

Tiền đái tháo đường ở bệnh nhân tăng huyết áp trên 40 tuổi thuộc tỉnh Trà Vinh

BS Trần Ngọc Thân⁷ và cộng sự

ABSTRACT

PREDIABETES IN HYPERTENSIVE PATIENTS FROM THE AGE OF 40 IN TRA VINH PROVINCE

Background: Prediabetes is a common and risk factor in the general population. The objectives of this study are to identify the prevalence of the type 2 prediabetes in hypertensive patients from the age of 40 by using the criteria of IDF and ADA (2007), and to evaluate the cardiovascular complications in the hypertensive patients with prediabetes. **Sample and methods:** there are 589 hypertensive patients ≥ 40 years – old attended, the criteria of prediabetes is the level of fasting plasma glucose ≥ 100 -125mg /dl (5.6-6.9 mmol/l). Hypertrophic left ventricular and myocardial ischemia were confirmed by ECG. **Results:** the prevalence of prediabetes is 24,27% in hypertensive patients in which 22,47% of patients < 60 ys, 25,77% of patients ≥ 60 ys, 22,12% of male patients and 25,46% of female patients. The waist circumference (WC) in prediabetes is $78,85 \pm 10,36$ cm, higher than that of normoglycemic patients ($76,18 \pm 9,82$ cm). There are not significant differences in the systolic and diastolic blood pressures in the various groups of patients. The prevalence of prediabetes patients with the high risk of WC is 29,62% in male and 29,41% in female. The percentage of the high concentrations of TG is 21,28%, the ratio of HDL.C with low levels is 24,7%, and that of TC with high levels is 25,58% in prediabetes patients. The ratio of hypertensive patients with prediabetes with hypertrophic left ventricular and myocardial ischemia is 29,71%. There is a correlation respectively between plasma levels of glucose and HDL.C ($r = -0,2234$, $p < 0,01$) in prediabetes men. In addition, WC ($r=0,2912$, $p < 0,01$), TC ($r = 0,4350$, $p < 0,001$), TG ($r = 0,5369$, $p < 0,001$), HDL.C ($r = -0,3874$, $r < 0,001$) and LDL.C ($r = 0,2330$, $p < 0,01$) in prediabetes patients. **Conclusions:** The high prevalence of prediabetes will be an important mark and a risk factor in hypertensive patients in Tra Vinh Province. Especially, the hypertriglyceridemia in these patients should be strictly interested.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một đại dịch của thế kỷ XXI, trong đó tiền đái tháo đường (tiền ĐTĐ) là một trong những quan tâm về sức khỏe cộng đồng của y học. Tiền ĐTĐ là yếu tố nguy cơ chính biến chứng mạch lớn và mạch máu nhỏ trước khi xuất hiện đái tháo đường (ĐTĐ) nhất là ĐTĐ type 2. Tần suất và tỷ lệ Tiền ĐTĐ ngày càng gia tăng và tương quan với tuổi đời và có khuynh hướng trẻ hóa. Theo tiêu chí gần đây của liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF) và Hiệp hội ĐTĐ Mỹ (ADA) ghi nhận những đối tượng bị rối loạn đường huyết đói và/hay có rối loạn dung nạp glucose được xếp vào nhóm này.

⁷ BV Đa Khoa Tỉnh Trà Vinh

Theo thống kê tỷ lệ RLDN glucose gần 50% nhóm người trên 65 tuổi. Một trong những đối tượng khuyến cáo gần đây ADA đối những người có BMI > 25 trên 45 tuổi hoặc dưới 45 tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp (THA) cần phải sàng lọc. Trong khi đó tTiền ĐTĐ ở đối tượng THA chưa được khảo sát nhiều tại Việt Nam.

Trà Vinh là một tỉnh vùng sâu Tây nam bộ nằm giữa sông Tiền và sông Hậu. Dân số khoảng một triệu người với ba dân tộc chính sinh sống là Kinh, Khmer, Hoa. Hiện nay, toàn tỉnh còn nhiều xã nghèo và phần lớn là những xã vùng sâu, vùng xa. Đa số dân số trong tỉnh sống nghề nông nghiệp, đặc biệt là ở các xã nghèo. Hầu như thói quen dân chúng ở đây ăn với chế độ nhiều muối và uống nhiều rượu, bia vì thế tỷ lệ bệnh THA có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây.

Xuất phát từ các yếu tố bệnh lý và địa dư nói trên và nhất là khuyến cáo gần đây của ADA chúng tôi tiến hành nghiên cứu đối tượng THA được phát hiện qua điều tra cộng đồng nhằm đánh giá tiền ĐTĐ trên bệnh nhân THA góp phần nêu được nét đặc thù của hội chứng này của địa phương so với một số nghiên cứu trong nước và qua đó góp phần hạn chế các tai biến tim mạch xảy ra cho bệnh nhân THA có tiền ĐTĐ phối hợp

Mục tiêu đề tài nhằm đánh giá tỷ lệ của tiền ĐTĐ theo tiêu chí của IDF và ADA trên bệnh nhân có THA cũng như biến chứng tim được phát hiện qua điện tim.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Đối tượng là 589 bệnh nhân THA trên 40 tuổi tự nguyện tham gia trong số 1828 bệnh nhân THA đã được phát hiện trong nghiên cứu tầm soát từ 1/2/2006 - 1/6/2006 tại các phường xã thuộc tỉnh Trà Vinh.

Thời gian tiến hành nghiên cứu: 6/2006 - 12/2006

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành các bước như sau:

-Bước 1:

- + Xác định THA và phân loại THA theo JNC VII (Báo cáo liên ủy ban quốc gia về phòng ngừa, kiểm soát, đánh giá và điều trị tăng huyết áp lần VII).
- + Đo vòng eo để đánh giá béo dạng nam bằng cách xác định mức nguy cơ ở nam ≥ 90 cm và nữ ≥ 80 cm.

-Bước 2: Bệnh nhân THA sau đó được mời đến kiểm tra tại BV Đa Khoa Tỉnh Trà Vinh bao gồm:

- + Bilan lipid (Triglycerides, HDL.C, LDL.C và Cholesterol) đánh giá theo khuyến cáo của ADA.
- + Định lượng glucose huyết tương, tĩnh mạch máu lúc đói (nhịn ăn trước đó ít nhất 8 giờ)

-Bước 3: Xác định tiền ĐTĐ khi nồng độ glucose máu đói $\geq 100-125$ mg /dL (5.6-6.9 mmol/L)

-Bước 4: Kiểm tra điện tâm đồ thông thường và chỉ đánh giá dày thất trái và thiếu máu cơ tim

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình Epi-info 6.0, Excel 2003 và Foxpro.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.

ĐTĐ nhất là ĐTĐ type 2 ở bệnh nhân THA được JNC VI xếp vào nhóm yếu tố nguy cơ đặc biệt (nhóm nguy cơ C). Theo Michel Marre (CHU Angers Pháp) THA và ĐTĐ thường đi kèm với béo phì và rối loạn Lipid máu, gọi là hội chứng đề kháng insulin, một nguồn gốc chung của THA và ĐTĐ. Có 30-50 % bệnh nhân ĐTĐ đồng thời bị THA. Hầu như 70 % bệnh nhân lớn tuổi bị ĐTĐ type 2 có THA, thường phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác của bệnh mạch vành và hội chứng chuyển hóa. Tại Mỹ có từ 5,7 - 7,5 triệu bệnh nhân ĐTĐ bị THA. Tỷ lệ THA ở bệnh nhân ĐTĐ gấp đôi so với người không bị ĐTĐ. Huỳnh Văn Minh và Thái Hồng Quang, có sự cường Insulin máu, biểu thị sự kháng Insulin ở bệnh nhân THA (tỷ lệ 41,7 %).

Qua nghiên cứu glucose máu của 589 bệnh nhân THA ở độ tuổi 40 trở lên chúng tôi ghi nhận:

3.1. Tiền ĐTĐ và độ tuổi ở bệnh nhân THA

| Glucose (mmol/l) | < 5,55 | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|-------------------|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| | N | % | N | % | n | % |
| Độ tuổi | | | | | | |
| < 60 (n=267) | 190 | 71,16 | 60 | 22,47 | 17 | 6,36 |
| ≥ 60 (n=322) | 213 | 66,14 | 83 | 25,77 | 26 | 12,20 |
| Tổng cộng (n=589) | 403 | 68,42 | 143 | 24,27 | 43 | 7,30 |
| Tuổi TB (năm) | 61,66 ± 11,62 | | 63,48 ± 12,09 | | 64,12 ± 12,17 | |

Tỷ lệ tăng glucose máu ở bệnh nhân THA là 186/589(31,57%), trong đó tỷ lệ tiền ĐTĐ là 143/589 (24,27%) và ĐTĐ là 43/589 (7,3%). Tỷ lệ tiền ĐTĐ độ tuổi dưới 60 là 22,47% và trên 60 là 25,77%. Tỷ lệ ĐTĐ độ tuổi dưới 60 là 6,36% và trên 60 là 12,20%. Độ tuổi tiền ĐTĐ và ĐTĐ ở nhóm THA cao hơn nhóm bệnh nhân có nồng độ đường máu bình thường.

Trần Hữu Dàng và cộng sự nghiên cứu trên 54 bệnh nhân THA ghi nhận 31,5% mắc ĐTĐ và 37 % tăng Glucose máu trong đó 5,56% RLDN Glucose (tiền ĐTĐ). Hoàng Trung Vinh và cộng sự (2001-2002) nghiên cứu 131 bệnh nhân THA có độ tuổi trên 40 ghi nhận tăng đường máu là 41,22% trong đó RLDNG (tiền ĐTĐ type 2) 23,66% và ĐTĐ là 17,56% và tăng gấp 2,95 lần so với nhóm không THA.

Tỷ lệ ĐTĐ này cao hơn chúng tôi bởi lẽ tác giả đã chọn bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu có nồng độ glucose đói (G0) ≥ 7 mmol/l để làm NPDNG và NPDNG thường phát hiện tỷ lệ cao hơn so với glucose máu lúc đói.

Phạm Thị Kim Lan và cộng sự (2001-2002) ghi nhận qua điều tra 262 người THA tỷ lệ ĐTĐ ở nhóm THA là 9,92% so với nhóm chứng là 3,38%. Tỷ lệ ĐTĐ trong nghiên cứu này tương đương với số liệu của chúng tôi. Ngoài ra tỷ lệ tiền ĐTĐ và ĐTĐ trong nghiên cứu này tăng dần theo tuổi phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Qua đây chúng ta nhận thấy tỷ lệ tiền ĐTĐ cũng như ĐTĐ ở bệnh nhân THA cao một cách đáng kể và bệnh nhân THA ở địa phương Trà Vinh chúng tôi không phải là ngoại lệ. Trong tương lai những đối tượng THA vừa tăng glucose máu cần được quản lý, theo dõi và chăm sóc nghiêm túc hơn nhằm hạn chế tai biến tim mạch cho bệnh nhân.

3.2. Tỷ lệ tiền ĐTĐ ở bệnh nhân THA theo giới

| Glucose máu (mmol/l) | Nam | | Nữ | |
|----------------------|-----|--------|-----|--------|
| | n | % | n | % |
| < 5,55 | 155 | 74,52 | 248 | 65,09 |
| 5,55 – 6,9 | 46 | 22,12 | 97 | 25,46 |
| ≥ 7 | 7 | 3,37 | 36 | 9,45 |
| Chung | 208 | 100,00 | 381 | 100,00 |

Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ tăng glucose máu ở nam bệnh nhân THA là 25,49% và nữ THA là 34,91% trong đó tỷ lệ tiền ĐTĐ ở nam là 22,12% và nữ là 25,46%, tỷ lệ ĐTĐ ở nam là 3,37% và nữ là 9,45%.

Nghiên cứu Phạm Thị Kim Lan trên bệnh nhân THA ghi nhận tỷ lệ nam ĐTĐ là 10% không khác biệt so với nữ với tỷ lệ ĐTĐ là 9,88%. Tạ Văn Bình và cộng sự trong điều tra dịch tễ ĐTĐ khu vực Hà Nội (1999-2001) ghi nhận tỷ lệ ĐTĐ nam 48,2% và nữ 51,8% và tỷ lệ tăng dần theo tuổi.

Qua nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tăng glucose máu nhất là ĐTĐ thì nữ giới ưu thế hơn.

3.3. So sánh đặc điểm lâm sàng

3.3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân THA có tiền ĐTĐ

| Glucose(mmol/l) | < 5,55 | 5,55 – 6,9 | ≥ 7 |
|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| VEo (cm) | 76,18 ± 9,82 | 78,85 ± 10,36 | 79,88 ± 11,24 |
| HATT (mm Hg) | 160,73 ± 21,15 | 162,46 ± 19,94 | 159,21 ± 17,44 |
| HATTr (mmHg) | 93,95 ± 11,70 | 95,85 ± 12,58 | 94,21 ± 12,03 |

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận vòng eo nhóm THA có tiền ĐTĐ là 78,85 ± 10,36cm và nhóm THA có ĐTĐ là 79,88±11,24cm (ĐTĐ) khác biệt không đáng kể tuy nhiên vòng eo đều lớn hơn so với nhóm glucose máu bình thường là 76,18 ± 9,82 cm. Ngoài ra huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giữa các nhóm khác biệt không đáng kể.

- Vòng eo và nam giới THA có tiền ĐTĐ

| Glucose (mmo/l) | < 5,55 | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|-----------------|--------|-------|------------|-------|-----|------|
| | N | % | n | % | N | % |
| ≥ 90 cm (n=27) | 17 | 62,96 | 8 | 29,62 | 2 | 7,40 |
| < 90 cm (n=181) | 138 | 76,24 | 38 | 20,99 | 5 | 2,76 |
| Chung (n=208) | 155 | | 46 | | 7 | |

Tỷ lệ tiền ĐTĐ nhóm nam bệnh nhân THA có vòng eo nguy cơ là 29,62% lớn hơn nhóm nam có vòng eo bình thường là 20,99%. Tỷ lệ ĐTĐ nhóm có vòng eo nguy cơ là 7,40% lớn hơn nhóm có vòng eo bình thường là 2,76%.

- Vòng eo và nữ giới THA có tiền ĐTĐ

| Glucose(mmol/l) Vòng eo | < 5,55 | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|----------------------------|--------|-------|------------|-------|-----|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| ≥ 80 cm (n=153) | 89 | 58,16 | 45 | 29,41 | 19 | 12,41 |
| < 80 cm (n=228) | 159 | 69,73 | 52 | 22,80 | 17 | 7,45 |
| Chung (n=381) | 248 | | 97 | | 36 | |

Tỷ lệ ĐTĐ nhóm nữ bệnh nhân THA có vòng eo nguy cơ là 29,41% lớn hơn nhóm có vòng eo bình thường là 22,80%. Tỷ lệ ĐTĐ nhóm có vòng eo nguy cơ là 12,41% lớn hơn nhóm có vòng eo bình thường là 7,45%.

- Vòng eo và nam và nữ giới THA có tiền ĐTĐ

| Vòng eo | < 5,55 | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|------------------------|--------|-------|------------|-------|-----|-------|
| | N | % | N | % | N | % |
| VE bệnh lý (n=180) | 106 | 58,88 | 53 | 29,44 | 21 | 11,66 |
| VE bình thường (n=409) | 297 | 72,61 | 90 | 22,00 | 22 | 5,37 |
| Chung | 403 | | 143 | | 43 | |

Tỷ lệ tiền ĐTĐ nhóm bệnh nhân THA có vòng eo nguy cơ là 29,77% lớn hơn nhóm THA có vòng eo bình thường là 22,00% ($p < 0,01$)

Tỷ lệ ĐTĐ nhóm có vòng eo nguy cơ là 11,66% lớn hơn nhóm THA có vòng eo bình thường là 5,37% ($p < 0,01$).

Nhìn chung các nghiên cứu trong nước trước đây về THA rất ít đề cập vòng eo mà chủ yếu dựa vào BMI vì thế chúng tôi không có cơ sở để so sánh. Nghiên cứu Hoàng Trung Vinh ghi nhận ở 131 bệnh nhân THA, nhóm tiền ĐTĐ có BMI trên 23 chiếm tỷ lệ 44,44%.

Hội chứng chuyển hóa và kháng insulin đề cập nhiều đến vòng eo gián tiếp béo dạng nam trong đó mỡ bụng hiện được xem là cơ quan nội tiết với nhiều hormone và chất chỉ điểm viêm gây kháng insulin và thường xảy ra ở giai đoạn tiền ĐTĐ. Qua phân tích chúng ta cũng nhận thấy THA và tăng glucose máu đều liên quan đến kháng insulin giải thích tỷ lệ THA và ĐTĐ type 2 chiếm tỷ lệ cao trên đối tượng có vòng eo ở mức nguy cơ đối với nam 90cm và nữ 80cm.

3.4. So sánh Bilan lipid ở bệnh nhân THA có tiền ĐTĐ

| Tham số (mmol/l) | < 5,55 | 5,55 – 6,9 | ≥ 7 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|
| TC (mmol/l) | 5,56 ± 1,20 | 5,84 ± 1,22 | 6,38 ± 1,68 |
| TG (mmol/l) | 2,39 ± 1,40 | 2,66 ± 1,59 | 3,58 ± 2,87 |
| LDL(mmol/l) | 3,61 ± 1,06 | 3,75 ± 1,21 | 4,14 ± 1,58 |
| HDL nam(mmol/l) | 1,39 ± 0,41 | 1,44 ± 0,38 | 2,20 ± 1,24 |
| HDL nữ(mmol/l) | 1,48 ± 0,40 | 1,49 ± 0,44 | 1,43 ± 0,30 |

Nhóm ĐTĐ và tiền ĐTĐ đều có nồng độ TC, TG và LDL cao đáng kể so với nhóm có nồng độ glucose bình thường.

Trong nhóm tăng glucose máu nồng độ TG đều cao hơn nhóm glucose máu bình thường điều này cũng phù hợp với lý thuyết ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 tăng chủ yếu TG máu.

Ngoài ra nồng độ cholesterol nhóm tăng glucose máu đều cao hơn nhóm có glucose máu bình thường, đây cũng là dấu báo động xơ vữa động mạch trên đối tượng nghiên cứu này.

3.4.1. TG ở bệnh nhân THA có tiền ĐTD

| Glucose (mmol/l) | < 5,55 | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|--|--------|-------|------------|-------|-----|------|
| | N | % | n | % | n | % |
| Triglycerides ≥ 1,7 mmol/l (n=387) | 254 | 65,63 | 100 | 25,83 | 33 | 8,52 |
| < 1,7mmol/l (n=202) | 149 | 73,76 | 43 | 21,28 | 10 | 4,95 |
| Chung | 403 | | 143 | | 43 | |

Tỷ lệ nồng độ TG nguy cơ có khuynh hướng tăng ở nhóm TĐTD và ĐTD. Hoàng Trung Vinh ghi nhận trên 131 bệnh nhân THA có kèm ĐTD và tăng TG máu là 35,19% và nhóm RLDNG kèm tăng TG là 22,22%. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của chúng tôi.

3.4.2. HDL.C ở nam bệnh nhân THA có tiền ĐTD

| Glucose(mmol/l) | < 5,55 | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|------------------------------|--------|-------|------------|-------|-----|------|
| | N | % | N | % | n | % |
| HDL ≥1,03 mmol/l N=175 | 126 | 72,00 | 42 | 24,00 | 7 | 4,00 |
| <1,03 mmol/l N=33 | 29 | 87,87 | 4 | 12,12 | 0 | 0 |
| Chung N=208 | 155 | | 46 | | 7 | |

Tỷ lệ nhóm bệnh nhân THA kèm giảm HDL.C ở nhóm nam là 12,12% trong khi đó nhóm bệnh nhân nam tăng HDL.C ở tiền ĐTD là 24% và nhóm ĐTD là 4%.

3.4.3. HDL.C ở nữ bệnh nhân THA có tiền ĐTD

| Glucose(mmol/l) | < 5,55 | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|-------------------------------|--------|-------|------------|-------|-----|------|
| | N | % | N | % | n | % |
| HDL ≥ 1,30 mmol/l N=244 | 162 | 66,39 | 59 | 24,18 | 23 | 9,42 |
| < 1,30 mmol/l N=137 | 86 | 62,77 | 38 | 27,73 | 13 | 9,48 |
| Chung N=381 | 248 | | 97 | | 36 | |

Tỷ lệ nhóm bệnh nhân THA kèm giảm HDL.C ở nhóm nữ RLDNG là 27,73% và ĐTD là 9,48%. Trong khi nhóm nữ tăng HDL.C ở tiền ĐTD là 24,18% và nhóm ĐTD là 9,42%.

3.4.4. HDL ở nam và nữ bệnh nhân THA có tiền ĐTĐ.

| HDL | Glucose(mmol/l) | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|-----------------------|-----------------|-------|------------|-------|-----|------|
| | N | % | N | % | n | % |
| HDL Bệnh lý N=170 | 115 | 67,64 | 42 | 24,70 | 13 | 7,64 |
| HDL bình thường N=419 | 288 | 68,73 | 101 | 24,10 | 30 | 7,15 |
| Chung | 403 | | 143 | | 43 | |

Nhóm bệnh nhân THA kèm giảm HDL.C có tỷ lệ tiền ĐTĐ là 24,7% và ĐTĐ là 7,64%. Trong khi nhóm tăng HDL.C ở tiền ĐTĐ là 24,10% và nhóm ĐTĐ là 7,15%.

Phạm Trung Vinh ghi nhận bệnh nhân THA có RLDNG kèm giảm HDL là 20,37% và nhóm ĐTĐ có kèm giảm HDL.C là 25,93%.

Như vậy vai trò HDL.C với tăng đường máu trong ĐTĐ chưa thấy có mối liên quan chặt chẽ như y văn.

3.4.5. Cholesterol ở bệnh nhân THA có tiền ĐTĐ

| Cholesterol | Glucose(mmol/l) | | 5,55 – 6,9 | | ≥ 7 | |
|-----------------------|-----------------|-------|------------|-------|-----|------|
| | N | % | N | % | n | % |
| ≥ 5,2 mmol/l N=383 | 252 | 65,79 | 98 | 25,58 | 33 | 8,61 |
| < 5,2 mmol/l N=206 | 151 | 73,30 | 45 | 21,84 | 10 | 4,85 |
| | 403 | | 143 | | 43 | |

Nhóm bệnh nhân THA kèm tăng TC có tỷ lệ tiền ĐTĐ là 25,58% và ĐTĐ là 8,61%. Trong khi nhóm giảm TC ở tiền ĐTĐ là 21,84% và nhóm ĐTĐ là 4,85%. Nhìn chung trên đối tượng THA có sự liên quan rõ giữa tăng glucose máu nồng độ TC, TG và LDL.C. Đây là vấn đề cần quan tâm vì cùng lúc 3 yếu tố nguy cơ rối loạn lipid, tăng glucose và THA nếu không kiểm soát tốt tỷ lệ tai biến tim mạch sẽ gia tăng trên đối tượng này.

3.4.6. Bất thường ECG ở bệnh nhân THA có tiền ĐTĐ

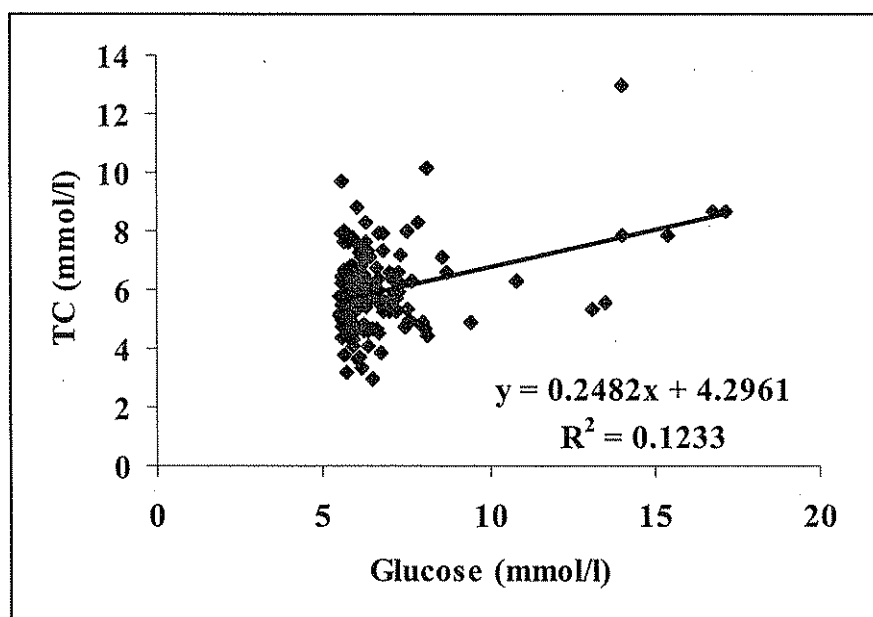
| ECG | Bệnh lý | Không bệnh lý | Tổng cộng |
|-----------------|--------------|---------------|-----------|
| < 5,56 mmol/l | 120 (29,79%) | 283 | 403 |
| 5,56-6,9 mmol/l | 45(31,46%) | 98 | 143 |
| ≥ 7 mmol/l | 10(23,25%) | 33 | 43 |
| Tổng cộng | 175 (29,71%) | 414 (60,29%) | 589 |

Nguyễn Hải Thủy và cộng sự (2000-2002) khảo sát trên 490 bệnh nhân ĐTĐ bằng điện tim ghi nhận tỷ lệ thiếu máu cơ tim 14,28%. Nguyễn Hải Thủy và cộng sự (2003-2004) nghiên cứu biến chứng Thiếu máu cơ tim trên bệnh nhân ĐTĐ có THA tâm thu khảo sát qua điện tim 36,63%. Nguyễn Tá Đông và cộng sự khảo sát Holter điện tim 24 giờ ở 113 bệnh nhân ĐTĐ type 2 ghi nhận tỷ lệ thiếu máu cơ tim là 38,8% so với nhóm chứng 18%.

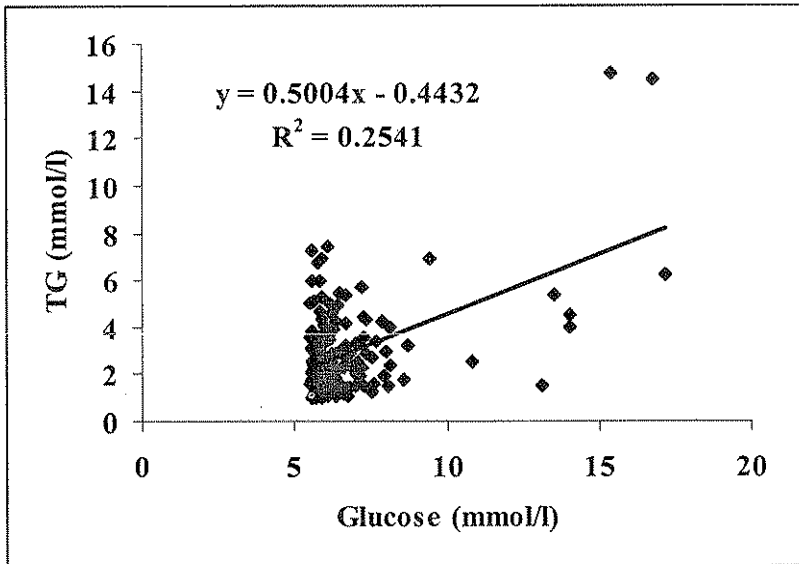
Thăm dò biến chứng tim trong cộng đồng ở đây chúng tôi dựa chủ yếu vào điện tim đánh giá dày thất trái và thiếu máu cơ tim do đó không đánh giá đúng mức biến chứng tim mạch trên đối tượng này, ghi nhận tỷ lệ biến chứng tim (phi đại thất trái và thiếu máu cơ tim) 175/589 (29,71%). Nếu đối chiếu với các nghiên cứu trên tỷ lệ này cũng phù hợp.

3.4.7. Tương quan nồng độ glucose với các tham số khác

| Tham số | Glucose (mmol/l) | | |
|-------------|------------------|------------|---------|
| | < 5,55 | 5,55 – 6,9 | ≥ 7 |
| Tuổi | 0,0551 | 0,0257 | -0,1175 |
| VE | 0,0715 | -0,0041 | 0,2912 |
| HATT | 0,0678 | 0,0752 | -0,0340 |
| HATTr | 0,0283 | 0,0343 | 0,0468 |
| Cholesterol | 0,1171 | 0,3511 | 0,4350 |
| TG | 0,1484 | 0,504 | 0,5369 |
| LDL | 0,0524 | 0,0794 | 0,2330 |
| HDL nam | 0,1376 | -0,2234 | -0,3874 |
| HDL nữ | 0,0665 | 0,0157 | -0,1418 |



Biểu đồ 1: Tương quan giữa nồng độ glucose và TC ở nhóm bệnh nhân THA kèm tiền ĐTD ($r = 0,3511$, $n = 153$, $p < 0,01$)



Biểu đồ 2: Tương quan giữa nồng độ glucose và TG ở nhóm bệnh nhân THA kèm tiền ĐTD ($r=0,504$, $n=153$, $p<0,001$).

Nhìn vào các tham số tương quan trên chúng tôi ghi nhận có sự tương quan giữa nồng độ glucose (nhóm tiền ĐTD và ĐTD) với các yếu tố nguy cơ sau:

- Nhóm tiền ĐTD nồng độ glucose tương quan nghịch với nồng độ HDL.C ở nam bệnh nhân với $r = -0,2234$ ($p < 0,01$)

- Nhóm ĐTD nồng độ glucose tương quan với vòng eo với $r = 0,2912$ ($p < 0,01$), cholesterol toàn phần với $r = 0,4350$ ($p < 0,001$), triglyceride với $r = 0,5369$ ($p < 0,01$), HDL.C với $r = -0,3874$ ($p < 0,001$) và LDL.C với $r = 0,2330$ ($p < 0,01$).

Điều này cũng phù hợp với lý thuyết nhất là Triglycerides một yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa mà tăng huyết áp và tăng glucose máu là hai tiêu chí của hội chứng mà trong đối tượng nghiên cứu này đã mắc phải. Tỷ lệ bệnh mạch vành qua điện tim cũng nêu lên nguy cơ kinh điển của hội chứng này là một thách thức mới cho thầy thuốc nội tiết và tim mạch tại Trà Vinh trong thời gian đến.

4. KẾT LUẬN

Khảo sát glucose máu và điện tim ở 589 bệnh nhân THA từ 40 tuổi trở lên chúng tôi ghi nhận:

- Tỷ lệ tiền ĐTD là 24,27% trong đó độ tuổi dưới 60 là 22,47%, trên 60 tuổi là 25,77%, nam bệnh nhân là 22,12% và nữ là 25,46%.

- Vòng eo nhóm tiền ĐTD là $78,85 \pm 10,36$ cm lớn hơn so với nhóm glucose máu bình thường là $76,18 \pm 9,82$ cm. Ngoài ra huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giữa các nhóm khác biệt không đáng kể. Nam bệnh nhân tiền ĐTD có vòng eo nguy cơ là 29,62% và nữ là 29,41%.

- Nhóm tiền ĐTD đều có nồng độ TC, TG và LDL cao đáng kể so với nhóm có nồng độ glucose bình thường. Tỷ lệ tiền ĐTD nhóm nồng độ TG nguy cơ 21,28%, 24,7% nhóm giảm HDL.C trong đó nam là 12,12% và nữ là 27,73%. Nhóm tăng TC có tỷ lệ tiền ĐTD là 25,58%

- Tỷ lệ phì đại thất trái và thiếu máu cơ tim là 29,71%.

- Nhóm tiền ĐTĐ có nồng độ glucose tương quan nghịch với nồng độ HDL.C ở nam bệnh nhân với $r = -0,2234$ ($p < 0,01$) trong khi đó nhóm ĐTĐ nồng độ glucose tương quan với vòng eo với $r = 0,2912$ ($p < 0,01$), cholesterol toàn phần với $r = 0,4350$ ($p < 0,001$), triglyceride với $r = 0,5369$ ($p < 0,001$), HDL.C với $r = -0,3874$ ($p < 0,001$) và LDL.C với $r = 0,2330$ ($p < 0,01$).

- Tiền ĐTĐ chiếm tỷ lệ cao và hiện là một nguy cơ tim mạch mới cho bệnh nhân THA tại Tỉnh Trà Vinh trong đó cần chú ý tăng TG máu trên đối tượng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quách Hữu Trung và cộng sự** (2005). “Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp”. Tạp chí Y học Thực Hành, số (507-508).2005. Trang: 427 – 431.
2. **Tạ Văn bình và cộng sự** (2005). “Nghiên cứu dịch tễ bệnh đái tháo đường và giảm dung nạp glucose ở khu vực Hà Nội”. Tạp chí Y học Thực Hành, số (507-508).2005. Trang : 565-571.
3. **Nguyễn Hải Thủy và cộng sự** (2005). “Biến chứng tim ở bệnh nhân ĐTĐ có tăng huyết áp tâm thu”. Tạp chí Y học Thực Hành, số (507-508).2005. Trang: 819-828.
4. **Nguyễn Tá Đông và cộng sự** (2007) . “Nghiên cứu sự liên giữa thiếu máu cơ tim, rối loạn nhịp tim và giảm biến thiên nhịp tim ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 qua Holter điện tim 24 giờ”. Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam, số 47. Trang 20-30.
5. **Phạm Thị Kim Lan và cộng sự** (2005). “Liên quan giữa ĐTĐ và tăng huyết áp”. Tạp chí Y học Thực Hành, số (507-508).2005. Trang 885-889.
6. **Paul Zimmet, George Alberti, Jonathan Shaw** (2005). “A new IDF worldwide definition of metabolic syndrome: the rationale and the results”. Diabetes Voice. September 2005. Volume. Issue 3.
7. **David M.K** (2005). “Clinical management of metabolic syndrome”. 65th scientific sessions of American Diabetes Association. 2005 Medscape.
8. **Umesh Mashaarani, John H Karan, Micheal S German** (2004). “Pancreatic hormones and Diabetes Mellitus”. Basic and Clinical Endocrinology. Francis S Greenspan. Seventh edition , pages :658-745.