# ***Diabetes Mellitus Definition, Diagnosis, Classification, and Aetiology***

Tài liệu này là báo cáo của một Hội nghị Tư vấn của WHO, được công bố vào năm 1999, nhằm cập nhật và tinh chỉnh các tiêu chí phân loại và chẩn đoán bệnh đái tháo đường. Báo cáo này được xây dựng dựa trên các hệ thống phân loại trước đó của WHO (năm 1980 và 1985) và khuyến nghị của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 1997, với sự đồng thuận chung về các kết luận chính. Tài liệu giới thiệu một hệ thống phân loại mới bao gồm cả giai đoạn lâm sàng và loại hình nguyên nhân bệnh.

**1. Phần Giới thiệu (Introduction)**

Phần này nêu bối cảnh của việc cần phải xem xét lại các tiêu chí chẩn đoán và hệ thống phân loại đái tháo đường. Các hệ thống trước đó của WHO (1980, 1985) và của Nhóm Dữ liệu Đái tháo đường Quốc gia (NDDG) đã mang lại trật tự cho một lĩnh vực vốn hỗn loạn về danh pháp và tiêu chí chẩn đoán. Tuy nhiên, với nhiều dữ liệu và thông tin mới về nguyên nhân bệnh, việc cập nhật là cần thiết. Báo cáo này là kết quả từ một Hội nghị Tư vấn của WHO vào tháng 12 năm 1996, có sự tương đồng lớn với các khuyến nghị của ADA năm 1997.

**2. Phần Định nghĩa và Tiêu chí Chẩn đoán (Definition and diagnostic criteria)**

Phần này đưa ra các định nghĩa và tiêu chí cụ thể để chẩn đoán bệnh đái tháo đường và các dạng rối loạn dung nạp glucose khác.

• **Định nghĩa**: Đái tháo đường được định nghĩa là một ***rối loạn chuyển hóa đa nguyên nhân, đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết mạn tính*** kèm theo các rối loạn chuyển hóa carbohydrate, chất béo và protein do khiếm khuyết trong tiết insulin, hoạt động của insulin, hoặc cả hai. Các ảnh hưởng lâu dài bao gồm tổn thương, rối loạn chức năng và suy yếu của nhiều cơ quan khác nhau.

• **Chẩn đoán**: Việc chẩn đoán phải được xác lập chắc chắn vì nó có ý nghĩa lớn và lâu dài đối với cá nhân. Chẩn đoán ở người có triệu chứng rõ ràng khác với người không có triệu chứng và có mức đường huyết chỉ vừa vượt ngưỡng chẩn đoán. Không bao giờ chẩn đoán chỉ dựa trên một lần đo đường huyết bất thường duy nhất ở người không có triệu chứng.

• **Tiêu chí chẩn đoán**:

◦ Sự thay đổi quan trọng nhất được khuyến nghị là ***hạ ngưỡng chẩn đoán của nồng độ glucose huyết tương lúc đói xuống còn ≥ 7.0 mmol/l (126 mg/dl)***, từ mức cũ là 7.8 mmol/l (140 mg/dl).

◦ Đối với máu toàn phần, ngưỡng mới là ≥ 6.1 mmol/l (110 mg/dl).

◦ Ngưỡng chẩn đoán sau 2 giờ thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (OGTT) không thay đổi.

◦ Việc chẩn đoán ở trẻ em thường dựa trên các triệu chứng nặng và mức đường huyết rất cao, nên OGTT thường không cần thiết.

**3. Phần Phân loại (Classification)**

Phần này giới thiệu một hệ thống phân loại mới, kết hợp cả giai đoạn lâm sàng và loại hình nguyên nhân bệnh.

• **Phân loại sửa đổi**: Hệ thống mới bao gồm các giai đoạn lâm sàng (phản ánh mức độ tăng đường huyết) và các loại hình nguyên nhân (phản ánh quá trình bệnh lý). Một cá nhân có thể di chuyển giữa các giai đoạn lâm sàng.

• **Thuật ngữ**:

◦ **Bỏ thuật ngữ "*đái tháo đường phụ thuộc insulin*" (IDDM) và "*đái tháo đường không phụ thuộc insulin*" (NIDDM)** vì chúng gây nhầm lẫn, thường phân loại bệnh nhân dựa trên phương pháp điều trị thay vì cơ chế bệnh sinh.

◦ **Tái sử dụng thuật ngữ "*Tuýp 1*" và "*Tuýp 2*"**.

◦ **Bỏ loại "*đái tháo đường liên quan đến suy dinh dưỡng*" (MRDM)** do không có đủ bằng chứng thuyết phục rằng suy dinh dưỡng tự nó gây ra đái tháo đường.

◦ Rối loạn dung nạp glucose (IGT) được phân loại là một giai đoạn của rối loạn điều hòa glucose, không phải là một loại bệnh riêng.

◦ Giới thiệu giai đoạn lâm sàng mới là **Rối loạn đường huyết lúc đói (Impaired Fasting Glycaemia - IFG)**.

**4. Phần Giai đoạn Lâm sàng (Clinical staging)**

Phần này mô tả các giai đoạn lâm sàng khác nhau của đái tháo đường và các rối loạn dung nạp glucose khác.

• **Đái tháo đường (Diabetes Mellitus)**: Bất kể nguyên nhân, được chia thành các nhóm nhỏ dựa trên nhu cầu insulin:

◦ **Cần insulin để sống còn**: Tương ứng với lớp IDDM cũ, bệnh nhân thiếu C-peptide.

◦ **Cần insulin để kiểm soát**: Có một số insulin nội sinh nhưng không đủ để kiểm soát đường huyết.

◦ **Không cần insulin**: Có thể kiểm soát bằng các phương pháp không dùng thuốc hoặc thuốc uống.

• **Rối loạn điều hòa glucose (Impaired Glucose Regulation)**: Bao gồm Rối loạn dung nạp glucose (IGT) và Rối loạn đường huyết lúc đói (IFG). Đây là trạng thái chuyển tiếp giữa cân bằng nội môi glucose bình thường và đái tháo đường. Chúng là các yếu tố nguy cơ cho bệnh đái tháo đường và bệnh tim mạch trong tương lai.

• **Đường huyết bình thường (Normoglycaemia)**: Mức glucose huyết tương tĩnh mạch lúc đói < 6.1 mmol/l (110 mg/dl). Ngay cả ở giai đoạn này, quá trình bệnh lý gây ra đái tháo đường có thể đã bắt đầu và có thể nhận biết được.

**5. Phần Các loại hình Nguyên nhân bệnh (Aetiological types)**

Phần này phân loại đái tháo đường dựa trên các khiếm khuyết, rối loạn hoặc quá trình bệnh lý gây ra bệnh.

• **Tuýp 1**: Do **sự phá hủy tế bào beta của tụy**, thường dẫn đến thiếu hụt insulin tuyệt đối và cần insulin để sống còn. Bao gồm dạng tự miễn (có kháng thể tự miễn) và dạng vô căn (không rõ nguyên nhân).

• **Tuýp 2**: Là dạng phổ biến nhất, đặc trưng bởi **rối loạn hoạt động của insulin (kháng insulin) và rối loạn tiết insulin**.

• **Các loại đặc hiệu khác**: Các nguyên nhân ít phổ biến hơn nhưng có thể xác định cụ thể, ví dụ như khiếm khuyết di truyền của tế bào beta, bệnh lý tụy ngoại tiết, hoặc do thuốc gây ra.

**6. Phần Tăng đường huyết và Đái tháo đường thai kỳ (Gestational Hyperglycaemia and Diabetes)**

Đái tháo đường thai kỳ (GDM) là tình trạng rối loạn dung nạp carbohydrate dẫn đến tăng đường huyết với mức độ khác nhau, khởi phát hoặc được nhận biết lần đầu tiên trong thai kỳ. Chẩn đoán thường được thực hiện từ tuần 24 đến 28 của thai kỳ bằng nghiệm pháp OGTT 75g. Sau khi sinh, phụ nữ cần được đánh giá lại để phân loại lại tình trạng dung nạp glucose của mình.

**7. Phần Mô tả các loại hình Nguyên nhân bệnh**

Phần này mô tả chi tiết hơn về các loại đái tháo đường dựa trên nguyên nhân.

• **Tuýp 1**:

◦ **Đái tháo đường tự miễn**: Do sự phá hủy tế bào beta qua trung gian tự miễn, có thể tiến triển nhanh (thường ở trẻ em) hoặc chậm (LADA ở người lớn).

◦ **Vô căn**: Một số dạng không có nguyên nhân rõ ràng và không có bằng chứng tự miễn, thường gặp hơn ở người gốc Phi và Á.

• **Tuýp 2**: Bệnh nhân bị thiếu hụt insulin tương đối và thường kháng insulin. Bệnh thường không được chẩn đoán trong nhiều năm vì triệu chứng không rõ rệt. Béo phì, tuổi tác và lối sống ít vận động là các yếu tố nguy cơ chính.

• **Các loại đặc hiệu khác**: Bao gồm một danh sách dài các nguyên nhân cụ thể như:

◦ **Khiếm khuyết di truyền của chức năng tế bào beta** (ví dụ: MODY).

◦ **Khiếm khuyết di truyền trong hoạt động của insulin**.

◦ **Bệnh của tụy ngoại tiết** (viêm tụy, chấn thương, ung thư).

◦ **Bệnh nội tiết** (hội chứng Cushing, bệnh to đầu chi).

◦ **Do thuốc hoặc hóa chất**.

◦ **Nhiễm trùng** (rubella bẩm sinh, virus Coxsackie B).

◦ **Các dạng đái tháo đường qua trung gian miễn dịch không phổ biến**.

◦ **Các hội chứng di truyền khác** (hội chứng Down, Turner).

**8. Phần Hội chứng Chuyển hóa (The Metabolic Syndrome)**

Phần cuối cùng của tài liệu đề cập đến Hội chứng Chuyển hóa, một tập hợp các yếu tố nguy cơ tim mạch thường đi kèm với rối loạn dung nạp glucose.

• **Đặc điểm**: Bao gồm **tăng huyết áp, béo phì trung tâm (béo bụng), rối loạn lipid máu, và có hoặc không có tăng đường huyết**. Tình trạng kháng insulin được cho là yếu tố căn nguyên chung.

• **Định nghĩa (đề xuất)**: Một định nghĩa làm việc được đề xuất, bao gồm rối loạn dung nạp glucose hoặc đái tháo đường, và/hoặc kháng insulin, cùng với hai hoặc nhiều yếu tố sau: tăng huyết áp, tăng triglyceride và/hoặc giảm HDL-cholesterol, béo phì trung tâm, và microalbumin niệu.

• **Tầm quan trọng**: Việc quản lý bệnh nhân mắc hội chứng này cần tập trung vào việc giảm thiểu tất cả các yếu tố nguy cơ tim mạch, không chỉ kiểm soát đường huyết.

Tài liệu này cung cấp một khuôn khổ toàn diện và có hệ thống để hiểu, chẩn đoán và phân loại bệnh đái tháo đường dựa trên kiến thức y học tại thời điểm đó.