

định máy nội soi có đường kính ngoài nhỏ 5,5mm và kênh can thiệp 2 mm. Tuy nhiên, máy nội soi có đường kính can thiệp nhỏ thì khả năng hút dịch máu và cục máu đông rất yếu dễ tắc, đặc biệt khi chảy máu tiêu hóa và hơn nữa không có khả năng thực hiện một số kĩ thuật cầm máu ổ loét hiệu quả như kẹp clip. Vì vậy, hai trường hợp này trẻ nhỏ tuổi này có cân nặng rất thấp nhưng để khắc phục các khó khăn trên, chúng tôi vẫn quyết định sử dụng máy nội soi dạ dày dành cho người lớn của Olympus với mã hiệu GIF Q150 có đường kính lớn là 9,2mm và kênh can thiệp 2,8mm. Sử dụng máy nội soi có kích thước lớn cũng có nguy cơ gây tăng áp lực ổ bụng ảnh hưởng đến hô hấp và vết mổ nên cần có sự theo dõi rất sát của nhóm gây mê.

Tổn thương gây xuất huyết tiêu hóa có kích thước rất nhỏ và nông nên dễ bị bỏ sót đặc biệt ở đường tiêu hóa dưới vì vậy việc phân tích rõ màu sắc của máu trong lòng ruột sẽ góp phần vào định khu tổn thương gây chảy máu. Mặt khác phải giải phóng hoàn toàn các cục máu đông và bơm rửa sạch lòng ống tiêu hóa thì mới có khả năng quan sát toàn bộ niêm mạc để phát hiện tổn thương đặc biệt là các tổn thương có kích thước nhỏ. Hơn nữa, cục máu có thể đông ở bề mặt chúng ta nghĩ rằng tổn thương đã tạo cục máu đông và tự cầm máu nhưng thực tế không phải như vậy, máu vẫn có thể rỉ ra liên tục ở đáy của tổn thương. Do lượng máu đông của hai bệnh nhân rất nhiều, nên chủ yếu thời gian nội soi là dành để phá cục máu đông và hút sạch máu trong ống tiêu hóa. Trong khi đó, thời gian chuẩn bị và kẹp clip để cầm máu sau khi phát hiện ra tổn thương chỉ mất vài phút. Nhờ có dụng cụ hút tăng cường của US Endoscopy, chúng tôi đã rút ngắn được thời gian nội soi cho bệnh nhân. Kinh nghiệm tại khoa nội soi của chúng tôi cho thấy, việc sử dụng dụng cụ hút cục máu đông kết hợp máy nội soi kích có kênh can thiệp  $\geq 2,8\text{mm}$ , lọng kết hợp kẹp clip cầm máu đạt hiệu quả tốt và an toàn với trẻ nhỏ sau phẫu thuật tim.

Các nguyên nhân gây chảy máu tiêu hóa sau phẫu thuật có thể gặp bao gồm viêm thực quản, loét

tá tràng, trợt dạ dày, viêm đại tràng. Bên cạnh chảy máu tiêu hóa, các biến chứng tiêu hóa khác bao gồm viêm tụy, liệt ruột, suy và hoạt tử gan [1]. Tuy nhiên, tại Bệnh viện Nhi Trung ương chúng tôi chưa nghiên cứu về vấn đề này.

Việc tối quan trọng là chẩn đoán sớm nguyên nhân và có hướng xử trí đúng, kịp thời có thể làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do xuất huyết tiêu hóa nói riêng và biến chứng sau phẫu thuật tim hở nói chung.

#### KẾT LUẬN

Một trong các tổn thương gây xuất huyết tiêu hóa nặng sau phẫu thuật tim hở là trợt nông có kích thước nhỏ  $< 4\text{mm}$ , bờ tròn không đều và đơn độc ở đường tiêu hóa trên hoặc dưới. Nội soi tiêu hóa can thiệp bằng kẹp clip là một phương pháp an toàn và hiệu quả trị trong chẩn đoán và điều trị, cần được chỉ định sớm để hạn chế biến chứng thiếu máu nặng thậm chí sốc mất máu có nguy cơ tử vong.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Karangelis D, Oikonomou K, Koufakis T et al (2011). "Gastrointestinal Complications Following Heart Surgery: An Updated Review", European journal of cardiovascular medicine, 1 (3), 34-37.
2. Rodriguez R, Robich MP, Plate JF et al (2010). "Gastrointestinal complications following cardiac surgery: a comprehensive review J", Card Surg, 25(2), 188-97.
3. Hashemzadeh K, Hashemzadeh S (2012), "Predictors and outcome of gastrointestinal complications after cardiac surgery", Minerva Chir, 67(4), 327-35.
4. Joseph WG and Andrew GM (1960), "Gastrointestinal bleeding after cardiovascular operations in children", Elsevier Inc, 47 (4); Pages 685-690.
5. Zacharias A, Schwann AT, Parenteau GL et al, 2000 "Predictors of Gastrointestinal Complications in Cardiac Surgery", Tex Heart Inst J, 27(2): 93-99.
6. Mirzaei M, Mirzaei S, Sepahvand E et al (2016), "Evaluation of Complications of Heart Surgery in Children With Congenital Heart Disease at Dena Hospital of Shiraz", Glob J Health Sci, 8(5): 33-38.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

NGUYỄN VĂN ĐOÀN, NGUYỄN THỊ ĐIỆP  
Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân (BN) lupus ban đỏ (SLE) có đái tháo đường (ĐTĐ). 2) Khảo sát một số yếu tố liên quan ở BN SLE có ĐTĐ. Đối tượng: 115 BN được chẩn đoán SLE theo tiêu chuẩn SLICC 2012: 36 BN có ĐTĐ và 79 BN không ĐTĐ, điều trị nội trú tại Trung tâm Dự ứng-MDLS BV Bạch Mai, từ 10/2015 - 8/2016. Phương

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Đoàn  
Email: mr.doan1956@yahoo.com.vn  
Ngày nhận: 24/5/2017  
Ngày phản biện: 16/6/2017  
Ngày duyệt bài: 29/6/2017  
Ngày xuất bản: 20/7/2017

pháp: Mô tả cắt ngang. Kết quả: Triệu chứng ĐTĐ: gầy sút cân 50%, khát nhiều 25%, uống nhiều 16,7%, ăn nhiều 11,1%, mệt mỏi 83,3%... THA ở BN SLE có ĐTĐ là 50%; Glucose máu và HbA1C TB nhóm SLE có ĐTĐ cao hơn nhiều nhóm SLE không có ĐTĐ; C3, C4 nhóm SLE có ĐTĐ cao hơn nhóm SLE không có ĐTĐ; Protein niệu TB nhóm SLE có ĐTĐ thấp hơn nhóm SLE không có ĐTĐ; Nhóm SLE có ĐTĐ ở Thành thị cao hơn ở Nông thôn, Miền núi 2,69 lần, Nhóm SLE có ĐTĐ có tiền sử gia đình ĐTĐ cao hơn SLE không ĐTĐ 9,3 lần. Tiền sử đẻ con > 4kg nhóm SLE có ĐTĐ cao hơn nhóm SLE không có ĐTĐ 3,57 lần, THA nhóm SLE có ĐTĐ cao hơn nhóm SLE không ĐTĐ 3,94 lần. Kết luận: Lâm sàng và XN của bệnh ĐTĐ khá điển hình ở BN SLE; BN SLE có ĐTĐ ở Thành phố, có tiền sử gia đình ĐTĐ, có con sinh > 4 kg và THA gặp nhiều hơn nhóm SLE không có ĐTĐ.

**Từ khóa:** Đái tháo đường (ĐTĐ), SLE.

#### SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL, SUBCLINICAL AND RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS AND DIABETES MELLITUS

Objectives: 1) Describe the clinical, subclinical characteristics of SLE patients with diabetes. 2) Investigation of some related factors in SLE patients with diabetes. Subjects: 115 inpatients were diagnosed with SLICC 2012 SLS: 36 SLE patients with diabetes and 79 SLE non-diabetes at Center of Allergy-Clin.Immun. of Bach Mai hospital from 10/2015-8/2016. Method: Description of cross sectional descriptive study. Results: Diabetes symptoms: 50% weight loss, 25% thirst, 16.7% more drinking, 11.1% more eating, 83.3% fatigue... Hypertension in SLE patients with diabetes mellitus 50%; Glucose and HbA1C averages for SLE diabetes are higher than for non-diabetic SLE; C3, C4 are higher in SLE group with diabetes than in non-diabetic SLE; Proteinuria medium protein in diabetes with SLE has a lower glycemc index than non-diabetic SLE; Diabetic SLE group is 2.69 times more in urban areas than in rural, mountainous, diabetic SLE group had a higher family history of diabetes than non-diabetic SLE 9.3 times, prenatal > 4kg SLE diabetic group was 3.57 times higher than non-diabetic SLE group, diabetic SLE hypertension was 3.94 times higher in diabetic SLE than non-diabetic SLE group. Conclusion: Clinical and laboratory tests of diabetes are quite typical in SLE patients; SLE patients with diabetes had a family history of diabetes with a birth > 4 kg and hypertension was more common than non-diabetic SLE.

**Keywords:** Diabetes, SLE.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là bệnh tạo keo, có cơ chế tự miễn, nguyên nhân chưa rõ, bệnh đặc trưng bằng sự sản xuất các tự kháng thể chống lại nhiều thành phần của nhân tế bào. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, tổn thương nhiều cơ quan với những

đợt tiến triển nặng xen kẽ những đợt lui bệnh. Bệnh chủ yếu gặp ở nữ và nhiều nhất ở độ tuổi sinh đẻ. SLE có những yếu tố thuận lợi và nguyên nhân dẫn đến bệnh đái tháo đường (ĐTĐ): bệnh lupus ban đỏ gây ra các rối loạn chuyển hóa trong cơ thể, quá trình tiến triển bệnh gây tổn thương tất cả các cơ quan trong cơ thể từ da, niêm mạc, xương khớp, hệ máu đến các cơ quan nội tạng như: thần kinh, tim, phổi gan, thận, tụy... Quá trình điều trị bệnh lupus phải sử dụng corticoid rộng rãi kéo dài hoặc phối hợp các thuốc chống sốt rét, thuốc gây độc tế bào...những thuốc này cũng là những yếu tố thuận lợi gây ra bệnh ĐTĐ [2]. Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu (NC) SLE của nhiều chuyên ngành, nhưng chưa có NC nào đi sâu và đánh giá về tình trạng bệnh nhân SLE có mắc bệnh ĐTĐ. Đề góp phần nghiên cứu vấn đề này, đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có đái tháo đường" nhằm hai mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có đái tháo đường.

- Khảo sát một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống có đái tháo đường.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** 115 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán SLE theo tiêu chuẩn SLICC 2012: khi có  $\geq 4$  tiêu chuẩn (có ít nhất 1 tiêu chuẩn lâm sàng và 1 tiêu chuẩn cận lâm sàng) hoặc bệnh thận lupus được chứng minh trên sinh thiết kèm với ANA hoặc anti-DNA.

**2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Dị ứng- MDLS Bệnh viện Bạch Mai.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2015 đến 8/2016.

#### 3. Phương pháp nghiên cứu

**3.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Cỡ mẫu thuận tiện (BN đủ tiêu chuẩn NC được lựa chọn theo trình tự thời gian không phân biệt tuổi tác, mức độ nặng nhẹ, giai đoạn của bệnh).

**3.3. Phương pháp xác định các chỉ số nghiên cứu:** Các bước tiến hành NC theo một mẫu bệnh án thống nhất:

- Hỏi bệnh trực tiếp để thu nhận các thông tin.

- Khám lâm sàng.

- Cận lâm sàng: Tiến hành làm các xét nghiệm.

**4. Xử lý số liệu, phân tích số liệu:** Số liệu NC được xử lý phần mềm thống kê y học SPSS16.0 để tính: trung bình, phương sai, độ lệch chuẩn, khi so sánh test "X<sup>2</sup>".

**5. Đạo đức trong nghiên cứu:** NC khi được sự đồng ý hợp tác của BN, là NC mô tả do đó không ảnh hưởng đến tiến độ điều trị. NC được tiến hành tại Trung tâm Dị ứng - MDLS với sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm và Bệnh viện. Chúng tôi cam kết tiến hành NC trung thực, giữ bí mật thông tin về BN.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

#### 1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

- 115 BN SLE chia làm hai nhóm: Nhóm có ĐTD là 36 BN và nhóm không ĐTD là 79 BN. Tuổi mắc bệnh chủ yếu là 20- 39: 41,7%, dưới 20 tuổi: 7%; 40- 50 tuổi: 18,3%; 50- 60 tuổi: 19,1%, trên 60 tuổi: 13,9%.

- Tuổi trung bình (TB) của đối tượng NC là: 40,86 ± 15,47 năm, tuổi TB của nhóm có ĐTD là 52,53 ± 11,378 năm, tuổi TB của nhóm không ĐTD: 35,54 ± 14,166 năm, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

- Theo giới: Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ: 91,3%; nam: 8,7%.

- Tỷ lệ mắc bệnh của nữ/nam: 105/10.

- Phân bố về giới nhóm giữa lupus có ĐTD và Lupus không ĐTD khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### 1.2. Phân bố số năm mắc bệnh

- BN mắc bệnh < 1 năm: 19,1%, < 5 năm: 39,1%, > 5 năm: 27% và > 10 năm là 14,8%.

- Số năm mắc bệnh TB của BN là 5,4 ± 5,1 năm.

- Số năm mắc bệnh TB nhóm có ĐTD và không ĐTD khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### 1.3. Điểm đánh giá SLEDAI (đánh giá mức độ hoạt động của SLE) giữa 2 nhóm NC

- Theo chỉ số SLEDAI, thì nhóm BN nhẹ: 18,3%, BN mức độ TB: 60,9%; BN nặng: 24,0%.

- Chỉ số SLEDAI TB của ĐTD: 9,8 ± 4,41, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### 1.4. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân SLE

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp của BN SLE là viêm khớp: 64,3%, ban cánh bướm: 57,4%, loét miệng: 20,9%, sốt: 35,7%... rối loạn tâm thần kinh (0,9%), ban dạng đĩa (0,9%)

- Triệu chứng cận lâm sàng thường gặp BN SLE: ANA (+): 84,3%, Anti ds DNA (+): 60%, hồng cầu niệu: 55,7%...trụ niệu: 18,3%, BC <4G/l: 14,8%, TC<100G/l: 11,3%.

### 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm BN có ĐTD

#### 2.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm SLE có ĐTD

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng của BN SLE có ĐTD

STT	Triệu chứng	SLE có ĐTD	SLE không có ĐTD	P
1	Uống nhiều	6 (16,7%)	0 (0%)	<0,001
2	Khát nhiều	9 (25%)	0 (0%)	<0,001
3	Ăn nhiều	4 (11,1%)	0 (0%)	<0,05
4	Gầy sút cân	18 (50%)	32 (40,5%)	>0,05
5	Mệt mỏi	30 (83,3%)	63 (79,7%)	>0,05
6	Nhìn mờ	12 (33,3%)	3 (3,8%)	<0,001
7	Dị cảm	13 (36,1%)	3 (3,8%)	<0,001
8	Tăng huyết áp	18 (50%)	16 (20,3%)	<0,001

#### 2.2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm SLE có ĐTD

Bảng 2. Bảng các chỉ số lâm sàng của SLE có ĐTD

CLS	SLE có ĐTD	SLE không có ĐTD	P
Glucose	9,17 ± 4,658	5,51 ± 1,20	<0,05
HbA1C	7,85 ± 1,75	5,1025 ± 0,609	<0,05
Ure	6,944 ± 5,092	8,368 ± 7,136	>0,05
Creatinin	79,33 ± 4,523	103,82 ± 98,654	>0,05
Cholesterol TP	5,544 ± 0,99	5,98 ± 2,77	>0,05
HDL cho	1,122 ± 0,583	1,3658 ± 0,687	>0,05
LDL cho	3,1022 ± 1,041	3,3714 ± 1,72	>0,05
Triglycerid	3,1094 ± 1,399	3,0363 ± 1,6367	>0,05
C3	0,9719 ± 0,27325	0,6437 ± 0,2941	<0,05
C4	0,2156 ± 0,1161	0,1196 ± 0,1085	<0,05
Thiếu máu huyết tán	13 (36,%)	42 (53,2%)	>0,05
BC<4G/l	2,11 ± 1,484	3,026 ± 1,4	>0,05
TC<100G/l	64,825 ± 24,683	55,889 ± 28,946	>0,05
RLCN Thận			
Protein niệu>0,5	1,6671 ± 1,91	5,125 ± 6,5729	<0,05
HC niệu	18 (50%)	46 (58,2%)	>0,05
BC niệu	11 (30,6%)	29 (36,7%)	>0,05
Trụ niệu	9 (25%)	12 (15,2%)	>0,05
ANA (+)	25 (69,4%)	72 (91,1%)	<0,05
DsDNA (+)	13 (36,1%)	56 (70,9%)	<0,05

### 3. Một số yếu tố liên quan đến lupus có ĐTD

#### 3.1. Nghề nghiệp và tầng lớp lao động

- Đối tượng NC chung: SLE nhóm Lao động chân tay: 47%, Viên chức: 24,3%, Buôn bán, Nội trợ: 17,4%, Hưu trí: 11,3%.

- Nhóm đối tượng SLE có ĐTD: Hưu trí và Viên chức là 55,6%, Lao động chân tay: 47%.

- Sự khác biệt giữa hai nhóm có ĐTD và không có ĐTD có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

#### 3.2. Phân bố địa lý

- BN ở vùng Nông thôn tỉ lệ cao nhất: 55,7%, Thành thị: 41,7%, ít nhất ở miền Núi: 2,6%.

- Đối với BN SLE ở Thành thị có ĐTD cao gấp 2,7 lần so với Nông thôn và Miền núi, độ tin cậy CI (1,2- 6,058) có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

#### 3.3. Tiền sử gia đình có người bệnh ĐTD, tiền sử đẻ con > 4kg

- BN SLE có tiền sử gia đình ĐTD có tỉ lệ mắc ĐTD cao gấp 9,29 lần so với BN SLE không có tiền sử gia đình ĐTD.

- BN có tiền sử đẻ con > 4kg nhóm SLE có ĐTD: 15,2%, cao gấp 3,571 lần so với BN nữ SLE không có tiền sử ĐTD.

#### 3.4. BMI (chỉ số khối cơ thể) của nhóm SLE có ĐTD

- Đối tượng NC chung: BN có BMI 18,5-23: 51,3%; BMI < 18,5: 32,2%, BMI >23: 16,5%.

- BMI giữa nhóm SLE có ĐTD và không ĐTD khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

- Chỉ số BMI ở BN SLE có ĐTD cao hơn nhóm SLE không ĐTD là 0,334 lần.

#### 3.5. Tăng huyết áp

- Huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, huyết áp TB của nhóm SLE có ĐTD cao hơn có ý nghĩa thống

kê với nhóm SLE không ĐTD ( $p < 0,05$ ).

- BN SLE có THA mắc ĐTD cao gấp 3,93 lần so với SLE không THA với độ tin cậy 1,678-9,242 có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

### 3.6. Mối liên quan sử dụng một số thuốc

Bảng 3. Mối liên quan giữa sử dụng một số loại thuốc với SLE có ĐTD

Thuốc	SLE	SLE có ĐTD	SLE không có ĐTD	P
Cyclophosphamid	5 (4,35%)	1 (2,8%)	4 (51%)	>0,05
Azathioprine	6 (5,21%)	3 (8,4%)	3 (3,8%)	>0,05
Hydroxychloroquin	69 (60%)	16 (44,8%)	53 (67,1%)	<0,05
Mycophenolate	3 (2,6%)	3 (8,3%)	0 (0%)	<0,05
Methylprednisolon	98 (85,22%)	34 (94,2%)	64 (81%)	>0,05

Nhận xét: Về việc sử dụng các thuốc Kháng sốt rét tổng hợp và thuốc Mycophenolate giữa 2 nhóm SLE có ĐTD và SLE không ĐTD khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ), các thuốc khác sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

### BÀN LUẬN

#### 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN bệnh nhân SLE có ĐTD

Đặc điểm lâm sàng:

- NC của chúng tôi cho thấy BN SLE có ĐTD có các triệu chứng kinh điển bệnh ĐTD: ăn nhiều (11,1%), uống nhiều (16,7%), khát nhiều (25%), gầy sút cân (50%), kết quả này thấp hơn một số tác giả trong nước, có thể BN trong NC này đều được chẩn đoán ĐTD và dùng thuốc từ trước, mặt khác ở BN SLE các triệu chứng này như mờ nhạt hơn so với bệnh ĐTD thuần túy.

- Giữa SLE có ĐTD và SLE không có ĐTD thì triệu chứng gầy sút khác biệt không nhiều, điều này cho thấy BN SLE gầy sút là triệu chứng thường gặp.

- THA ở BN SLE có ĐTD là 50%, kết quả này tương tự các tác giả trong nước: Đào Thị Dừa: 50%, Trương Văn Sáu: 38,3% và Tạ Văn Bình: 27,6%.

#### 2. Triệu chứng cận lâm sàng

- Glucose máu TB ở nhóm SLE có ĐTD:  $9,17 \pm 4,7$  cao hơn nhóm SLE không ĐTD:  $5,51 \pm 1,2$  ( $p < 0,001$ ). Chỉ số glucose máu TB của các nhóm tuổi đều cao nhưng nhóm tuổi < 40 cao nhất. Kết quả NC này phù hợp với NC hợp tác giữa BV Nội tiết Hà Nội, BV Quốc gia Kyoto - Nhật Bản. NC của chúng tôi ở bệnh SLE phải dùng corticoid thường xuyên cũng ảnh hưởng nhiều đến việc kiểm soát chỉ số glucose máu [1].

- ĐTD thường đi kèm với rối loạn lipid, lipoprotein máu cũng như chất lượng lipoprotein, đây cũng là yếu tố chính gây xơ vữa động mạch. NC của chúng tôi có 31/36 (86,11%); BN rối loạn cholesterol máu toàn phần: 63,9%, tăng triglycerid: 61,1%, tăng LDL: 38,9% và giảm HDL: 27,7%, các rối loạn này cao hơn các NC trong và ngoài nước, có lẽ ngoài nguyên nhân do ĐTD còn do những nguyên nhân khác: corticoid, estrogen... cần nghiên cứu tiếp.

#### 3. Một số yếu tố liên quan đến SLE có ĐTD

##### 3.1. Nghề nghiệp

Trong nhóm SLE có ĐTD: Hưu trí và Viên chức: 55,6% cao hơn nhóm Lao động chân tay: 47%, điều này hợp lý vì nhóm Hưu trí, Viên chức có lẽ ít hoạt động thể lực đây chính là yếu tố nguy cơ xuất hiện tiền ĐTD và ĐTD. Do vậy, dù đối tượng nào cũng nên hoạt động thể lực hợp lý, sự phối hợp hoạt động thể lực và điều chỉnh chế độ ăn sẽ giúp làm giảm 58% tỉ lệ mắc mới ĐTD [1].

##### 3.2. Phân bố địa lý - Nơi sống

BN sống ở Thành thị trong Nhóm bệnh SLE có ĐTD là 58,3% cao hơn nhóm BN ở vùng Nông thôn và Miền núi (41,7%) có ý nghĩa thống kê và có liên quan tới ĐTD gấp 2,696 lần so với các BN khác (OR=2,696; 95% CI=1,2-6,058), kết quả này phù hợp với một số NC ở Madras - Ấn Độ: ĐTD tăng lên 40% từ 1988 đến 1995, trong đó ĐTD ở đô thị tăng 16% năm 2000 còn ở nông thôn bệnh chỉ tăng 2%, Malaysia: tỉ lệ ĐTD ở thành phố là 6,59%, còn ở nông thôn là 2,63% [3].

##### 3.3. BMI của nhóm SLE có ĐTD

Tỉ lệ BN SLE thể trạng gầy và trung bình rất cao 88,6%, chỉ số BMI > 23: 11,4%. Trong nhóm BN SLE có ĐTD thừa cân, béo phì: 27,8% thấp hơn rất nhiều so với NC của Trần Hữu Dàng (63,7%). Điều này có thể đối tượng NC của chúng tôi là bệnh SLE và thể trạng suy kiệt dần. Tuy nhiên tỉ lệ thừa cân ở nhóm SLE có ĐTD cao hơn nhóm SLE không ĐTD có ý nghĩa thống kê, như vậy khi rối loạn chuyển hóa glucose thì tình trạng thừa cân, béo phì sẽ gia tăng.

##### 3.4. Tăng huyết áp

Tỷ lệ THA trong NC của chúng tôi là 50%, thấp hơn một số NC trong nước: Nguyễn Khoa Diệu Vân: 62,2% [1], Bùi Nguyên Kiểm: 57,9% [1] và nước ngoài: NHANES III (1988-1991): 71%. Điều này có thể là BN SLE có ĐTD có tỉ lệ thừa cân, béo phì thấp so với các đối tượng khác [1]. HA tâm thu, tâm trương TB của nhóm SLE có ĐTD cao hơn SLE không ĐTD có ý nghĩa thống kê và HA là một yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTD ở SLE có ĐTD (OR=3,93, 95%CI 1,678-9,242,  $p < 0,001$ ).

##### 3.5. Mối liên quan giữa việc sử dụng các loại thuốc với ĐTD giữa 2 nhóm ĐTNC

- Theo NC này: tỉ lệ BN dùng mycophenolate là 8,3%, giữa 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự NC của Mojdeh Zabihi Yeganeh, Saeideh Sadeghi, như vậy, dùng Mycophenolate mofetil là yếu tố nguy cơ ĐTD ở BN SLE: gấp 3,394 lần so với nhóm khác, do Mycophenolate có thể làm cản trở sự bài tiết insulin. Tuy nhiên để khẳng định vấn đề này cần phải NC thêm.

- Sử dụng corticoid giữa 2 nhóm NC của chúng tôi khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Liệu corticoid có là yếu tố nguy cơ gây ĐTD hay không? Có một số NC đề cập đến vấn đề này: Mojdeh Zabihi Yeganeh, Saeideh Sadeghi chỉ ra yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTD ở những BN SLE điều trị corticosteroid liều cao 25,9%), của You Jung L, Kwang-Hoon J, Se-jin K: tỉ lệ ĐTD là 12,6%; Panthakalam 8,8%, song phần lớn BN SLE sau ghép thận phải dùng liều pháp corticoid liều

cao kéo dài. Để tìm mối liên quan này cần NC tiếp.

## KẾT LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của SLE có ĐĐT

- Tuổi TB  $52,53 \pm 11,4$  năm cao hơn so với nhóm SLE không có ĐĐT ( $p < 0,001$ ).

- Năm mắc bệnh TB nhóm SLE có ĐĐT là  $7,89 \pm 6,01$  cao hơn SLE không ĐĐT với ( $p < 0,001$ ).

### 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

#### 2.1. Các đặc điểm lâm sàng

- Các triệu chứng ĐĐT gây sút 50%, khát nhiều 25%, uống nhiều 16,7%, ăn nhiều 11,1%, mệt mỏi 83,3%, ngoài ra triệu chứng Nhìn mờ 33,3%, Dị cảm chân tay 36,1%.

- Tỷ lệ THA ở BN SLE có ĐĐT chiếm 50%

#### 2.2. Các đặc điểm cận lâm sàng

- Chỉ số glucose máu và HbA1C TB ở nhóm SLE có ĐĐT cao hơn hẳn nhóm SLE không có ĐĐT ( $p < 0,001$ ).

- Nồng độ C3, C4 ở nhóm SLE có ĐĐT cao hơn nhóm SLE không có ĐĐT ( $p < 0,05$ ).

- Protein niệu TB ở nhóm SLE có ĐĐT thấp hơn nhóm SLE không có ĐĐT ( $p < 0,05$ ).

### 3. Mối liên quan một số yếu tố đến SLE có ĐĐT

- Nhóm BN SLE có ĐĐT ở Thành thị cao hơn ở

Nông thôn và Miền núi 2,69 lần ( $p < 0,05$ ).

- Nhóm SLE có ĐĐT có tiền sử gia đình ĐĐT: 19,2% cao hơn SLE không ĐĐT 9,3 lần ( $p < 0,05$ ).

- Tiền sử đẻ con  $> 4\text{kg}$  ở đối tượng SLE có ĐĐT chiếm 15,2% cao hơn nhóm SLE không có ĐĐT 3,57 lần ( $p < 0,05$ ).

- Tỷ lệ THA nhóm SLE có ĐĐT chiếm 50% cao hơn nhóm SLE không ĐĐT 3,94 lần ( $p < 0,001$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khoa Diệu Vân (2009): "Nghiên cứu tỷ lệ THA và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ĐĐT typ 2 ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai", Y học thực hành, số 673-674, tr 130-136.

2. You Jung L, Kwang-Hoon J, Se-jin K. Prevalence and Risk Factors of Glucocorticoid- Induced Diabetes Mellitus in Patients with Systemic Lupus Erythematosus. Rheumatology/Association of Rheumatology Health Professionals Annual Scientific Meeting. 2010.

3. Panthakalam S, Bhatnagar D, Klimiuk P. The prevalence and management of hyperglycaemia in patients with rheumatoid arthritis on corticosteroid therapy. Scott Med J. 2004; 49(4): 139-41.

## SỰ THAY ĐỔI TUYẾN CÔNG TÁC VÀ LĨNH VỰC CHUYÊN MÔN CỦA BÁC SĨ LIÊN THÔNG TỐT NGHIỆP TỪ 2006-2016

TRẦN ĐỨC THUẬN<sup>1</sup>, TRƯƠNG VIỆT DŨNG<sup>2</sup>, TẠ ĐĂNG HƯNG<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Viện Chiến lược và Chính sách Y tế

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Hà Nội

## TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành với sự tham gia 354 BSLT tốt nghiệp từ năm 2006-2016 đang làm việc tại các cơ sở y tế công lập của 6 tỉnh: Tuyên Quang, Điện Biên, Quảng Bình, Đắk Lắk, Sóc Trăng, Thanh Hóa. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ các BSLT học lên trình độ cao hơn là 20,33%. Các BSLT có xu hướng chuyển công tác từ tuyến dưới lên tuyến trên, có 18,05% BSLT tốt nghiệp từ 2006-2011 và 5,05% BSLT tốt nghiệp từ 2012-2016 chuyển từ xã lên tuyến huyện và tỉnh. Ngoài ra, các BSLT có xu hướng chuyển từ lĩnh vực dự phòng sang lĩnh vực điều trị. Tỷ lệ BSLT tốt nghiệp từ 2006-2011 làm công tác điều trị tăng từ 19,41% (33/170) lên 34,12% (58/170). Đối với các BSLT tốt nghiệp từ 2012-2016 tỷ lệ tăng không đáng kể.

**Từ khóa:** Bác sĩ liên thông, tuyến công tác, lĩnh vực công tác.

Chịu trách nhiệm: Trần Đức Thuận

Email: tdtran06@gmail.com

Ngày nhận: 19/5/2017

Ngày phân biên: 20/6/2017

Ngày duyệt bài: 30/6/2017

Ngày xuất bản: 20/7/2017

## SUMMARY

The study was conducted with the participation of 354 upgraded doctors who graduated during the period of 2006-2016 and are working in state-run health facilities in 6 provinces, namely: Tuyen Quang, Dien Bien, Quang Binh, Dak Lak, Soc Trang, and Thanh Hoa. Research results show that the rate of upgraded doctors who have acquired post graduate degree is 20,33%. The upgraded doctors have tended to shift their work from lower to upper level, with 18.05% of those who graduated from 2006-2011 and 5.05% of those who graduated from 2012-2016 moving from commune to district or provincial levels. In addition, the upgraded doctors tended to move from the field of prevention to the field of treatment. The proportion of upgraded doctors who graduated from 2006-2011 and are working in the field of treatment has increased from 19.41% (33/170) to 34.12% (58/170). For upgraded doctors who graduated from 2012-2016, the proportion is not much increased.

**Keywords:** Upgraded doctor, level of work, field of work.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân lực đóng vai trò quan trọng trong hệ thống y