

BMJ Best Practice

Tổng quan về đái tháo đường

Thông tin lâm sàng chính xác ngay tại nơi cần thiết



Mục Lục

Giới thiệu	3
Các tình trạng	4
Tài liệu tham khảo	7
Tuyên bố miễn trách nhiệm	9

Giới thiệu

Đái tháo là thuật ngữ chung cho các rối loạn đặc trưng bởi tình trạng tiểu nhiều. Thuật ngữ này thường chỉ bệnh đái tháo đường, một hội chứng mạn tính thường gặp của tình trạng bất thường chuyển hóa cacbohydrat, protein và chất béo do thiếu hụt bài tiết insulin và/hoặc tình trạng kháng insulin ở mô đích. Các biến chứng của đái tháo đường bao gồm cả di chứng mạch máu lớn (tim mạch) và vi mạch (bệnh võng mạc, bệnh thận, hoặc bệnh thần kinh).

Đái tháo nhạt (DI) ít gặp hơn nhiều và chỉ các rối loạn bài tiết vasopressin (DI trung ương) hoặc rối loạn hoạt động (DI thận), dẫn đến bất thường về khả năng cô đặc nước tiểu.

Các tình trạng

♦ Đái tháo đường tuýp 2 ở người lớn

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Đái tháo đường tuýp 2 ở người lớn](#)

Rối loạn thường gặp được đặc trưng bởi tình trạng đề kháng insulin và thiếu hụt insulin tương đối. Hầu hết bệnh nhân không có triệu chứng và được chẩn đoán qua sàng lọc (glucose huyết tương khi đói bất thường, HbA1c, và/hoặc xét nghiệm dung nạp glucose).[1] Các yếu tố nguy cơ mạnh bao gồm tuổi già, bệnh tim mạch (bao gồm tăng huyết áp), rối loạn mỡ máu, thừa cân/béo phì, không hoạt động thể chất, trước đây bị đái tháo đường thai kỳ, tiền đái tháo đường, tổ tiên không phải người da trắng, tiền sử gia đình mắc đái tháo đường, hoặc hội chứng buồng trứng đa nang. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ tim mạch (ví dụ: tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu) là các xem xét điều trị quan trọng cùng với kiểm soát đường huyết để phòng ngừa các biến chứng vi mạch.

♦ Đái tháo đường tuýp 1

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Đái tháo đường tuýp 1](#)

Đặc trưng bởi tình trạng thiếu insulin tuyệt đối. Thường biểu hiện triệu chứng cấp tính hoặc tình trạng nhiễm xeton axit ở trẻ em hoặc trẻ vị thành niên. Cần điều trị insulin suốt đời.

♦ Đái tháo đường tuýp 2 ở trẻ em

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Đái tháo đường tuýp 2 ở trẻ em](#)

Béo phì, dẫn đến kháng insulin, là nguyên nhân chính gây ra đái tháo đường tuýp 2 ở trẻ em. Đa số các ca bệnh được chẩn đoán sau khi trẻ được 10 tuổi, nhưng bệnh nhân nguy cơ cao có thể biểu hiện bệnh sớm khi mới 4 tuổi.[2] Thường đi kèm với bệnh gai đen (90% đến 95% bệnh nhân).[3]

♦ Đái tháo đường thai kỳ

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Đái tháo đường thai kỳ](#)

Được định nghĩa là tình trạng không dung nạp glucose ở bất kỳ mức độ nào, khởi phát hoặc được ghi nhận lần đầu trong khi mang thai.[4] Bệnh này thường được ghi nhận ở tuần thai 24 đến 28 dựa trên xét nghiệm dung nạp glucose bất thường. Các yếu tố nguy cơ mạnh bao gồm người mẹ nhiều tuổi (>40 tuổi),[5] béo phì,[5] tăng cân như một thanh niên,[5] hút thuốc,[5] [6] hội chứng buồng trứng đa nang,[7] [8] [9] tổ tiên không phải người da trắng,[5] [6] [10] tiền sử gia đình bị đái tháo đường,[5] chế độ ăn ít chất xơ và tải lượng đường huyết cao,[11] [12] và trước đây bị đái tháo đường thai kỳ.[13] Bệnh nhân thường không biểu hiện triệu chứng (ví dụ: nhiễm trùng đường tiết niệu hay nhiễm nấm Candida âm hộ và âm đạo). Đôi khi có thể khó phân biệt đái tháo đường thai kỳ với đái tháo đường tuýp 2 có trước đó không được chẩn đoán. Đôi khi, đái tháo đường tuýp 1 có thể xuất hiện trong khi mang thai. Liệu pháp dinh dưỡng nội khoa đóng vai trò trọng tâm trong kiểm soát đái tháo đường thai kỳ và đa số phụ nữ chỉ cần điều trị bằng chế độ ăn là đủ.

♦ nhiễm toan Ceton do đái tháo đường (DKA)

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về nhiễm toan Ceton do đái tháo đường \(DKA\)](#)

DKA và tình trạng tăng đường huyết tăng áp lực thẩm thấu máu là các trường hợp cấp cứu cấp tính về chuyển hóa. Để điều trị thành công, cần khắc phục tình trạng thiếu dịch, tăng đường huyết và nhiễm xeton/nhiễm toan, mất cân bằng điện giải, và các biến cố thúc đẩy đồng mắc (ví dụ: nhiễm trùng) cùng với việc theo dõi thường xuyên.

♦ Tình trạng tăng đường huyết tăng áp lực thẩm thấu máu

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Tình trạng tăng đường huyết tăng áp lực thẩm thấu máu](#)

Tăng đường huyết nặng, tăng áp lực thẩm thấu máu, và thiếu dịch khi không có tình trạng nhiễm xeton axit nặng. Thường xảy ra nhất ở bệnh nhân cao tuổi bị đái tháo đường tuýp 2 với tỷ lệ tử vong cao. Việc điều trị bao gồm khắc phục tình trạng thiếu dịch và bất thường chất điện giải, và tiêm insulin tĩnh mạch.

♦ Bệnh tim mạch do đái tháo đường

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Bệnh tim mạch do đái tháo đường](#)

Bệnh động mạch vành và đột quỵ là các biểu hiện thường gặp nhất và là nguyên nhân của hầu hết các ca tử vong ở người bị đái tháo đường. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ tim mạch (ví dụ: tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu) là các vấn đề điều trị lâu dài quan trọng.

♦ Bệnh thận do đái tháo đường

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Bệnh thận do đái tháo đường](#)

Được định nghĩa là tình trạng tăng bài tiết albumin niệu (30-299 mg/24 giờ, trước đây được gọi là albumin niệu vi lượng; và ≥ 300 mg/24 giờ, trước đây được gọi là albumin niệu đại lượng hoặc albumin niệu lâm sàng)[1] đi liền với bệnh võng mạc do đái tháo đường hoặc thời gian mắc đái tháo đường tuýp 1 hơn 10 năm.[14] Triệu chứng có thể không xuất hiện cho đến khi bệnh tiến triển. Việc điều trị bao gồm kiểm soát tích cực tình trạng tăng đường huyết và tăng huyết áp. Giảm lipid, chế độ ăn ít protein, và cai thuốc lá cũng có thể mang lại lợi ích.

♦ Bệnh thần kinh do đái tháo đường

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Bệnh thần kinh do đái tháo đường](#)

Biến chứng mạn tính thường gặp nhất ở đái tháo đường, đặc trưng bởi rối loạn chức năng thần kinh ngoại biên hoặc tự chủ. Bệnh lý thần kinh ngoại biên có thể biểu hiện dưới dạng mất cảm giác, loét không đau ở các điểm chịu lực tỳ đè, hoặc đau, mặc dù nhiều bệnh nhân không biểu hiện triệu chứng. Trước đây việc điều trị tập trung vào kiểm soát tình trạng tăng đường huyết như một phương tiện làm chậm quá trình tiến triển hay trì hoãn khởi phát, nhắm đến các cơ chế sinh bệnh tiềm ẩn và giảm đau; liệu pháp thuốc có thể được sử dụng tùy vào biến thể bệnh thần kinh.

♦ Biến chứng bàn chân do đái tháo đường

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Biến chứng bàn chân do đái tháo đường](#)

Bao gồm loét và nhiễm trùng. Phòng ngừa và/hoặc chữa lành loét bàn chân do đái tháo đường giúp tránh nhiễm trùng và do đó giảm thiểu nguy cơ mất chi.

♦ Bệnh võng mạc do đái tháo đường

» [xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Bệnh võng mạc do đái tháo đường](#)

Hậu quả của rò rỉ và tắc nghẽn vi mạch do đái tháo đường tiến triển mạn tính. Các dấu hiệu đe dọa thị lực bao gồm phù hoàng điểm, thiếu máu cục bộ, hoặc co thắt; xuất huyết dịch kính; hoặc bong võng mạc. Mục tiêu chính của liệu pháp là cải thiện kiểm soát đường huyết, lipid và huyết áp, cũng như đảm bảo ngăn chặn bệnh trước khi mất thị lực xảy ra.

♦ Điều trị đường huyết nội trú

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Điều trị đường huyết nội trú

Là việc xác định và điều trị tăng đường huyết ở bệnh viện cho bệnh nhân bị đái tháo đường có trước đó hoặc tăng đường huyết mới khởi phát. Sự xuất hiện của tăng đường huyết trong quá trình bệnh nội khoa cấp tính hoặc bệnh phẫu thuật có thể không phải là tình trạng sinh lý hay lành tính, mà báo hiệu kết cục lâm sàng xấu và tăng tỷ lệ tử vong. Điều trị hiệu quả chứng tăng đường huyết thường bao gồm phác đồ insulin basal-bolus.

♦ Hội chứng chuyển hóa

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Hội chứng chuyển hóa

Tập hợp các bất thường thường gặp, bao gồm kháng insulin, bất thường dung nạp glucose, béo phì vùng bụng, giảm nồng độ HDL-cholesterol, tăng triglyceride và tăng huyết áp. Tuy nhiên, hội chứng này không được chấp nhận chung là hữu ích hơn về mặt lâm sàng so với đánh giá riêng từng yếu tố nguy cơ tim mạch.[15] [16]

♦ Đái tháo nhạt

» xem bài viết toàn diện của chúng tôi về Đái tháo nhạt

Đặc trưng bởi tình trạng khát nhiều, tiểu nhiều, tăng khát nước và nước tiểu nhược trương. DI trung ương là do bất thường trong tổng hợp hoặc giải phóng arginine vasopressin (AVP). DI thần kinh là do thận không nhạy với AVP. Một trong hai loại có thể liên quan đến tăng natri máu. Mục tiêu điều trị là điều chỉnh tình trạng thiếu nước và mất nước tiểu quá mức liên tục.

Các bài báo chủ yếu

Tài liệu tham khảo

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes - 2017. Diabetes Care. 2017;40(suppl 1):S1-S135. [Toàn văn](#)
2. National Kidney Foundation. KDOQI clinical practice guidelines for diabetes and CKD: 2012 update. Am J Kidney Dis. 2012;60:850-886. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
3. Brickman WJ, Huang J, Silverman BL, et al. Acanthosis nigricans identifies youth at high risk for metabolic abnormalities. J Pediatr. 2010;156:87-92. [Tóm lược](#)
4. Meigs JB, Muller DC, Nathan DM, et al. The natural history of progression from normal glucose tolerance to type 2 diabetes in the Baltimore Longitudinal Study of Aging. Diabetes. 2003;52:1475-1484. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
5. Metzger BE, Buchanan TA, Coustan DR, et al. Summary and recommendations of the Fifth International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care. 2007 Jul;30 Suppl 2:S251-60. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
6. Solomon CG, Willett WC, Carey VJ, et al. A prospective study of pregravid determinants of gestational diabetes mellitus. JAMA. 1997 Oct 1;278(13):1078-83. [Tóm lược](#)
7. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2007 Dec 12;298(22):2654-64. [Tóm lược](#)
8. Lo JC, Feigenbaum SL, Escobar GJ, et al. Increased prevalence of gestational diabetes mellitus among women with diagnosed polycystic ovary syndrome: a population-based study. Diabetes Care. 2006 Aug;29(8):1915-7. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
9. Kjerulff LE, Sanchez-Ramos L, Duffy D. Pregnancy outcomes in women with polycystic ovary syndrome: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 2011;204:558. [Tóm lược](#)
10. Norman RJ, Dewailly D, Legro RS, et al. Polycystic ovary syndrome. Lancet. 2007 Aug 25;370(9588):685-97. [Tóm lược](#)
11. Cossrow N, Falkner B. Race/ethnic issues in obesity and obesity-related comorbidities. J Clin Endocrinol Metab. 2004 Jun;89(6):2590-4. [Tóm lược](#)
12. Montonen J, Knekt P, Järvinen R, et al. Whole-grain and fiber intake and the incidence of type 2 diabetes. Am J Clin Nutr. 2003 Mar;77(3):622-9. [Tóm lược](#)
13. Zhang C, Liu S, Solomon CG, et al. Dietary fiber intake, dietary glycemic load, and the risk for gestational diabetes mellitus. Diabetes Care. 2006 Oct;29(10):2223-30. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)
14. Kitabchi AE, Umpierrez GE, Murphy MB, et al. Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes: a consensus statement from the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2006;29:2739-2748. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

15. Emerging Risk Factors Collaboration; Wormser D, Kaptoge S, Di Angelantonio E, et al. Separate and combined associations of body-mass index and abdominal adiposity with cardiovascular disease: collaborative analysis of 58 prospective studies. *Lancet*. 2011;377:1085-1095. [Tóm lược](#)
16. Kahn R, Buse J, Ferrannini E, et al. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetes Care*. 2005;28:2289-2304. [Toàn văn](#) [Tóm lược](#)

Tuyên bố miễn trách nhiệm

bên ngoài Hoa Kỳ và Canada. BMJ Publishing Group Ltd ("BMJ Group") nỗ lực để đảm bảo rằng các thông tin được cung cấp là chính xác và cập nhật, nhưng chúng tôi và cả những người cấp giấy phép của chúng tôi, là những người cung cấp các nội dung nhất định có liên kết với nội dung của chúng tôi hoặc có thể truy cập được từ nội dung của chúng tôi, đều không đảm bảo điều đó. BMJ Group không ủng hộ hay xác nhận việc sử dụng bất kỳ loại thuốc hay trị liệu nào trong đó và BMJ Group cũng không thực hiện chẩn đoán cho các bệnh nhân. Các chuyên gia y tế cần sử dụng những cân nhắc chuyên môn của mình trong việc sử dụng thông tin này và chăm sóc cho bệnh nhân của họ và thông tin trong này không được coi là sự thay thế cho việc đó.

các phương pháp chẩn đoán, điều trị, liên lạc theo dõi, thuốc và bất kỳ chống chỉ định hay phản ứng phụ nào. Ngoài ra, các tiêu chuẩn và thực hành y khoa đó thay đổi khi có thêm số liệu, và quý vị nên tham khảo nhiều nguồn khác nhau. Chúng tôi đặc biệt khuyến nghị người dùng nên xác minh độc lập các chẩn đoán, điều trị và theo dõi liên lạc được đưa ra, đồng thời đảm bảo rằng thông tin đó là phù hợp cho bệnh nhân trong khu vực của quý vị. Ngoài ra, liên quan đến thuốc kê toa, chúng tôi khuyên quý vị nên kiểm tra trang thông tin sản phẩm kèm theo mỗi loại thuốc để xác minh các điều kiện sử dụng và xác định bất kỳ thay đổi nào về liều dùng hay chống chỉ định, đặc biệt là nếu được chất được cho sử dụng là loại mới, ít được sử dụng, hay có khoảng trị liệu hẹp. Quý vị phải luôn luôn kiểm tra rằng các loại thuốc được dẫn chiếu có giấy phép để sử dụng cho mục đích được nêu và trên cơ sở được cung cấp trong tình trạng "hiện có" như được nêu, và trong phạm vi đầy đủ được pháp luật cho phép BMJ Group và những người cấp giấy phép của mình không chịu bất kỳ trách nhiệm nào cho bất kỳ khía cạnh chăm sóc sức khỏe nào được cung cấp với sự hỗ trợ của thông tin này hay việc sử dụng nào khác của thông tin này.

Xem đầy đủ [Các Điều khoản và Điều kiện Sử dụng Trang Web](#).

Liên hệ với chúng tôi

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Những người có đóng góp:

// Các tác giả:

Editorial Team,

BMJ Publishing Group

CÔNG KHAI THÔNG TIN: This overview has been compiled using the information in existing sub-topics.