

NHIỄM COVID 19 Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



Nhiễm COVID -19 (Coronavirus Disease -2019) là một thách thức kép đối với những bệnh nhân mắc đái tháo đường (ĐTĐ). Thách thức thứ nhất, ĐTĐ vốn dĩ đã được báo cáo là một yếu tố nguy cơ cao làm tăng nặng mức độ trầm trọng của tình trạng nhiễm virus, thách thức thứ hai là việc kiểm soát đường huyết tối ưu trong thời gian này là khá khó khăn.

C COVID 19 do Coronavirus gây ra, đã lây lan nhanh chóng tới hơn 205 quốc gia và vùng lãnh thổ. Cơ chế lây lan của virus là chủ yếu qua các giọt bắn của dịch tiết giữa người với người. Thời gian ủ bệnh khoảng 6-8 ngày, thời gian xuất hiện triệu chứng khoảng 1-2 tuần với các dấu hiệu như: ho, sốt, đau cơ hoặc một số các vấn đề khác như viêm phổi, suy hô hấp, nặng có thể tử vong.

ĐTĐ, YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC COVID 19

Với bệnh nhân COVID 19, ĐTĐ là một yếu tố nguy cơ cao khiến bệnh nhân (BN) phải nhập viện hoặc có thể tử vong. Các dữ liệu đưa ra từ một số nghiên cứu tại Trung Quốc thấy rằng, bệnh ĐTĐ là bệnh lý đi kèm xuất hiện ở 22% các ca tử vong. Một số các nghiên

cứu khác cũng công bố, trong số các bệnh nhân nặng thì 12- 16,2% số bệnh nhân đó có ĐTĐ.

Số lượng bệnh lý đi kèm cũng là một yếu tố dự báo tỷ lệ tử vong trong COVID 19. Ngoài ĐTĐ, các bệnh đi kèm phổ biến là tăng huyết áp (khoảng 20% số ca), bệnh lý mạch vành (16% số ca) và bệnh lý phổi (chiếm 6% số ca). Thật vậy, bệnh nhân ĐTĐ thuộc nhóm có nguy cơ cao mắc COVID nặng. Đáng chú ý, ĐTĐ cũng là yếu tố nguy cơ cao gây tử vong trong các bệnh lý nhiễm trùng như SARS, MERS trước đây cũng như đại dịch cúm H1N1 nghiêm trọng vào năm 2009.

Giải thích cho việc gia tăng các nguy cơ tử vong do ĐTĐ ở BN COVID 19.

Có một thực tế là những người mắc ĐTĐ có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn, bao gồm cả cúm và các biến chứng liên

quan đến viêm phổi thứ phát. Bệnh nhân ĐTĐ bị suy giảm đáp ứng miễn dịch bao gồm suy giảm chức năng đại thực bào, suy giảm chức năng tế bào T và các cytokine miễn dịch. Kiểm soát đường huyết kém làm suy yếu phản ứng miễn dịch với virus và làm tăng nhiễm khuẩn thứ phát ở phổi.

Nhiều bệnh nhân ĐTĐ type 2 có béo phì, và béo phì cũng là yếu tố nguy cơ cao làm nặng tình trạng bệnh. Điều này đã được minh họa trong dịch cúm A H1N1 năm 2009: bệnh nhân có béo phì thì tình trạng bệnh nặng hơn và có thời gian chăm sóc trong ICU cũng dài gấp đôi so với dân số chung. Sự giảm tiết của các adipokine và cytokine như TNF-alfa và interferon ở bệnh nhân béo bụng gây ra sự suy yếu của phản ứng miễn dịch. Ngoài ra, bệnh nhân có béo bụng nặng cũng thường có các vấn đề về hô hấp, tăng nguy cơ nhiễm khuẩn

do giảm thông khí. Đối tượng béo phì cũng có nguy cơ mắc hen cao hơn, các triệu chứng trầm trọng hơn cũng như đáp ứng với các loại thuốc hen kém hơn.

Các biến chứng muộn của ĐTD như bệnh thận ĐTD, bệnh tim thiếu máu cục bộ có thể làm phức tạp thêm tình trạng bệnh, khiến BN yếu đi và tăng thêm mức độ nghiêm trọng của bệnh COVID 19 (ví dụ như đòi hỏi lọc máu cấp tính). Một số phát hiện chỉ ra rằng COVID 19 có thể gây tổn thương tim cấp tính hoặc suy tim.

Các bệnh lý đi kèm thường gặp nhất trong COVID 19 là tăng huyết áp và đái tháo đường. Cả hai bệnh lý này thường được điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển (UCMC). Coronavirus liên kết với các tế bào đích thông qua men chuyển angiotensin (ACE2), men này được bộc lộ nhiều ở tế bào biểu mô phổi, mạch máu và ruột. Ở bệnh nhân điều trị bằng thuốc UCMC hoặc thuốc ức chế thụ thể, sự bộc lộ của ACE2 tăng. Do đó người ta gợi ý rằng sự bộc lộ ACE2 ở hai nhóm bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường có thể tạo điều kiện cho nhiễm COVID 19, làm tăng nguy cơ gây nặng bệnh và tăng nguy cơ tử vong.

ĐIỀU TRỊ ĐTD KHI NHIỄM COVID 19

Kiểm soát đường huyết kém là một yếu tố nguy cơ cao cho nhiễm trùng nặng và các kết cục bất lợi khác. Viêm phổi có thể giảm nếu kiểm soát đường huyết tốt. Tuy nhiên vấn đề nằm ở chỗ việc điều trị tăng đường huyết trong giai đoạn nhiễm COVID 19 là không hề đơn giản: BN có thể phải dùng corticoide, BN sốt, chế độ ăn của BN thay đổi. Để duy trì đường huyết tối ưu, cần đảm bảo: theo dõi sát đường huyết và điều chỉnh thuốc hạ đường huyết sớm.

Ở bệnh nhân mắc ĐTD type 2 mà tình trạng bệnh ở mức vừa đến nặng, metformin và thuốc đồng vận SGLT2 nên được ngừng. Thuốc ức chế DPP4 và



linagliptin có thể dùng được ở các bệnh nhân có suy giảm chức năng thận mà không có nguy cơ hạ đường huyết. Sulfunylure có thể gây hạ đường huyết nặng ở bệnh nhân mà lượng calo đầu vào thấp. Thuốc đồng vận thụ thể GLP1 vốn dĩ có tác dụng giảm ngon miệng cộng thêm với thời gian bán hủy dài (1 tuần) nên cân nhắc ngừng thuốc. Đối với các bệnh nhân ĐTD type 2, việc điều trị bằng Insulin luôn được ưu tiên và cần bắt đầu sớm. Với những bệnh nhân đã dùng Insulin nền (basal) trước đó thì cần bổ sung các mũi Insulin phóng (bolus) để đảm bảo đường huyết.

Với bệnh nhân mắc ĐTD type 1 đang được điều trị Insulin phác đồ basal-bolus hoặc đang dùng liệu pháp

bơm insulin liên tục, liều Insulin nên được điều chỉnh thường xuyên, ngoài ra cũng cần xét nghiệm ceton thường xuyên để tránh hạ đường huyết ở những bệnh nhân giảm lượng thức ăn, thêm Insulin bolus để tránh tăng đường huyết nặng cũng như nhiễm toan ceton.

Kết luận: bệnh nhân ĐTD là một nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao và phức tạp khi nhiễm COVID 19. Nhóm bệnh nhân này cần được chú ý đặc biệt trong điều trị để giảm thiểu nguy cơ tử vong. ■

PGS. TS. TẠ VĂN BÌNH