trước 20 tuổi là 17,95%, từ 20-40 tuổi là 37,18% và sau tuổi 40 là 44,87%; đối với tít 2: khởi bệnh sau tuổi 40 là 44,87% là 95,54%. Nghiên cứu của Võ Bảo Dũng cho thấy tỷ lệ ĐTĐ tít 1 chỉ 8,20%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhạn tỷ lệ ĐTĐ tít 1 là 33,33%. Như vậy, tỷ lệ tít 1 của chúng tôi cao hơn Võ Bảo Dũng nhưng thấp hơn của Nguyễn Thị Nhạn. Nghiên cứu của Chu Minh Tân cũng có tỷ lệ nữ cao hơn nam (55,73%) và tuổi trung bình là 54. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 47/53 và tuổi trung bình là 50,9±13,6. Diabcare-Asia 2001 và 2003 có tỷ lệ ĐTĐ tít 1 thấp hơn của chúng tôi, nhưng tuổi thì kết quả của chúng tôi tương đương. Như vậy, về vấn đề giới và tuổi, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khá phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và thế giới.

Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận chủ yếu bệnh nhân ĐTĐ đã được chẩn đoán trước, bệnh mới phát hiện chiếm tỷ lệ thấp, chỉ 11,36% đối với tít 1 và 25,64% đối với tít 2. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ mới được chẩn đoán 47,5%, cao hơn của chúng tôi, nhưng mẫu nghiên

cứu của chúng tôi chỉ trên những đối tượng điều trị nội trú tại bệnh viện.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận BMI của ĐTĐ týp 1 là $18,02 \pm 1,06$ và týp 2 là $23,21 \pm 2,31$. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình cũng cho thấy BMI > 23 chiếm tỷ lệ cao, nhất là khu vực nội thành. Theo Nguyễn Hải Thủy và CS., bệnh nhân ĐTĐ trên 40 tuổi có BMI béo chiếm tỷ lệ 63,34%. Hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận BMI của bệnh nhân ĐTĐ týp 2 thường béo phì. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhạn gần 80% bệnh nhân ĐTĐ týp 1 có BMI < 18,5, và không có trường hợp nào béo phì, nhưng týp 2 hơn 30% béo phì.

Kết quả của chúng tôi cũng ghi nhận nồng độ glucose máu đói ở bệnh nhân ĐTĐ týp 1 là $23,82 \pm 5,49$ mmol/L, cao hơn týp 2 ($17,97 \pm 4,35$ mmol/L) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nghiên cứu của Nguyễn Hải Thủy và CS cho thấy nhóm bệnh nhân ĐTĐ > 40 tuổi có nồng độ glucose máu đói là 11,99mmol/L, thấp hơn của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhạn, nồng độ glucose máu đói là týp 1 là $18 \pm 5,25$ mmol/L và týp 2 là $9,34 \pm 3,66$. Nghiên cứu của Võ Bảo Dũng trên 317 bệnh nhân ĐTĐ điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định là 15,19mmol/l. Nghiên cứu của Khăm Pheng Phun M.K. cho thấy bệnh nhân ĐTĐ type 2 chấp hành tốt chế độ điều trị glucose máu vẫn > 14mmol/l ở 100% trường hợp. Diabcare-Asia 2001 và 2003 cho thấy nồng độ glucose máu thấp hơn của chúng tôi. Như vậy nồng độ glucose máu của kết quả chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân được chuyển từ tuyến dưới có kiểm soát chuyển hoá kém cần điều trị nội trú.

Nồng độ insulin máu ở bệnh nhân ĐTĐ týp 1 giảm, và điều trị với insulin chiếm tỷ lệ 100%; nhưng týp 2 có nồng độ insulin máu bình thường chiếm tỷ lệ 91,08%, và điều trị thuốc uống chiếm phần lớn, chỉ 11,16% có chỉ định insulin, thường insulin chỉ định đối với bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có biến chứng nặng như suy thận, nhiễm trùng nặng... Kết quả của chúng tôi tương đối phù hợp với Diabcare-Asia 2001 và 2003. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Nhạn và Hồ Xuân Sơn ghi nhận nồng độ insulin máu ở

bệnh nhân ĐTĐ týp 1 là $4,74 \pm 4,72$ μU/L và týp 2 là $10,67 \pm 5,59$ μU/L. Nghiên cứu của Võ Bảo Dũng cũng cho thấy 12,03% bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có chỉ định insulin đơn độc. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương đối phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả.

4.2. Một số biến chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường

4.2.1. Biến chứng cấp ở bệnh nhân đái tháo đường

Biến chứng cấp thường xảy ra ở những bệnh nhân ĐTĐ không được phát hiện bệnh và điều trị, hoặc đang điều trị nhưng không được theo dõi để điều chỉnh thuốc phù hợp. Bệnh nhân thường nhập viện trong tình trạng rất nặng do các biến chứng cấp như hôn mê toan ceton ở bệnh nhân ĐTĐ týp 1, hôn mê ưu trương ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Nhiều trường hợp kèm theo biến chứng nhiễm trùng cấp rất nặng như nhiễm trùng máu, viêm phổi, viêm thận bể thận....

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hôn mê do nhiễm toan ceton 11,54% ở ĐTĐ týp 1, do ưu trương 7,8% ở ĐTĐ týp 2, do hạ glucose máu có tỷ lệ thấp hơn. Nghiên cứu của Đỗ Thị Tính ghi nhận hôn mê do toan ceton là 8%. Nghiên cứu của Khăm Pheng Phun M.K. cho thấy biến chứng hôn mê do ĐTĐ là 6,15%. Nghiên cứu của Wu Loo L. cho thấy HbA1c > 8% ở bệnh nhân ĐTĐ týp 1 thì có 30% bị nhiễm toan ceton, nhưng HbA1c < 8% thì chỉ 4%. Hạ glucose máu thường do bệnh nhân bỏ bữa ăn nhưng liều thuốc thì không giảm, nhưng cũng có trường hợp do rối loạn thần kinh thực vật tại đường tiêu hoá nên thức ăn không được hấp thụ như bình thường. Tỷ lệ hôn mê do hạ glucose máu ở bệnh nhân ĐTĐ rất thấp, vì hầu hết bệnh nhân được giáo dục triệu chứng hạ glucose máu ngay khi mới đến khám lần đầu. Theo nghiên cứu của Nordfeldt S. và CS., tỷ lệ hạ glucose máu đã giảm từ 42% xuống 27% ở bệnh nhân ĐTĐ týp 1 sau khi được giáo dục triệu chứng hạ glucose máu. Nghiên cứu của Trần Hữu Dàng và Nguyễn Hải Thủy vào năm 1992, cho thấy hạ glucose máu gây tử vong chiếm 34,6%. Hiện nay, tỷ lệ hạ glucose máu rất thấp và thường xảy ra ở bệnh nhân ĐTĐ týp 1 hoặc týp 2 có điều trị insulin, những trường hợp hạ glucose máu ở bệnh nhân nội trú đều được cứu sống

Bệnh viện Trung ương Huế

nhờ trang bị đầy đủ các phương tiện xét nghiệm và cấp cứu (máy xét nghiệm glucose mao mạch cho kết quả sau 5 giây) nên điều trị kịp thời, không xảy ra tử vong.

4.2.2. Biến chứng mạn ở bệnh nhân đái tháo đường

Biến chứng mạn xảy ở bệnh nhân ĐTĐ một cách âm thầm nhưng lại ảnh hưởng rất trầm trọng đến chất lượng sống. Bệnh ĐTĐ không được kiểm soát glucose máu sẽ gây rối loạn chuyển hoá của nhiều chất trong cơ thể, hậu quả của sự rối loạn này sẽ gây thương tổn hầu hết các cơ quan trong cơ thể. Khi được điều trị kiểm soát glucose máu tốt, các biến chứng mạn có thể ngưng tiến triển nhưng việc thoái triển của các biến chứng mạn một cách hoàn toàn ít được ghi nhận trên thực tế lâm sàng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biến chứng mạch máu ở ĐTĐ tít 1 là 40,46%, và tít 2 là 44,61%. Biến chứng thần kinh chiếm tỷ lệ cao > 40% ở cả 2 tít. Biến chứng nhiễm trùng có tỷ lệ thấp hơn: tít 1 28,21%, và tít 2 là 21,93. Nghiên cứu của Framingham trong vòng 20 năm đã ghi nhận tỷ lệ tổn thương mạch máu não ở bệnh nhân ĐTĐ tăng gấp 3 lần người không bị ĐTĐ và tỷ lệ tổn thương động mạch vành mới phát hiện tăng 1,7 ở bệnh nhân nam và 2,1 ở bệnh nhân nữ so với người không bị ĐTĐ. Nghiên cứu của Nguyễn Hải Thủy cho thấy tỷ lệ xơ vữa động mạch cảnh ở bệnh nhân ĐTĐ qua siêu âm Doppler là 77,6% trong lúc đó ở người không bị ĐTĐ chỉ 43,3%. Nghiên cứu của Tô Văn Hải cho thấy biến chứng thần kinh ngoại biên 44,44%; viêm răng lợi 40,28%; nhiễm trùng thận-tiết niệu 12,5% và một số biến chứng khác thì thấp hơn của chúng tôi như: lao phổi chỉ 1,39%; viêm phổi 4,17%; bàn chân 11,11%. Một nghiên cứu khác của Tô Văn Hải ghi nhận bệnh lý võng mạc ĐTĐ có tỷ lệ rất cao: 60,5%. Theo Stolk R.P và CS., chỉ có 40,2% bệnh nhân ĐTĐ type 2 chưa có biến chứng võng mạc. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo và Nguyễn Thy Khuê cho thấy bệnh lý thận ĐTĐ 52,2%; võng mạc 17,4%; bệnh thần kinh ngoại biên 21,7%; thần kinh thực vật 9,8%; bệnh mạch vành 30,4%; đột quy 4,3%; mạch máu ngoại biên 12%; nhiễm trùng đường tiểu 16,3%; viêm da 9,8%; viêm phổi 5,4% và lao phổi 3,3%. Nghiên cứu Collis và CS.

nhồi máu cơ tim 19%, các mạch máu khác là 18%. Kết quả của Romald K. C. về biến chứng mạn ở bệnh nhân ĐTĐ cao hơn của chúng tôi (> 60%); trong đó có hơn 42% suy thận giai đoạn cuối là do bệnh lý thận ĐTĐ và biến chứng tim mạch thì tăng lên hai đến bốn lần so với người không bị bệnh ĐTĐ. Theo Rajeev C.D. bệnh lý võng mạc 21,2%; microalbumin niệu 41%; thần kinh ngoại biên 15,3%; mạch máu lớn 14,4%. Theo Romald K.C., hơn 42% trường hợp suy thận giai đoạn cuối cần chạy thận nhân tạo và ghép thận là do ĐTĐ, hơn 60% bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng thần kinh. Như vậy, qua một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ các biến chứng mạn ở bệnh nhân ĐTĐ khá cao. Bệnh ĐTĐ là yếu tố nguy cơ của nhiều biến chứng ở tất cả các cơ quan trong cơ thể, nhằm hạn chế tỷ suất của các biến chứng cần kiểm soát glucose máu tốt và loại bỏ các yếu tố nguy cơ phối hợp như tăng HA, béo phì, thuốc lá, bia rượu và tăng cường tập luyện-vận động thể lực.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ đái tháo đường tít 1 là 22,48% và tít 2 là 77,52%.

- Tuổi trung bình của tít 1 là 36,8±17,3 và tít 2 là 54,7±15,6. Tuổi khởi bệnh đối với tít 1: trước 20 là 17,95%, từ 20 - 40 tuổi là 37,18% và sau tuổi 40 là 44,87%; đối với tít 2: khởi bệnh sau tuổi 40 là 44,87% là 95,54%.

- BMI của đái tháo đường tít 1 là 18,02±1,06 và tít 2 là 23,21±2,31.

- Nồng độ glucose máu đói ở bệnh nhân đái tháo đường tít 1 là 23,82 ±5,49mmol/L, tít 2 là 17,97±4,35mmol/.

- Nồng độ insulin máu ở bệnh nhân đái tháo đường tít 1 giảm, và điều trị với insulin 100%; ở tít 2, nồng độ insulin máu bình thường chiếm tỷ lệ 91,08%, và điều trị thuốc uống chiếm phần lớn, chỉ 11,16% có chỉ định insulin.

2. Hôn mê do nhiễm toan ceton 11,54% ở đái tháo đường tít 1, do ưu trương 7,8% ở đái tháo đường tít 2, do hạ glucose máu có tỷ lệ thấp hơn.

- Biến chứng mạch máu và thần kinh tương đối cao (> 40%) ở cả 2 tít.

- Biến chứng nhiễm trùng có tỷ lệ thấp hơn: tít 1 28,21%, và tít 2 là 21,93.

Results: - A cut off level of 28.1 pg/ml for TNF α for predicting the initial 24 hours of hospitalization of severe acute pancreatitis revealed a sensitivity 85,7% and a specificity 94,6%. The AUC (83,9 – 98,8% CI) for TNF α is 0,942 corresponding to a sensitivity 85,71% and a specificity 94,59%.

Conclusion: A cut off level of 28.1 pg/ml for TNF α for predicting the initial 24 hours of hospitalization of severe acute pancreatitis revealed a sensitivity 85.7% and a specificity 94.6%. TNF α levels have been found to predict the initial 24 hours of hospitalization of severe acute pancreatitis at the Polyclinics Emergency Department. The TNF α levels in the initial 24 hours of hospitalization equal or more than 28.1 pg/ml will predict the severity of acute pancreatitis in guiding the care, management and preventing from the possible complications of acute pancreatitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một bệnh lý tiêu hóa khá phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới. Mức độ tổn thương và nguyên nhân gây viêm tụy cấp khác nhau. Tiên đoán độ nặng của bệnh là rất quan trọng nhằm giúp hướng dẫn điều trị và dự phòng rối loạn chức năng đa cơ quan và biến chứng tại chỗ.

Hiện nay, vấn đề tiên lượng của viêm tụy cấp 24 giờ đầu tại khoa cấp cứu là rất cần thiết, vấn đề tiên đoán độ nặng của bệnh là rất quan trọng để giúp hướng dẫn điều trị và dự phòng rối loạn chức năng đa cơ quan và biến chứng tại chỗ. Tại nhiều cơ sở trong và ngoài nước, thang điểm Ranson, Glasgow, và APACHE đã được sử dụng. Tuy nhiên, các hệ thống này có nhiều thông số và cần 48 giờ sau nhập viện mới đánh giá một cách đầy đủ. CT scan của Balthazar có giá trị cao và có thể thực hiện ở bất cứ thời điểm nào nhưng có hạn chế là không đánh giá được các biến chứng hệ thống và có tác dụng phụ dị ứng của chất cản quang cũng như giá khá đắt.

Với mục đích tìm hiểu thêm các tiêu chuẩn tiên lượng viêm tụy cấp tại khoa Cấp cứu ban đầu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định giá trị điểm cắt của TNF alpha trong tiên lượng viêm tụy cấp 24 giờ đầu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm bệnh: 51 trường hợp viêm tụy cấp được nhập viện điều trị tại phòng cấp cứu đa khoa bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 3/2008 đến tháng 4/2009.

- Nhóm chứng: 30 người khoẻ mạnh

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu

Triệu chứng lâm sàng: Đau bụng cấp vùng thượng vị và ở quanh rốn hoặc ở hạ sườn trái hay ở hạ sườn phải với tính chất đau thường xuyên có cơn trội hẳn lên, đau tăng khi nằm ngửa và giảm khi cúi gập mình. Kèm theo nôn mửa, chướng bụng, đề kháng nhẹ thành bụng, nhiễm trùng hoặc sốt.

Triệu chứng cận lâm sàng

- Định lượng Amylase máu: nguyên lý phản ứng test enzyme so màu với 4,6-Ethyliden (G₇)-p-nitrophenyl-maltohepaosid (EPS) làm cơ chất, thực hiện trên máy HITACHI 717 (Nhật Bản). Giá trị bình thường: 0-200 U/L.

- Nồng độ TNF alpha máu: Phương pháp xét nghiệm miễn dịch hoá phát quang chemiluminescent immuno assay (ILCA), thực hiện trên máy Immulite 100 system (hãng DCP, Hoa Kỳ). Giá trị bình thường: 0- 8,1pg/ml.

- Amylase máu, TNF α máu, LDH máu, ure máu, Albumin máu, đường máu, calci máu, PaO₂ thực hiện tại khoa Sinh hóa và công thức máu tại khoa Huyết học, siêu âm tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Trung ương Huế.

Tiêu chuẩn chẩn đoán

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán VTC:** dựa vào tiêu chuẩn Atlanta (1992) khi có: triệu chứng lâm sàng kết hợp với tăng Amylase máu (gấp 3 lần so với giá trị bình thường); hoặc hình ảnh viêm tụy cấp điển hình (siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính).

- **Tiêu chuẩn loại trừ :**

+ Đau bụng cấp nhưng Amylase máu không

Bệnh viện Trung ương Huế

tăng hoặc tăng thấp

+ Amylase máu tăng nhưng không có triệu chứng đau bụng cấp

+ BN mắc bệnh lý nhiễm trùng, bệnh tự miễn, bệnh tim mạch

- **Tiêu chuẩn phân loại độ nặng VTC :**
Theo tiêu chuẩn phân loại của Imrie (2003) và phân loại Atlanta (1992) về VTC. **Thang điểm IMRIE :**

- Tuổi > 55
- Bạch cầu > 15000/mm³
- Đường máu > 10 mmol/l (không có ĐTĐ)
- Urê máu > 16 mmol/l
- Calci máu < 2mmol/l
- Albumin máu < 32 g/l
- LDH > 1.5 lần bình thường

Bệnh nhân có 3 yếu tố trở lên là VTC thể nặng,

Xử lý số liệu : Excell 2007, Medcal 10.4.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

51 BN (35 nam và 16 nữ ; tuổi trung bình là 45,07± 17,17; (16 - 86).

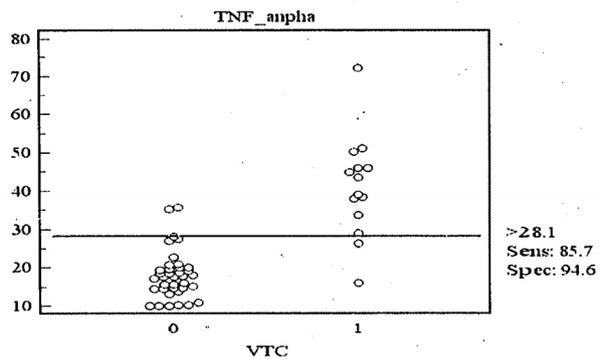
Số bệnh nhân VTC nặng 15/51 (chiếm 29,41%) trong số đó 7 VTC do rượu, 2 VTC do giun, 2 VTC do sỏi, 1 VTC do chấn thương và 3 VTC chưa rõ nguyên nhân.

Số bệnh nhân VTC nhẹ 36/51 (chiếm 70,59 %) trong số đó 9 VTC do giun, 5 VTC do rượu, 5 VTC do sỏi, 2 VTC do chấn thương, 15 VTC nguyên nhân khác và chưa rõ nguyên nhân.

3.2. Giá trị điểm cắt của TNF α theo thể VTC nặng và nhẹ

Bệnh nhân VTC được mã hóa: VTC nhẹ = 0, và VTC nặng = 1. Ta có những kết quả như sau

3.2.1. Biểu đồ giá trị điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của TNF α 24h đầu theo thể VTC nặng và nhẹ

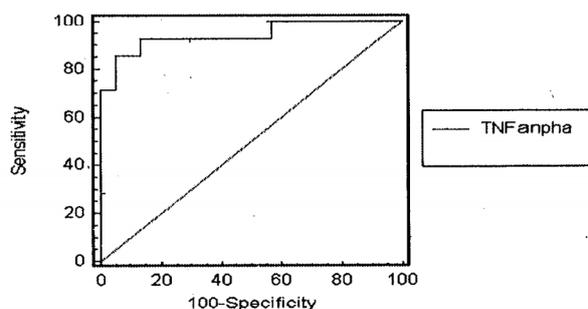


Biểu đồ 3.1. Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của TNF α với điểm cắt giới hạn >28,1pg/l.

Qua biểu đồ trên cho thấy giá trị cắt (cutt-off point) của nồng độ TNF α là 28,1pg/ml để phân biệt với bệnh nhân VTC nặng và VTC nhẹ. Với nồng độ này tương ứng với độ nhạy 85,7% và độ đặc hiệu 94,6%. Theo Ngô Dũng Cường khi nghiên cứu ở 30 bệnh nhân VTC nhẹ, 17 bệnh nhân VTC nặng có điểm cắt giới hạn 20,04pg/ml và độ nhạy 64,7% và độ đặc hiệu 73,3%. Jiang nghiên cứu trên 33 bệnh nhân VTC gồm 14 nặng và 19 nhẹ ở thời điểm 24 giờ đầu của bệnh có điểm cắt giới hạn là 20,04 pg/ml với độ nhạy 63,2% độ đặc hiệu 72,7%.

Kết quả trên cho thấy kết quả của chúng tôi có giá trị điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu đều lớn hơn các tác giả khác, điều này có thể lý giải rằng với yếu tố địa dư, quần thể bệnh nhân mắc bệnh VTC nên điểm cắt có khác nhau chăng ? và thời điểm lấy máu để làm xét nghiệm có khác nhau không. Chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân từ khi khởi bệnh cho đến khi thăm khám, làm các xét nghiệm cận lâm sàng < 24 giờ.

3.2.2. So sánh năng lực chẩn đoán, phân biệt VTC nặng và nhẹ theo diện tích đường cong ROC của TNF α



Biểu đồ 3.2. Đường cong ROC của TNF α

-Diện tích dưới đường cong (AUC) của TNF α = 0,942 ở khoảng tin cậy [0,839-0,988] tương ứng với độ nhạy 85,71% và độ đặc hiệu 94,59%.

- Đường biểu diễn ROC (Receiver operator characteristic) là đường biểu diễn của các điểm có tọa độ tương ứng với trục hoành x = độ đặc hiệu hay dương tính giả và trục tung y = độ nhạy hay dương tính thật của một xét nghiệm của các ngưỡng từ thấp đến cao. Qua biểu đồ cho thấy đường biểu diễn ROC của TNF α theo thể VTC nặng và nhẹ. Kết quả cho thấy diện tích đường cong (AUC) của TNF α = 0,942 [0,839-0,988], đó là kết quả tốt. So sánh với kết quả của Ngô Dũng Cường cho thấy diện tích dưới đường cong (AUC) của TNF α là 0,725. Điều này cho thấy kết quả chúng tôi đạt hiệu quả cao hơn.

3.2.3. Độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán (PV), tỷ số tương hợp (LR) của TNF α theo thể VTC

Bảng 3.1. Độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp), giá trị tiên đoán (PV), tỷ số tương hợp (LR) của TNF α theo thể VTC

	TNF α
- Ngưỡng giá trị (cut off)	28,1pg/l
- Độ nhạy (%)	85,71%
- Độ đặc hiệu (%)	94,69%
- PPV (giá trị tiên đoán dương tính)	85,7%
- NPV(giá trị tiên đoán âm tính)	94,6%
- LR (+) (tỷ suất tương hợp dương tính)	15,86
- LR(-) (tỷ suất tương hợp âm tính)	0,15

Nồng độ TNF α theo thể VTC có độ đặc hiệu (94,69%), giá trị tương đoán dương tính (85,7%), tỷ suất tương hợp dương tính (15,86%) .

So sánh với nghiên cứu của Ngô Dũng Cường phân biệt VTC nặng và nhẹ theo:

- + CRP với AUC có 0,49
- + IL-6 với AUC có 0,961
- + IL-8 với AUC có 0,767
- + TNF α AUC có 0,725

Kết quả AUC với TNF α ở VTC nặng của chúng tôi cao hơn so với kết quả TNF α (0,725), CRP(0,49) và IL-8 (0,767) và gần tương đương với chất chỉ điểm IL-6 của Ngô Dũng Cường.

IV. KẾT LUẬN

Giá trị điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của TNF α theo thể viêm tụy cấp nặng và nhẹ

Điểm cắt của TNF α với thể viêm tụy cấp nặng là 28,1pg/l, tương ứng với độ nhạy 85,7% và độ đặc hiệu 94,6%.

Diện tích dưới đường cong của TNF α = 0,942 ở VTC nặng với khoảng tin cậy [0,839-0,988] tương ứng với độ nhạy 85,71% và độ đặc hiệu 94,59%.

Khi nồng độ TNF α 24h đầu vượt qua giá trị cắt, trong nghiên cứu của chúng tôi TNF α 24h đầu là 28,1pg/l, cần đề phòng khả năng viêm tụy cấp nặng và cần có chế độ chăm sóc, theo dõi đặc biệt nhằm điều trị kịp thời các biến chứng có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Dũng Cường, Cao Tấn Phước (2008), *Khảo sát Interleukine-6, Interleukine-8 và TNF α trong tiên đoán sớm độ nặng viêm tụy cấp*
2. Bùi Thu Hằng (2004), *Bước đầu nghiên cứu nồng độ yếu tố hoại tử u alpha trong huyết thanh bệnh nhân viêm tụy cấp, Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Khoa Hà Nội.*
3. Aysel Kiyici (2009), *Serum TNF-Alpha Levels in acute and chronic pancreatitis, Eur J Gen Med 6 (2), pp. 103-107.*
4. Chaw J., Shian Y. (2004), *"Serum Interleukin-6, Tumor necrosis factor α and C-reactive protein in early prediction of severity of acute pancreatitis, Journal Chin Med Assoc, 67, pp.442-859.*

Bệnh viện Trung ương Huế

5. Jiang CF., Shiao YC., (2004) "*Serum Interleukin-6, tumor necrosis factor alpha and C-reactive protein in early prediction of severity of acute pancreatitis*", *J.Chin.Med Assoc.*, 4, pp.339-341.
6. Imrie C.W. (2003), "*Prognostic indicators in acute Pancreatitis*", *Current Gastroenterology*, 17 (5), pp.325-328.