

HIỆU QUẢ DINH DƯỠNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID Ở BỆNH NHÂN TĂNG MEN GAN, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Phan Hương Dương¹, Nguyễn Trọng Hưng², Phạm Thị Kim Thu³, Nguyễn Thị Hiền³

Nghiên cứu trên một trường hợp rối loạn chuyển hóa lipid (RLCHL) ở bệnh nhân đái tháo đường, trong đó các thành phần lipid máu tăng cao, đặc biệt triglycerid tăng rất cao nguy cơ gây viêm tụy cấp cho bệnh nhân. Do men gan của bệnh nhân đang tăng cao nên bệnh nhân có nguy cơ tăng tổn thương tế bào gan khi sử dụng thuốc hạ mỡ máu. Chính vì vậy, trong trường hợp này chế độ dinh dưỡng là biện pháp điều trị RLCHL được lựa chọn. Chế độ dinh dưỡng điều trị được cá nhân hóa, dựa trên thói quen ăn uống, tình trạng bệnh lý và phác đồ điều trị của người bệnh. Nguyên tắc chính là hạn chế tinh bột và không được sử dụng bia rượu. Năng lượng nên giảm từ từ theo từng giai đoạn phù hợp để bệnh nhân có thể thích nghi. Kết quả điều trị cho thấy bệnh nhân dần kiểm soát được lipid máu, đã giảm triglycerid nhưng chưa trở về giới hạn bình thường; men gan trở về bình thường; glucose máu được kiểm soát tốt và bệnh nhân giảm 5 kg khi ra viện. Bệnh nhân tiếp tục được tư vấn thực hiện chế độ dinh dưỡng điều trị khi ra viện cũng như các lần tái khám. Sau 8 tháng thực hiện chế độ dinh dưỡng điều trị: các thành phần lipid máu, men gan đã về giới hạn bình thường và glucose máu được kiểm soát tốt.

Từ khóa: Rối loạn chuyển hóa lipid, triglyceride, dinh dưỡng điều trị, đái tháo đường, tăng men gan.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng điều trị đóng vai trò quan trọng trong điều trị các bệnh chuyển hóa như đái tháo đường, béo phì và RLCHL. RLCHL làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch. Bên cạnh đó, triglycerid tăng quá cao còn làm tăng nguy cơ viêm tụy cấp. Phương pháp điều trị RLCHL bao gồm chế độ dinh dưỡng và thuốc hạ mỡ máu. Trong các nhóm thuốc điều trị RLCHL, các tác giả đã khuyến cáo nên ưu tiên nhóm fibrat khi có tăng triglycerid, tuy nhiên, cũng có thể phối hợp các nhóm thuốc điều trị RLCHL khác vì bệnh nhân có tăng cao cả cholesterol. Các y văn cũng đã chỉ ra rằng nhóm thuốc hạ lipid máu cũng như thuốc uống điều trị đái tháo đường có nguy cơ cao tăng nhiễm độc gan, mà bệnh nhân của chúng

tôi có tiền sử uống rượu nhiều năm kết hợp với đang có tăng men gan. Do đó, chúng tôi lựa chọn can thiệp bằng chế độ dinh dưỡng điều trị RLCHL và kiểm soát glucose máu bằng insulin. Trong trường hợp bệnh nhân này, dinh dưỡng điều trị thực sự trở nên quan trọng và có thể coi là biện pháp điều trị duy nhất trong trường hợp bệnh nhân RLCHL có tăng men gan ở bệnh nhân đái tháo đường.

II. TÓM TẮT BỆNH ÁN

2.1. Phần hành chính:

- Họ và tên: Cẩm K, nam, 59 tuổi, dân tộc: Thái.
- Địa chỉ: Thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La.
- Vào viện: 22 tháng 6 năm 2016.
- Lý do vào viện: mệt mỏi

¹TS. BS. Bệnh viện Nội tiết Trung Ương
Email: phanhuongduong@gmail.com

²TS. BS. Viện Dinh dưỡng

³CN. Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

Ngày nhận bài: 1/5/2017

Ngày phản biện đánh giá: 15/5/2017

Ngày đăng bài: 6/6/2017

2.2. Bệnh sử:

Bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ) type 2, tăng huyết áp (THA) cách đây 3 năm. Bệnh nhân điều trị thuốc uống hạ đường huyết (không rõ loại) và uống thuốc nam. Gần đây, bệnh nhân thấy xuất hiện mệt mỏi đi khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương xét nghiệm thấy triglycerid tăng cao kèm theo tăng men gan. Bệnh nhân được nhập viện điều trị nội trú tại Khoa Dinh dưỡng lâm sàng và Tiết chế.

2.3. Tiền sử:

Tiền sử bản thân uống rượu khoảng 20 năm, mỗi ngày uống khoảng 300 ml rượu.

2.4. Khám khi vào viện:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, không sốt, không phù, không xuất huyết dưới da, củng mạc mắt không vàng.

- Bệnh nhân cân nặng 87,0 kg, cao 1,75 m, BMI: 28,4 kg/m²

- Mạch 88 chu kỳ/phút, HA: 140/80 mmHg.

- Bụng mềm, béo mỡ, không có sao mạch, không có tuần hoàn bàng hệ.

- Các bộ phận khác không có gì đặc biệt.

2.5. Cận lâm sàng: (các xét nghiệm chính)

+ Hóa sinh: Glucose máu: 13,4 mmol/l; HbA1C: 8,2 %; Ure: 7,0 mmol/l; Creatinine: 90 mmol/l; Gamma GT: 104 U/L; GOT: 160 U/L; GPT: 150 U/l; Triglycerid: 56 mmol/l; Cholesterol toàn phần: 23,4 mmol/l; HDL-C: 1,3 mmol/l; LDL-C: huyết thanh đục.

+ XQ tim phổi: bình thường; siêu âm ổ bụng: bình thường

2.6. Chẩn đoán: Rối loạn chuyển hóa lipid, tăng men gan ở bệnh nhân ĐTĐ type 2, THA, béo phì độ I.

2.7. Điều trị**2.7.1. Mục tiêu điều trị:**

Kết hợp chế độ dinh dưỡng điều trị và thuốc nhằm đạt được:

+ Giảm lipid máu, đặc biệt triglycerid.

+ Điều trị hỗ trợ gan;

+ Kiểm soát glucose máu;

+ Kiểm soát huyết áp;

+ Giảm cân phù hợp;

2.7.2. Tóm tắt điều trị bằng thuốc

+ Thuốc hỗ trợ gan;

+ Kiểm soát glucose máu bằng insulin;

+ Kiểm soát huyết áp bằng các thuốc hạ áp phù hợp.

2.7.3. Chế độ dinh dưỡng điều trị

2.7.3.1. Nguyên tắc dinh dưỡng điều trị: Cá nhân hóa chế độ dinh dưỡng

+ Giảm năng lượng từ từ, khoảng 200-500 kcal/lần;

+ Giảm glucid, hạn chế sử dụng thực phẩm có chỉ số tăng đường huyết cao;

+ Không tăng nhiều glucose máu sau ăn, tránh hạ đường huyết trong đêm;

+ Hạn chế sử dụng thực phẩm có nhiều cholesterol, chất béo;

+ Không sử dụng rượu bia;

+ Tăng chất xơ;

+ Ăn nhạt;

+ Giảm cân từ từ;

+ Uống đủ nước

+ Vận động 15-20 phút/ngày, tăng dần cường độ vận động.

2.7.3.2. Kế hoạch thực hiện

*** Bước 1: Điều tra khẩu phần ăn quen thuộc:**

Qua điều tra khẩu phần ăn 24 giờ, chúng tôi có được những thông tin sau:

- Bệnh nhân ăn 3 bữa chính, không ăn bữa phụ; uống 2 ly rượu trắng (40ml) /1 bữa: cả ngày 160ml.

- Tổng mức năng lượng là 2.038 kcal. Tỷ lệ protein là 18,5% tổng số năng lượng; tỷ lệ lipid: 17,3% tổng số năng lượng và tỷ lệ glucid là 64,2% tổng số năng lượng. Tổng năng lượng từ rượu là 371 kcal.

- Bệnh nhân ít vận động, không tập thể dục.

*** Bước 2: Xây dựng và thực hiện chế độ dinh dưỡng điều trị**

Để xây dựng chế độ dinh dưỡng điều trị của bệnh nhân, chúng tôi dựa vào khẩu phần ăn quen thuộc của bệnh nhân, tình trạng bệnh lý, BMI và phác đồ điều trị. Chế độ dinh dưỡng được điều chỉnh theo tiến triển điều trị của bệnh nhân.

- Khẩu phần ăn giai đoạn I:

+ Thời gian thực hiện từ 22/6-28/6/2016

+ Chế độ ăn DD1a, tổng năng lượng: 1,500 kcal gồm 3 bữa chính và 1 bữa phụ trước khi đi ngủ.

+ Tỷ lệ các chất protein : lipid : glucid là 18%-20%; 25% và 55-57%.

+ Chất xơ: 14 g-15 g

Xét nghiệm ngày 29/6/2016:

Glucose máu: 5,4 mmol/l; GOT: 160 U/l; GPT: 120 U/l; Triglycerid: 20,7 mmol/l; Cholesterol toàn phần: 18,0 mmol/l; LDL-Cholesterol: huyết thanh đục.

- Khẩu phần ăn giai đoạn II: duy trì

*** Bước 3: Hướng dẫn và kiểm tra thực hiện chế độ dinh dưỡng điều trị của bệnh nhân sau khi ra viện.**

đến khi bệnh nhân ra viện (từ 29/6-10/7/2016)

+ Chế độ ăn DD02, tổng năng lượng: 1,300 kcal gồm 3 bữa chính và 1 bữa phụ trước khi đi ngủ.

+ Tỷ lệ các chất protein: lipid : glucid tương ứng là 18% - 20% : 25% : 55-57%

+ Chất xơ: 13 g – 14 g

Xét nghiệm ngày 4/7/2016:

Glucose máu: 4,4 mmol/l; GOT: 55 U/l; GPT: 46 U/l; Triglycerid: 21,4 mmol/l; Cholesterol toàn phần: 14,0 mmol/l; LDL-Cholesterol: huyết thanh đục.

Khám đánh giá kết quả điều trị trước khi bệnh nhân ra viện (10/7/2016):

+ Lâm sàng: Bệnh nhân tỉnh, ăn uống ngon miệng, cân nặng 82 kg. Tình trạng lâm sàng ổn định, không có triệu chứng gì đặc biệt.

+ Xét nghiệm: Glucose máu: 5,6 mmol/l; GOT: 100 U/l; GPT: 70 U/l; Triglycerid: 22,8 mmol/l; Cholesterol toàn phần: 11,7 mmol/l; HDL-Cholesterol: 1,3 mmol/l; LDL-Cholesterol: huyết thanh đục.

Chỉ tiêu xét nghiệm máu	Khám lại 29/7/2016	Khám lại 8/2016	Khám lại 11/2016	Khám lại 2/2017
Glucose (mmol/l)	5,6	5,3	8,0	6,3
HbA1C (%)			5,6	5,0
Ure (mmol/l)	5,6			
Creatinine (mmol/l)	80			
Gamma GT (U/l)	98			
GOT (U/l)	23	20	22	23
GPT (U/l)	12	13	36	35
Triglycerid (mmol/l)	12	7,2	7,0	1,6
Cholesterol toàn phần (mmol/l)	7,8	6,6	6,6	4,0
HDL-Cholesterol (mmol/l)	0,7	0,9	0,8	1,29
LDL-Cholesterol	Huyết thanh đục	Huyết thanh đục	Huyết thanh đục	1,97

III. BÀN LUẬN

Đây là một trường hợp bệnh nhân RLCHL, nguy cơ viêm tụy cấp cao khi tăng cao các thành phần mỡ máu, đặc biệt là triglycerid. Biện pháp điều trị thông thường là dinh dưỡng điều trị kết hợp thuốc giảm lipid máu, ưu tiên nhóm fibrat để giảm triglycerid, cũng như có thể phối hợp các nhóm thuốc hạ lipid máu vì bệnh nhân có tăng cao cả cholesterol. Tuy nhiên, bệnh nhân có tăng men gan. Đây có thể là hậu quả của bệnh nhân sử dụng thuốc nam ở người có tiền sử uống rượu 20 năm. Các thuốc hạ lipid máu cũng như thuốc uống điều trị đái tháo đường có nguy cơ cao tăng nhiễm độc gan. Chính vì vậy, chúng tôi lựa chọn can thiệp bằng chế độ dinh dưỡng điều trị RLCHL và kiểm soát glucose máu bằng insulin. Chế độ ăn nhiều tinh bột, uống nhiều rượu, bia làm tăng lipid máu, đặc biệt triglycerid do glucose sẽ chuyển hóa thành axit béo tại gan qua con đường chuyển hóa NOVO. Vì vậy, việc kiểm soát tinh bột, đặc biệt không uống bia rượu đóng vai trò quyết định trong điều trị tăng triglycerid. Đây cũng là bệnh nhân bị đái tháo đường, béo phì, kiểm soát đường huyết kém. Do vậy, cùng với việc thực hiện chế độ dinh dưỡng điều trị RLCHL, chúng tôi thực hiện chế độ dinh dưỡng điều trị đái tháo đường, béo phì. Chúng tôi xây dựng khẩu phần ăn giảm tinh bột so với khẩu phần ăn quen thuộc của người bệnh, trong đó ngừng sử dụng rượu, bia. Việc giảm tinh bột cũng giúp kiểm soát glucose máu tốt hơn cũng như nhằm giảm cân. Tuy nhiên, việc giảm năng lượng cần thực hiện từ từ, tránh giảm nhiều, đột ngột có thể rối loạn các quá trình chuyển hóa khác ảnh hưởng đến sức khỏe của người bệnh. Do vậy, chúng tôi chỉ thực hiện giảm 500 kcal khẩu phần ăn giai đoạn đầu, sau đó giảm tiếp 200 kcal trong giai đoạn tiếp theo.

Mặt khác cũng cần lưu ý, do gan bị tổn thương nên chức năng dự trữ glycogen cũng như sản xuất glucose của gan bị ảnh hưởng nên người bệnh thường bị tăng cao glucose máu sau ăn và có nguy cơ cao bị hạ đường huyết khi xa bữa ăn, đặc biệt trong đêm. Mặt khác, việc kiểm soát glucose máu bằng insulin trong đó có mũi insulin nền cũng làm tăng nguy cơ hạ đường huyết trong đêm của người bệnh. Chính vì vậy, chúng tôi xây dựng bữa phụ trước khi đi ngủ cho người bệnh nhằm tránh hạ đường huyết trong đêm cũng như giảm một phần lượng glucid của các bữa ăn chính.

Kết quả điều trị cho thấy bệnh nhân dần kiểm soát được lipid máu, trong đó có triglycerid; men gan trở về bình thường; glucose máu được kiểm soát tốt và bệnh nhân giảm 5 kg khi ra viện. Tuy nhiên do triglycerid của bệnh nhân tăng rất cao nên việc giảm triglycerid trở về giới hạn bình thường cần thiết có thời gian. Kết quả điều trị tiếp tục được cải thiện khi bệnh nhân ra viện do bệnh nhân tiếp tục được tư vấn thực hiện chế độ dinh dưỡng điều trị khi ra viện cũng như các lần tái khám. Kết quả các lần tái khám cho thấy các thành phần lipid máu đã trở về bình thường, men gan duy trì trong giới hạn bình thường và glucose máu được kiểm soát tốt.

IV. KẾT LUẬN

Dinh dưỡng điều trị là một biện pháp điều trị quan trọng trong điều trị các bệnh chuyển hóa trong đó có RLCHL. Chế độ ăn giảm tinh bột, không sử dụng bia, rượu là nguyên tắc quan trọng nhất trong chế độ dinh dưỡng điều trị tăng triglycerid. Chế độ dinh dưỡng điều trị này không ảnh hưởng đến chức năng gan nên đây là biện pháp điều trị ưu tiên lựa chọn khi bệnh nhân tăng mỡ máu nhưng có tổn

thương tế bào gan. Mặt khác chế độ ăn giảm tinh bột cũng giúp kiểm soát glucose máu, cân nặng tốt hơn ở bệnh nhân RLCHL có mắc đái tháo đường, béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aoife M., Brennan, Laura S. and Christos S. M. (2009). *The Metabolic Syndrome, Diabetes and Exercise*, Hummana Press, pp. 69-84.
2. American Diabetes Association (2014).

- "*Clinical Practice Recommendations*", *Diabetes Care*, 35 Suppl 1.
3. Bộ Y tế (2015). *Hướng dẫn điều trị dinh dưỡng lâm sàng*, NXB Y học.
 4. Tạ Văn Bình (2006). *Bệnh đái tháo đường – tăng glucose máu*, Nxb Y học, tr.11-69.
 5. Hans H. (2010). "*Obesity and Diabetes*", *Textbook of Diabetes*, 4th edition, Blackwell, pp.227-244.
 6. Susan G. Dudek (1997). *Nutrition Handbook for Nursing Practice*, 3th edition, Lippincott, the USA.

Summary

EFFECTS OF NUTRITION THERAPY ON DYSLIPIDEMIA IN A PATIENT WITH DIABETES MELITUS AND HIGH LIVER ENZYMES.

We report a case of dyslipidemia in a patient with diabetes mellitus, particularly hypertriglyceridemia, can elevate the risk of acute pancreatitis to patients. As the patient's liver enzymes are on the rise, patients are at increased risk of hepatocellular injury when using antihyper-lipidemia drugs. Therefore, in this case the nutrition therapy is the selected for treating the dyslipidemia. Nutrition therapy was personalized and designed based on eating habits, medical conditions and treatment regimens. The main principle is to limit starch and not to use alcohol. Energy should be gradually reduced in the diet so that the patient can adapt. The results indicated that the lipidemia of the patient was gradually controlled, triglycerides reduced but did not return to normal range; liver enzymes returned to normal; blood glucose was well controlled and patient reduced 5kg at discharge. The patient continued to be advised to implement treatment regimen when being discharged from the hospital as well as in follow-up visits. After 8 months of treatment regimen: lipid components, liver enzymes reached normal range and blood glucose was well controlled.

Key words: *Lipidemia disorder, triglyceride, nutrition therapy, diabetes mellitus, high liver enzymes.*

