

KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH KHÔNG LÂY

Bộ môn YHGĐ

Ths.Bs NGUYỄN BÁ HỢP

- Đối tượng : Bác sĩ định hướng YHGĐ 3 tháng
- Số lượng :
- Địa điểm : Trang web online ĐH Y Phạm Ngọc Thạch

MỤC TIÊU

KIẾN THỨC:

- Hiểu chính xác các bệnh mạn tính không lây
- Phân tích đầy đủ yếu tố nguy cơ, diễn tiến của bệnh trong cộng đồng theo xu thế phát triển của xã hội

KỸ NĂNG:

- Đánh giá đúng giai đoạn mức độ nặng nhẹ của bệnh → Quyết định điều trị đúng, chuyển viện an toàn hợp lý
- Đánh giá chính xác yếu tố nguy cơ, chiến lược điều trị của từng bệnh mạn tính không lây

THÁI ĐỘ

- Hiểu và cảm thông bệnh nhân và gia đình khi điều trị

ĐẠI CƯƠNG

- Bệnh mãn tính không lây là những bệnh hay gặp trong đời sống gia đình ở các nước đang phát triển
- Tỷ lệ bệnh cao huyết áp , bệnh tim thiếu máu , tiểu đường , rối loạn chuyển hóa , gout ngày càng tăng cao phù hợp mô hình bệnh tật chung
- Vấn đề phòng ngừa được đưa ra hàng đầu để tăng cường quản lý sức khỏe theo mô hình y học gia đình

RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA

- Rối loạn chuyển hóa mỡ
- Thừa cân, béo phì
- Tăng acide uric
- Rối loạn dung nạp đường



Case lâm sàng



Chị N nhân viên văn phòng, có 2 con ,chồng làm công nhân xây dựng

Trong đợt khám sức khỏe tổng quát quý 1/2014 bác sĩ cho biết chị bị tăng cholesterol và triglyceride.

Chị rất lo lắng và không hiểu phải điều trị thế nào?

RỐI LOẠN LIPID MÁU

<i>Loại mỡ trong máu</i>	<i>Trị số bình thường</i>	<i>Không tốt gây hại cho sức khỏe</i>
Cholesterol toàn phần	Dưới 200 mg%	Trên 240 mg%
LDL-c	Dưới 130 mg%	Trên 160 mg%
HDL-c	Trên 45 mg%	Dưới 35 mg%
VLDL-c		<2.5mmol/L
Triglycerid	Dưới 160 mg%	Trên 200 mg%

Tăng lipide thứ phát: Thiếu giáp, hội chứng thận hư, suy thận, tiểu đường, lupus ban đỏ rải rác, tình trạng ứ mật

CHỨC NĂNG SINH LÝ CỦA LIPOPROTEIN

- Chylomicron: Mang Triglyceride từ thức ăn đến gan
- VLDL: Mang Triglyceride & Cholesterol nội sinh
- IDL : Dạng trung gian của VLDL và LDL
- LDL: Mang Cholesterol nội sinh đến các tế bào (Cholesterol xấu)
- HDL: Mang Cholesterol từ tế bào đến gan (Cholesterol tốt)

PHÂN LOẠI RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPIDE (theo Friedrickson)

	Chylomicron	Cholesterol	Triglyceride
Type I	↑↑		
Type II A		↑↑	
Type IIB		↑↑	↑↑
Type III		B lipoproteine ↑↑	
Type IV			↑↑
Type V	↑		↑

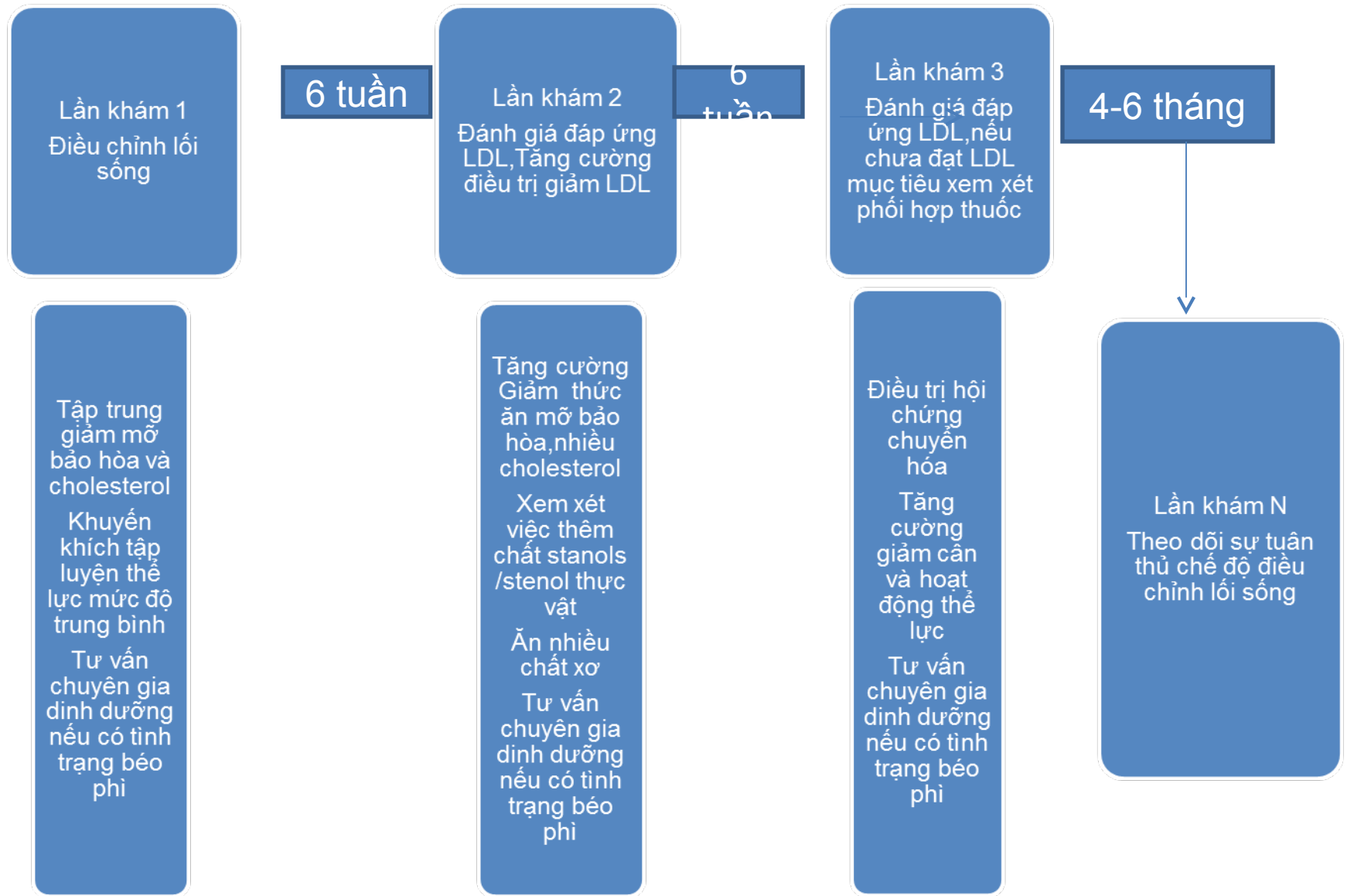
PHÂN LOẠI RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPIDE (theo lâm sàng)

- Tăng cholesterol đơn thuần: Type IIA
- Tăng hỗn hợp Cholesterol + Triglyceride type IIB
- Tăng triglyceride đơn thuần :Type IV
- Các type khác theo Friedrickson ít gặp

ĐIỀU TRỊ

- Quyết định Θ dựa trên tỉ lệ LDL cholesterol, yếu tố nguy cơ (thuốc lá, THA, TĐ, tuổi >45 t (nam) 55t (nữ), giai đoạn mãn kinh)
- **Điều trị không dùng thuốc**
 1. Ngừng hút thuốc lá, không uống quá nhiều rượu.
 2. Thay đổi thói quen ăn uống: giảm thực phẩm giàu cholesterol và các chất béo bão hòa
 3. Giảm cân ở người béo phì
 4. Tập thể dục thể thao.

MÔ HÌNH THAY ĐỔI LỐI SỐNG



THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG LIPIDE MÁU

- Nicotinic acide(Niacin):Niaspan,Crystalline
- Resin kết hợp acide mật:
Choletyramin,Colestipol,Colesevelam
- Nhóm fibrat(\downarrow Triglyceride , \uparrow HDLc):
Clofibrate,Gemfibrozil,Fenofibrate,Ciprofibrate
Benzafibrate
- Nhóm statine(\downarrow cholesterol, \downarrow LDL c):
Lovastatin,Pravastatin,Simvastatin,Atorvastati
n
- Thuốc khác:Probucol,Omega 3 acide..

THEO DÕI

- Mục tiêu: LDL Cholesterol giảm $<1,3\text{g/l}$
- Xét nghiệm kiểm tra $:> 2$ tháng và > 6 tháng sau ngưng thuốc \rightarrow khả năng tái phát, chức năng gan trước và sau khi điều trị
- Duy trì chế độ dinh dưỡng tập luyện ngừa tăng lipide máu tái phát



RỐI LOẠN ĂN UỐNG

- Rối loạn ăn uống ảnh hưởng khoảng 4% dân số Hoa kỳ
- Hay gặp thay đổi hành vi ăn uống và hình ảnh cơ thể không bình thường
- Tỷ lệ tử vong cao 2-6% chủ yếu là chết đói và tự tử



RỐI LOẠN ĂN UỐNG CHÁN ĂN DO THẦN KINH:

- Tiêu chuẩn DSM-IV, mã số 307.1
- Từ chối duy trì thể trọng $\geq 85\%$ cân nặng lý tưởng
- Sợ lên cân hay trở nên mập béo
- Xáo trộn nhận thức về thể trọng hay vóc dáng riêng
- Vô kinh ở phụ nữ tiền mãn kinh (ít nhất 3 chu kỳ liên tiếp)
- Lâm sàng hay gặp sau stress \rightarrow hành vi kiểm soát bốc đồng và sự ám ảnh thức ăn do những đặc điểm tâm lý

RỐI LOẠN ĂN UỐNG CHÁN ĂN DO THẦN KINH

Lâm sàng: Bệnh nhân có cảm giác sợ thối, kiệt sức do hoạt động quá mức, rối loạn giấc ngủ, táo bón buồn nôn, đau bụng → giảm trọng lượng cơ, da khô, phù ngoại vi, phì đại tuyến mang tai, nhịp tim chậm

Cận lâm sàng: Thiếu máu đẳng sắc đẳng bào, rối loạn điện giải, loãng xương, tăng cholesterol máu, suy thận do mất nước hạ kali máu

Chẩn đoán phân biệt : Trầm cảm nặng, tâm thần phân liệt, bệnh Alzheimer, lệ thuộc các chất gây nghiện, bệnh ung thư, viêm đại tràng

CHỨNG ĂN UỐNG VÔ ĐỘ DO THẦN KINH

Tiêu chuẩn chẩn đoán: DSM-IV, mã số 307.51

- Không kiểm soát hành vi ăn uống
- Chu kỳ ăn uống chè chén say sưa (xảy ra 2 lần mỗi tháng/3 tháng)
- Các hoạt động bù trừ tái phát để ngăn ngừa tăng cân
- Thiên kiến với sự chỉ trích về hình dáng và thể trọng

CHỨNG ĂN UỐNG VÔ ĐỘ DO THẦN KINH

- **Tiền sử gia đình:** Lạm dụng thuốc, lạm dụng tình dục, rối loạn cảm xúc, trầm cảm hoặc rối loạn nhân cách, béo phì
- **Triệu chứng:** Thay đổi cân nặng >4kg/1 tháng, vết nứt da bụng hoặc rối loạn điện giải
- **Hành vi:** Tiêu thụ đồ ngọt, thức ăn nhiều năng lượng → sử dụng thuốc hoặc tự gây ói hoặc tự xổ bằng thuốc nhuận tràng (80-90%)
- **Chẩn đoán phân biệt:** Rối loạn tâm thần, trầm cảm nặng, ung thư đường tiêu hóa, cai nghiện thuốc lá, ma túy

NHU CẦU DINH DƯỠNG

Công thức tính đơn giản nhu cầu năng lượng:

$$BEE = 1\text{kcalo/kg/giờ (hay } 24\text{kcal/kg/ngày)}$$

Trung bình:

Nam 35 -50kcal/kg cân nặng

Nữ 25-35 kcal/kg cân nặng

Theo tỉ lệ :

Chất bột đường - chất đạm - chất béo = 60 - 15 - 25 (%)

Theo bữa ăn

Sáng 30%, Trưa 40%, Tối 25%, Ăn phụ 5%

Theo cường độ lao động:

- Lao động nhẹ
2200-2400kcal
- Lao động nặng vừa
2600-2800kcal
- Lao động nặng loại B
3000-3200kcal
- Lao động nặng loại A
3400-3600kcal
- Lao động nặng đặc biệt
3800-4000kcal



Case lâm sàng

- Anh S 52 tuổi, trưởng phòng kinh doanh vật liệu xây dựng có vợ và 2 con ,gần đây anh hay đau các khớp gối và nhức khớp chân buổi sáng, không tập thể dục được.
- Kiểm tra sức khỏe trong công ty phát hiện tăng acide uric $>475\text{mg/dl}$.
- Anh lo lắng không biết tình trạng bệnh như thế nào? Bệnh có nặng không? Là BSGĐ anh chị giải quyết vấn đề như thế nào

GOUT

- Là bệnh lý viêm do lắng đọng tinh thể acid uric, sản phẩm oxy hóa của purin tại các khớp, mô dưới da và thận → viêm đau khớp cấp tính
- Tăng acide uric máu là dấu chứng của Gout, nhưng có trường hợp tồn tại đơn độc:
- Tăng acide uric tiên phát: bất thường chuyển hóa trong bào thai do giảm bài tiết hoặc tăng sản xuất
- Tăng acide uric thứ phát do các bệnh lý khác hoặc do thuốc điều trị → Gout





CÁC GIAI ĐOẠN LÂM SÀNG

Tiền phát:

- Tăng acide uric không triệu chứng
- Viêm khớp cấp
- Bệnh gout giữa các đợt cấp
- Bệnh gout với sạn mạn tính : Nốt tophi các khớp, bào mòn xương , sỏi acide uride bề thận

Thứ phát:

- Bệnh lý sản xuất quá mức:Tăng sinh tủy, lympho, thiếu máu tán huyết
- Bệnh lý giảm bài tiết A.uric:Lợi tiểu, ngộ độc chì

ĐIỀU TRỊ

Thuốc kháng viêm non steroide:

- AINS: Indomethacin
- Colchicine cắt ngay cơn gout cấp từ 6-12h nhưng có nhiều tác dụng phụ thường uống 0,5mg mỗi 1-2h cho đến khi triệu chứng giảm Tổng liều cho 1 ngày duy nhất 5mg (Giảm liều nếu bệnh nhân có bệnh gan , thận)
- Corticosterol có thể dùng trong cơn gout cấp: Prednisolone uống 40-60mg/ngày/ 3-5 ngày → giảm liều , chú ý tác dụng phụ của thuốc

ĐIỀU TRỊ

Thuốc giảm sản xuất acide uric:

Allopurinol là chất ức chế xanthine oxydase → tạo thành chất chuyển hóa dễ hòa tan → giảm nồng độ acide uric

- Liều bắt đầu 100mg/ngày trong bữa ăn sau đó tăng dần
- Liều trung bình 200-800mg/ngày (#<8mg/kg/ngàymáu)
- Tác dụng phụ: Nổi mẩn đỏ da, tiêu chảy, buồn nôn, tăng men gan và phosphatase kiềm

DỰ PHÒNG

- Tránh những thức ăn giàu purin: Tôm, cua, sò, thịt bò
- Không nhịn đói kéo dài → tăng nồng độ acide uric
- Tránh dùng aspirine, thuốc lợi tiểu
- Tập vận động thường xuyên
- Uống nhiều nước khi sử dụng các thuốc điều trị gout



Case lâm sàng

- Ông H 47 tuổi, huyết áp cao, kiểm tra sức khỏe của công ty xét nghiệm lượng đường trong máu cao 198mg/dl. Bệnh nhân không sụt kí, không khát nước hay tiểu đêm nhiều.
- Sau 3 tháng ông H được kiểm tra lại đường huyết 167mg/dl và HbA1C 7,1%. Sau khi điều trị đái tháo đường kèm chế độ dinh dưỡng hợp lý, Tình trạng cao huyết áp và lượng đường trong máu ổn định
- Ông H có ngưng điều trị được không? Là BSGĐ bạn sẽ tư vấn với bệnh nhân thế nào?

RỐI LOẠN DUNG NẠP ĐƯỜNG

- ĐTĐ là một nhóm bệnh chuyển hóa đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết do giảm tiết insuline, hoặc đề kháng insuline hoặc cả hai
→ Tình trạng phá hủy, rối loạn và suy giảm chức năng của nhiều cơ quan trong cơ thể mắt, thận, thần kinh, tim mạch và mạch máu
- ĐTĐ có tần suất bệnh ngày càng gia tăng do tuổi thọ gia tăng, tỉ lệ tử vong của bệnh ĐTĐ giảm, số lượng bệnh chưa được chẩn đoán trước đây gia tăng

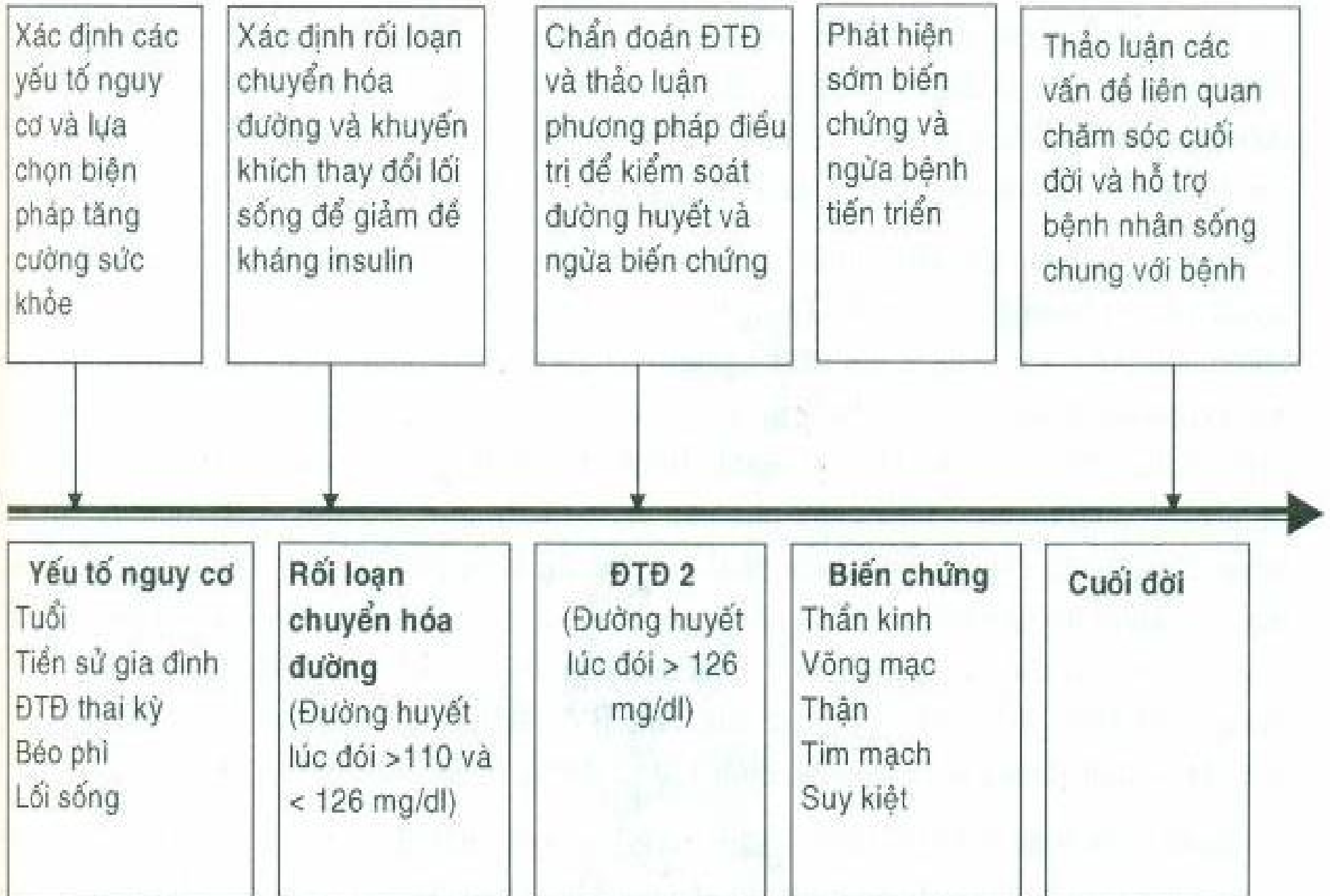
TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN ĐTĐ TYPE 2

- Có triệu chứng ĐTĐ kèm theo đường huyết bất kỳ $\geq 200\text{mg/dl}$ ($11,1\text{mmol/l}$) với các triệu chứng kinh điển tiểu nhiều, ăn nhiều, khát nhiều, gầy sút nhanh không giải thích được
- Đường huyết lúc đói $\geq 126\text{mg/dl}$ ($7,0\text{mmol/l}$)
- Đường huyết sau nghiệm pháp tăng đường huyết 2 giờ $\geq 200\text{mg/dl}$ ($11,1\text{mmol/l}$)

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

- Béo phì BMI $\geq 27 \text{kg/m}^2$ ($\geq 20\%$ cân nặng lý tưởng)
- Cha, mẹ, anh chị em bệnh ĐTĐ
- Tuổi ≥ 45 t, ít vận động
- Đã được chẩn đoán rối loạn dung nạp đường
- Cao huyết áp ($\geq 140/90 \text{mmHg}$)
- Có HDL cholesterol $< 35 \text{mg\%}$ ($< 0,90 \text{mmol/l}$) hay triglyceride $\geq 250 \text{mg\%}$ ($\geq 2,28 \text{mmol/l}$)
- Tiền sử ĐTĐ khi mang thai, sinh con nặng $> 4 \text{kg}$

CƠ HỘI QUẢN LÝ BỆNH NHÂN ĐTĐ



BSGD CẦN LÀM

- Dự phòng ,phát hiện cá nhân nào có yếu tố nguy cơ→ BSGĐ lên kế hoạch theo dõi ,tầm soát sức khỏe
- Can thiệp kịp thời trước khi có những bất thường về bệnh học
- Can thiệp sớm nhằm thay đổi lối sống, hành vi sẽ có lợi cho bất kỳ mức độ rối loạn chuyển hóa đường

THEO DÕI

- BSGĐ cần bàn bạc rõ với bệnh nhân về tiền sử gia đình, chẩn đoán ĐTĐ, các yếu tố nguy cơ đang gặp
- Giúp bệnh nhân thực hiện các chế độ ăn kiêng và thay đổi lối sống
- Tập trung phát hiện những biến chứng sớm và giải quyết kịp thời
- Khuyến bệnh nhân khám các chuyên khoa mắt, tim mạch, răng hàm mặt...khi cần thiết
- Chủng ngừa bệnh cúm, phế cầu

TỰ VẤN

- Giúp bệnh nhân tham gia các chương trình nâng cao kỹ năng tự chăm sóc và tuân thủ điều trị (dinh dưỡng,tiêm insuline,chăm sóc bàn chân.....)
- Thay đổi lối sống,giảm cân,tập thể dục,không uống rượu,không hút thuốc lá
- Tự vấn tác dụng phụ của thuốc,và những thuốc hỗ trợ cần thiết cho bệnh nhân

CÂU HỎI ĐẶT RA

4 câu hỏi cơ bản: FIFE

- Cảm nhận của bệnh nhân về các triệu chứng như thế nào (Feelings)
- Bệnh nhân có ý kiến gì về bệnh tiểu đường (Ideals)
- Bệnh ĐTĐ có tác động thế nào đến chức năng hàng ngày của họ (Functioning)
- Bệnh nhân mong đợi gì ở bác sĩ (Expectations)

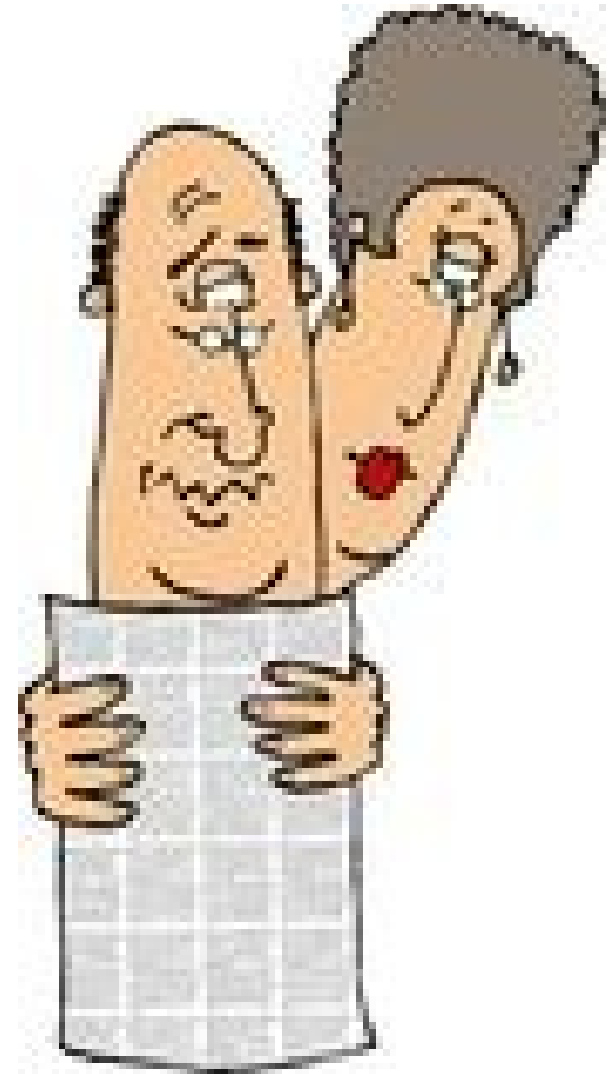


CHIẾN LƯỢC TỰ CHĂM SÓC

- Thảo luận với bệnh nhân kế hoạch điều trị, mục tiêu cụ thể (Viết ra giấy phát cho bệnh nhân)
- Tự kiểm soát mức đường huyết và điều chỉnh thuốc, chế độ ăn hợp lý (Cách sử dụng máy đo đường huyết, tác dụng của từng loại thuốc)
- Kiểm soát những tác động của ĐTĐ đến chức năng cơ thể và duy trì những hoạt động lao động, quan hệ của bệnh nhân và gia đình, xã hội

CHIẾN LƯỢC TỰ CHĂM SÓC

- Khuyến khích tập thể dục giảm cân để tăng cường sức khỏe và phục hồi những biến đổi sinh lý
- Giảm các yếu tố nguy cơ
- Tìm hiểu cách sử dụng các nguồn lực y tế để xây dựng chương trình tự chăm sóc giúp người bệnh tự tin, hiểu biết về bệnh ngày càng rõ ràng



CHĂM SÓC LIÊN TỤC

3 nội dung cơ bản:

- Đánh giá triệu chứng lâm sàng, vấn đề liên quan và chất lượng cuộc sống bệnh nhân do tác động của phương pháp đang điều trị
 - Đánh giá mức kiểm soát đường huyết
 - Khuyến khích phòng ngừa điều trị thích hợp
- BSGD tổ chức họp gia đình để thiết lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân, chia sẻ thông tin , kỹ năng, lắng nghe những ý kiến từ gia đình → điều chỉnh kế hoạch điều trị

Case lâm sàng

- Bệnh nhân A 35 tuổi, vợ 30 tuổi ,con gái 7 tuổi,con trai 5 tuổi.Bệnh cao huyết áp 5 năm thường mệt mỏi chóng mặt,hoa mắt,ù tai,đang dùng Tanatril 5mg/1ngày
- Bệnh nhân có thói quen uống 3 lon bia /ngày thường xuyên chơi tennis,đi bộ
- Gia đình :Cha ruột bị cao huyết áp
- Anh A rất muốn có một BSGĐ tư vấn về các yếu tố nguy cơ,biến chứng của bệnh như thế nào?

Case lâm sàng

- Ông A 60 tuổi ,vợ mất 6 tháng nay, sống chung với con trai,hút thuốc lá >15 năm, chỉ uống rượu khi có họp mặt bạn bè
- Khoảng 2 tháng trước thấy choáng váng chóng mặt,ù tai thỉnh thoảng nhìn không rõ
- Đo HA 175/100mmHg ,Mạch 86lần/phút
- Bệnh nhân được chẩn đoán cao huyết áp,Điều gì sẽ thực hiện tiếp để tầm soát và đánh giá yếu tố nguy cơ ông A

VẤN ĐỀ CHẨN ĐOÁN

- Tăng huyết áp là bệnh mãn tính, điều trị lâu dài có tác động của tình hình kinh tế xã hội (Trong 66% bệnh nhân có khoảng 21% kiểm soát được HA)

Chẩn đoán tăng huyết áp:

- Huyết áp trung bình $\geq 140/90$ mmHg trong 2 lần thăm khám
- HA tâm thu ≥ 210 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 120 mmHg hoặc có tổn thương cơ quan đích (tim, thận, não, mạch máu) chẩn đoán ngay lần đầu thăm khám

PHÂN ĐỘ HUYẾT ÁP THEO CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG THA

LOẠI	HUYẾT ÁP TÂM THU (mmHg)		HUYẾT ÁP TÂM TRƯỞNG (mmHg)
Bình thường	<120mmHg	và	<80mmHg
Tiền tăng huyết áp	120-139 mmHg	và/hoặc	80-89mmHg
<i>Tăng huyết áp</i>			
Giai đoạn 1	140-159mmHg	và/hoặc	90-99mmHg
Giai đoạn 2	>160mmHg	và/hoặc	>100mmHg
Giai đoạn 3	≥180mmHg	và/hoặc	≥110mmHg
Tăng huyết áp tâm thu đơn thuần	>140 mmHg		<90 mmHg

CÁC BƯỚC ĐIỀU TRỊ

GIAI ĐOẠN TĂNG HUYẾT ÁP	ĐIỀU TRỊ	TƯ VẤN
Giai đoạn 1		Thay đổi lối sống
Giai đoạn 2	Lợi tiểu Hạ áp	Thay đổi lối sống: Giảm lượng muối trong khẩu phần ăn Giảm cân Hạn chế các yếu tố nguy cơ: Lipide, thuốc lá, rượu Stress Tập thể dục, vận động
2 giai đoạn	Kế hoạch cụ thể cho từng bệnh nhân để đạt mục tiêu mong muốn	Tái khám 1 tháng /1 lần để theo dõi diễn tiến của bệnh

KẾ HOẠCH GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Bác sĩ kết hợp người bệnh thay đổi lối sống, ngăn ngừa những yếu tố nguy cơ → Ngừa những biến chứng

—Giảm cân:

- Mục tiêu : BMI < 27 vòng eo < 86,4cm (Nữ) < 99 (Nam)
- Kế hoạch : Ăn kiêng, Tăng hoạt động thể lực

—**Sử dụng rượu:** Không quá 30ml cồn hoặc 720ml bia hoặc 300ml rượu vang hoặc 60ml whisky

—Hoạt động thể lực mức trung bình

- Kế hoạch : Tập thể dục mỗi ngày từ 15-45 phút

—**Sử dụng muối:** < 6g NaCl/ngày

—**Ngưng hút thuốc lá**

Bệnh cảnh	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng huyết áp	Tăng huyết áp Độ 1	Tăng huyết áp Độ 2	Tăng huyết áp Độ 3
	Huyết áp tâm thu 120 - 129 mmHg và Huyết áp tâm trương 80 - 84 mmHg	Huyết áp tâm thu 130 - 139 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 85 - 89 mmHg	Huyết áp tâm thu 140 - 159 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 90 - 99 mmHg	Huyết áp tâm thu 160 - 179 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương 100 - 109 mmHg	Huyết áp tâm thu ≥ 180 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương ≥ 110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
Có ≥ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích hoặc đái tháo đường	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

Đo huyết áp, hỏi bệnh sử,
khám thực thể,
xét nghiệm, ECG

130-139/85-89 mmHg
(Tiền tăng HA)

140-159/90-99 mmHg
(Giai đoạn 1)

$\geq 160/\geq 100$ mmHg
(Giai đoạn 2)

Không
tiểu đường

Tiểu đường

Không có:
-yếu tố nguy cơ
-bệnh tim mạch,
-bệnh cơ quan đích

≥ 1 yếu tố nguy cơ.
Không có:
-bệnh tim mạch,
-bệnh cơ quan đích
-tiểu đường,

Bệnh tim mạch
hoặc bệnh cơ
quan đích hoặc
tiểu đường.

Thay đổi lối sống
+
thuốc hạ HA

Thay đổi
lối sống

Thay đổi lối
sống+thuốc
hạ HA

Thay đổi lối sống
trong 12 tháng

Thay đổi lối sống
trong 6 tháng

Thay đổi lối sống
+
Thuốc hạ HA

$\geq 140/90$ mm Hg

$\geq 140/90$ mm Hg

Thay đổi lối sống
+
điều chỉnh thêm
bằng thuốc hạ HA

Thay đổi lối sống
+
điều chỉnh thêm
bằng thuốc hạ HA

CHĂM SÓC LIÊN TỤC

- Yếu tố dịch tễ tồn tại: Tuổi, dân tộc, giới tính
- Bệnh đi kèm với tăng huyết áp: Đau khớp (36%) Tiểu đường (18%) Đau thắt ngực (18%) COPD (7%) Suy tim (6%) Đau lưng (4%) NMCT (2%)
- Tác dụng phụ của thuốc: trầm cảm, giảm ham muốn tình dục, giảm sức chịu đựng của cơ thể
- Giá thành thuốc có phù hợp với bệnh nhân không? HÀi lòng với cách điều trị không?

THAY ĐỔI HÀNH VI

- Bác sĩ cần bàn bạc rõ với bệnh nhân về vấn đề chăm sóc liên tục → Đưa ra mục tiêu cụ thể
- Bệnh nhân cần quan tâm bệnh của mình: Đo theo dõi HA tại nhà, tuân theo chỉ định của bác sĩ, thay đổi thói quen ăn mặn, vận động
- Nhận biết các tình huống HA gia tăng: Stress, thuốc lá, rượu, ăn uống
- Tạo mối liên hệ hài hòa, tin cậy, giữa bệnh nhân và bác sĩ trên phương thức giao tiếp có hiệu quả → thành công trong điều trị

MỤC TIÊU PHÒNG KHÁM YHGĐ

Khám ngoại trú và trả lời những câu hỏi:

- Bệnh nhân có cấp cứu hay không?
- Diễn biến bệnh có nặng lên hay không?
- Cái gì thường xảy ra?
- Cái gì che khuất bệnh hiện tại?
- Vấn đề bệnh và chứng: Bệnh lý, tâm sinh lý, hoàn cảnh đời sống kinh tế xã hội.....
- Bệnh nhân có cần khám chuyên khoa không?
- Chuyển viện có bảo đảm an toàn hay không ?
- Bệnh nhân muốn nói điều gì không?

KỸ NĂNG BÁC SĨ GIA ĐÌNH

- Là bác sĩ lâm sàng có năng lực chăm sóc bệnh nhân liên tục, toàn diện hướng về cộng đồng
- BSGĐ cần phối hợp , tham vấn các chuyên khoa tim mạch , thần kinh , tiết niệu với những hiểu biết đầy đủ quyền lợi của bệnh nhân → Quyết định đưa mục tiêu điều trị đúng
- Tạo một êkip chăm sóc tốt người bệnh: chuyên gia dinh dưỡng, bác sĩ , điều dưỡng, nhân viên xã hội → chăm sóc và thay đổi thái độ hành vi của người bệnh

CÁC BƯỚC GIẢI QUYẾT VẤN ĐỀ SỨC KHỎE THEO YHGD

1. Xác định vấn đề
2. Xác định các phương án giải quyết vấn đề càng nhiều càng tốt
3. Đánh giá kết quả của mỗi phương án, ưu nhược điểm của mỗi phương án
4. Chọn phương án tốt nhất
5. Thiết kế và thực hiện kế hoạch
6. Xem lại tiến triển đạt được và những khó khăn cần giải quyết

KẾT LUẬN

- Bệnh mãn tính không lây rất thường gặp trong hoàn cảnh kinh tế của các nước đang phát triển
- Tầm soát phát hiện bệnh giúp dự phòng những biến chứng gây tàn phế suốt đời
- BSGĐ cần bàn bạc kỹ với bệnh nhân và phối hợp , tham vấn các chuyên khoa đưa ra quyết định điều trị đúng trên cơ sở nguồn lực tài lực của bệnh nhân → thay đổi hành vi, thái độ của người bệnh

CẢM ƠN SỰ THEO DÕI CỦA QUÝ VỊ

