

DỰ ÁN SỨC KHỎE DỒI DÀO



TÀI LIỆU THAM KHẢO NHANH VỀ SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP & ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

*Cập nhật lần 3, ngày 15/12/2017
Sử dụng trong khuôn khổ dự án Sức khỏe Dồi dào*

Lời nói đầu

Tài liệu này được tổng hợp từ các nguồn hướng dẫn của Bộ Y tế, từ chương trình mục tiêu quốc gia, hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới, và từ kinh nghiệm thực tiễn của các chuyên gia lâm sàng về bệnh tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ). Tài liệu này sẽ giúp bác sĩ tuyến phường/xã tham khảo nhanh các khuyến cáo về sàng lọc, chẩn đoán, phân tầng nguy cơ, điều trị và chăm sóc lâu dài các bệnh mạn tính THA & ĐTĐ cũng như tiền THA & ĐTĐ **trong khuôn khổ dự án Sức khỏe dồi dào tại Quận Tân Phú.**

Trân trọng cảm ơn các chuyên gia lâm sàng của bệnh viện Nguyễn Tri Phương, Viện Tim, và Trung tâm Dinh dưỡng thành phố đã hỗ trợ các lớp đào tạo lâm sàng cho dự án Sức khỏe dồi dào. Cảm ơn quý thầy cô của bộ môn Y học Gia đình, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, các bác sĩ của Trung tâm Y tế Quận Tân Phú và thành viên Ban Quản lý dự án của Sở Y tế đã dành thời gian xem xét nội dung và đưa ra các góp ý hữu ích để hoàn chỉnh quyển tài liệu này.

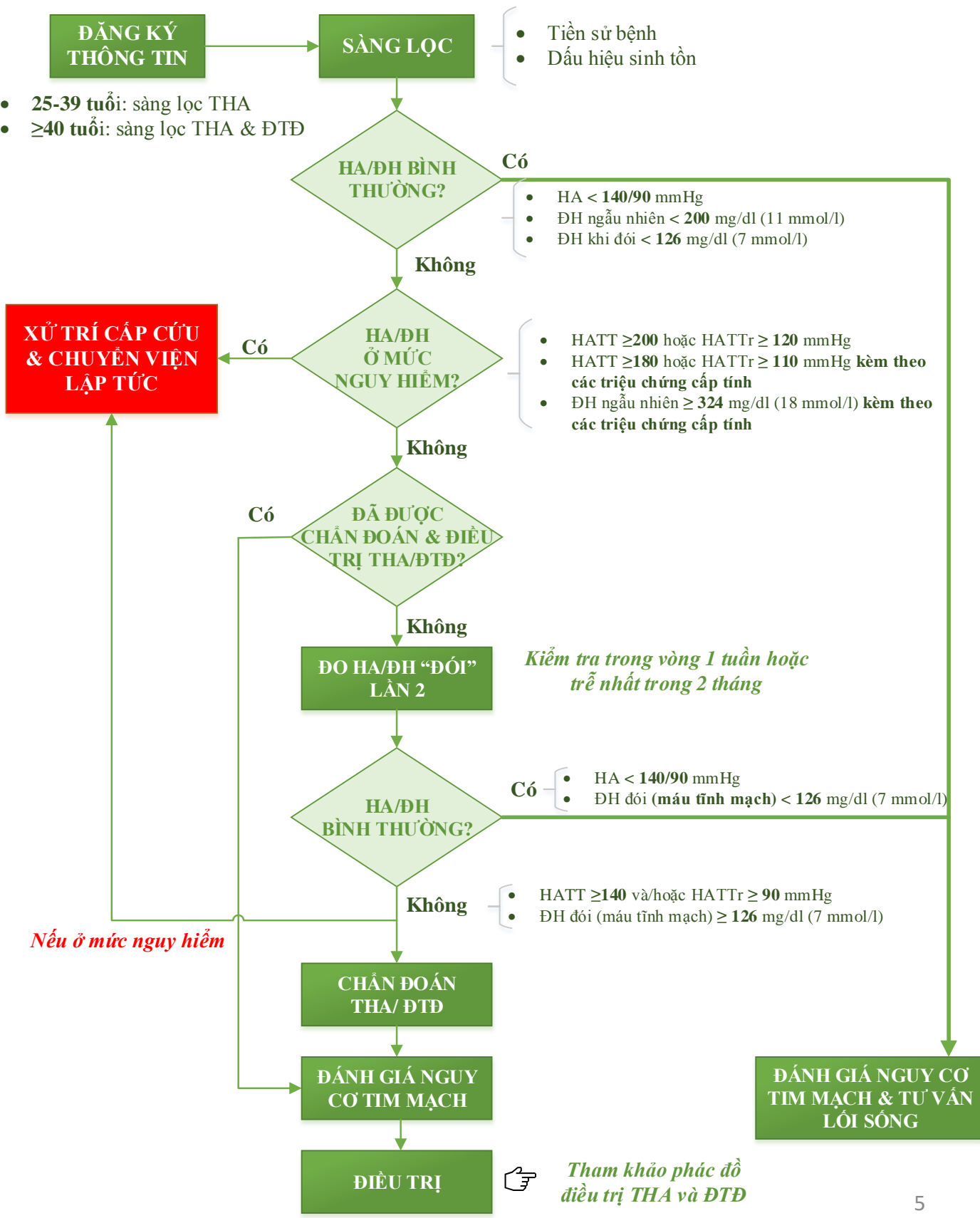
Mục lục

	Trang
Quy trình sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường trong dự án Sức khỏe dồi dào	5
Hướng dẫn điều trị bệnh tăng huyết áp	6
Hướng dẫn điều trị bệnh đái tháo đường	27
Hướng dẫn phòng ngừa nhồi máu cơ tim, đột quỵ và bệnh thận được lồng ghép trong quản lý bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường	45
Phương pháp tiếp cận 5A thuyết phục & hướng dẫn bệnh nhân lập kế hoạch thay đổi lối sống lành mạnh	51
Tài liệu tham khảo	60

Từ viết tắt

BB hay CB:	Chẹn bêta
CKCa:	Chẹn Canxi
CTTA:	Chẹn thụ thể angiotensin II
ĐH:	Đường huyết
DHP:	Dihydropyridine
ĐTĐ:	Đái tháo đường
Đv:	Đơn vị
ECG:	Điện tâm đồ
eGFR:	Độ Lọc Cầu Thận ước tính
Gđ:	Giai đoạn
GI:	Chỉ số đường huyết
HA:	Huyết áp
HATT:	Huyết áp tâm thu
HATTr:	Huyết áp tâm trương
NMCT:	Nhồi máu cơ tim
T/d:	Tác dụng
TBMN:	Tai biến máu não
THA:	Tăng huyết áp
TTCQ:	Tổn thương cơ quan
ƯCMC:	Ức chế men chuyển
WHO/ISH:	Tổ chức Y tế Thế giới và Hội Tăng huyết áp Quốc tế
WHO:	Tổ chức Y tế Thế giới
YTNC:	Yếu tố nguy cơ
YTNCTM:	Yếu tố nguy cơ tim mạch

PHẦN 1: QUY TRÌNH SÀNG LỌC TĂNG HUYẾT ÁP & ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG DỰ ÁN SỨC KHỎE DỒI DÀO



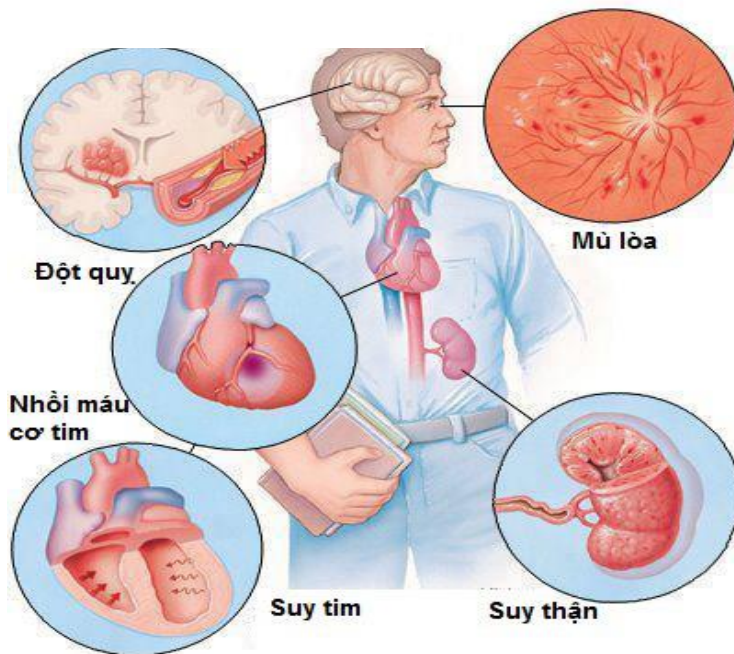
Lưu ý: những ca nghi ngờ tiền THA/ĐTĐ nên đo lần 2 để khẳng định tình trạng & điều trị dự phòng.

PHẦN 2

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP



Các biến chứng của bệnh tăng huyết áp



Những bệnh nhân có huyết áp rất cao (con tăng huyết áp) có thể phân nản về các biểu hiện sau: nhức đầu, lo âu, khó thở/thở ngắn, chảy máu cam

<http://sotayhoc.com/hoi-dap/hoi-dap-benh-tim-mach/bien-chung-cua-benh-tim-mach-va-benh-cao-huyet-ap.html>

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp

	HA tâm thu (tối đa)		HA tâm trương (tối thiểu)
1. Cán bộ y tế đo theo đúng quy trình	≥ 140 mmHg	và/hoặc	≥ 90 mmHg
2. Đo HA bằng máy đo HA tự động 24 giờ (Holter huyết áp)	≥ 130 mmHg		≥ 80 mmHg
3. Đo HA tại nhà: Tự đo nhiều lần	≥ 135 mmHg		≥ 85 mmHg

Phân độ tăng huyết áp dựa trên số đo HA (mmHg)

Phân độ HA	HATT		HATTr
HA tối ưu	<120	và	<80
HA bình thường	120 - 129	và/hoặc	80 - 84
HA bình thường cao (Tiền THA)	130 - 139	và/hoặc	85 - 89
THA độ 1	140 - 159	và/hoặc	90 - 99
THA độ 2	160 - 179	và/hoặc	100 - 109
THA độ 3	≥ 180	và/hoặc	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	và	<90

Nếu mức HATT và HATTr không cùng mức phân độ thì chọn mức cao hơn để xếp loại.
HATT đơn độc cũng được phân độ theo các mức biến động của HATT.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Phân tầng nguy cơ tim mạch tổng thể

Đánh giá khả năng bị các biến cố tim mạch chính (tai biến máu não có tử vong, tai biến máu não không tử vong hoặc nhồi máu cơ tim) trong 10 năm tiếp theo.

Nguy cơ	Biến cố TM 10 năm (%)
Thấp	< 15
Trung bình	15-20
Cao	20-30
Rất cao	> 30

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2496973/>

Các yếu tố nguy cơ tim mạch, tổn thương cơ quan đích và bệnh kèm theo để phân tầng nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ

- Giới nam
- Tuổi (nam ≥ 55 t, nữ ≥ 65 t)
- Hút thuốc lá
- Rối loạn lipid máu (Cholesterol-T >190 mg/dl, LDL-C >115 mg/dl, HDL-C < 40 mg/dl)
- Đường máu đói bất thường
- Thừa cân; béo phì; béo bụng
- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi)

TTCQ không có triệu chứng

- Hiệu áp ≥ 60 mmHg (ở người già)
- Điện tim dày thất trái
- Dày thành động mạch cảnh (IMT >0.9 mm) hoặc có mảng vữa
- Vận tốc sóng mạch đùi động mạch cảnh > 10 m/s
- Chỉ số cổ chân- cẳng tay < 0.9
- Bệnh thận mạn giai đoạn 3
- Albumine niệu vi thể (30-300mg/24 giờ)

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Phân tầng nguy cơ tim mạch tổng thể

Các bệnh kèm theo để phân tầng nguy cơ

Đái tháo đường

- Đường máu đói ≥ 126 mg/dl (7mmol/l) trong 2 lần đo liên tiếp và/hoặc,
- HbA1C $>7\%$ và/hoặc,
- Đường máu sau ăn ≥ 200 mg/dl (11 mmol/l)

Đã có bệnh tim mạch hoặc bệnh thận

- Bệnh mạch máu não: nhồi máu não, xuất huyết não, TBMN thoáng qua.
- Bệnh võng mạc tiến triển: xuất huyết, xuất tiết, phù gai thị
- Bệnh mạch vành: đau thắt ngực, NMCT, tái tưới máu bằng nong vành hoặc cầu nối
- Suy tim
- Protein niệu >300 mg/24 giờ
- Bệnh thận mạn gđ 4.
- Bệnh động mạch chi dưới có triệu chứng

Những yếu tố nguy cơ, tổn thương cơ quan và bệnh cảnh lâm sàng	Bình thường cao HATT :130-139 hoặc HATTr: 85-89 mmHg	THA Độ 1 HATT: 140-159 hoặc HATTr: 90-99 mmHg	THA Độ 2. HATT: 160-179 hoặc HATTr :100-109 mmHg	THA Độ 3. HA ≥ 180 /110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ		Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có 1-2 yếu tố nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao
Có ≥ 3 yếu tố nguy cơ,	Nguy cơ thấp đến trung bình	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao
Tổn thương cơ quan đích, Bệnh thận mạn gđ 3 hoặc Đái tháo đường	Nguy cơ trung bình đến cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao đến rất cao
Bệnh Tim Mạch có triệu chứng, Bệnh Thận Mạn gđ ≥ 4 đi kèm hoặc ĐTDĐ có TTCQ đích, niệu YTN	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Chỉ định các xét nghiệm lâm sàng

Các xét nghiệm ban đầu

1. Tổng phân tích nước tiểu
2. Sinh hoá máu: K^+ , Na^+ , Creatinine, đường huyết đói, Cholesterol toàn phần, HDL, LDL, Triglycerides
3. ĐTĐ 12 chuyển đạo

Không chỉ định thường quy xét nghiệm microalbumin niệu ở bệnh nhân THA không có tiểu đường

Các xét nghiệm cần làm trong quá trình theo dõi điều trị

Điện giải đồ, creatinine, glucose, và lipids cần kiểm tra định kỳ để đánh giá tình trạng bệnh.

Cần làm thêm xét nghiệm cho một số bệnh nhân đặc thù

1. Xét nghiệm microalbumin niệu cho bệnh ĐTĐ và bệnh thận mạn do khuyến cáo điều trị khác nhau đối với nhóm bệnh nhân này
2. Bệnh nhân có nghi ngờ THA thứ phát do bệnh tuyến nội tiết hoặc mạch máu

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Mục tiêu điều trị tăng huyết áp

- ✓ **Mục tiêu trước mắt:** đưa chỉ số HA về HA mục tiêu (mức HA có nguy cơ tim mạch thấp nhất).
 - ✓ **Mục tiêu lâu dài:** giảm các biến cố và tử vong do tim mạch.
-

Huyết áp mục tiêu

(VSH/VNHA 2014 ESC/ESH 2013 ASH/ISH 2014)

- ❖ **Bệnh nhân THA > 18 tuổi:** mục tiêu chung HA < 140/90 mmHg
 - ❖ **Bệnh nhân THA > 80 tuổi:** mục tiêu HA < 150/90 mmHg
 - ❖ **Nếu THA có kèm bệnh lý sau:** mục tiêu HA < 140/90 mmHg
 - Bệnh thận mạn
 - Đái tháo đường
 - Hội chứng chuyển hóa
 - Microalbumin niệu
 - Bệnh mạch vành
-

Nguyên tắc điều trị tăng huyết áp

- ✓ Điều trị lâu dài (**suốt đời**).
- ✓ Thay đổi lối sống **LUÔN** cần thiết cho dự phòng & điều trị.
- ✓ Điều trị THA bao gồm cả kiểm soát các YTNC tim mạch tổng thể và bảo vệ mạch máu.
- ✓ Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có TTCQ đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Chiến lược điều trị bệnh tăng huyết áp theo độ huyết áp và nguy cơ tim mạch

	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng huyết áp	Tăng huyết áp Độ 1	Tăng huyết áp Độ 2	Tăng huyết áp Độ 3
Bệnh cảnh	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 \geq 180 mmHg và/hoặc Huyết áp tâm trương \geq 110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào	Theo dõi huyết áp định kỳ	Theo dõi huyết áp định kỳ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tháng + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNC TM)	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát YTNC vài tuần + Dùng thuốc nếu không kiểm soát được huyết áp	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có \geq 3 YTNC TM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc tổn thương cơ quan đích	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Cân nhắc điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay
Có đái tháo đường	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Điều trị thuốc	Điều trị thuốc	Điều trị thuốc	Dùng thuốc ngay
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay	Tích cực thay đổi lối sống Kiểm soát yếu tố nguy cơ + Dùng thuốc ngay

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Điều trị tăng huyết áp

Bệnh nhân > 18 tuổi: HA \geq 140/90mmHg;
Bệnh nhân > 80 tuổi: HA \geq 150/90mmHg;
Bệnh nhân ĐTD, bệnh thận mạn: HA \geq 140/90mmHg

Thay đổi lối sống

Điều trị thuốc

Tăng HA độ 1

Tăng HA độ 2,3

Tăng HA có chỉ định điều trị bắt buộc

Lợi tiểu liều thấp hoặc thay thế bằng một thuốc khác như ỨCMC, CTTA, CKCa, BB *

Phối hợp 2 thuốc khi HATT > 20 mmHg hoặc HATT_r > 10 mmHg trên mức HA mục tiêu **

HA mục tiêu không đạt

Phối hợp 3 thuốc ưu tiên ỨCMC/CTTA + lợi tiểu + CKCa

HA mục tiêu không đạt

Phối hợp 4 thuốc, xem xét thêm chẹn beta, kháng aldosterone hay nhóm khác

HA mục tiêu không đạt

Tham khảo chuyên gia về THA, điều trị can thiệp

- Bệnh thận mạn: ỨCMC/CTTA
- ĐTD: ỨCMC/CTTA
- Bệnh mạch vành: BB + ỨCMC/CTTA, CKCa
- Suy tim: ỨCMC/CTTA + BB, lợi tiểu, kháng aldosterone
- Đột quy: ỨCMC/CTTA, lợi tiểu

Các nhóm thuốc điều trị hàng đầu

- Lợi tiểu
- ỨCMC: ức chế men chuyển
- CTTA: chẹn thụ thể angiotensin II
- CKCa: chẹn kênh canxi
- BB: chẹn beta

* - THA độ 1 không có nhiều YTNC đi kèm có thể chậm dùng thuốc sau một vài tháng thay đổi lối sống.

- BN > 60 tuổi: ưu tiên lợi tiểu, CKCa và hạn chế BB.

- BN < 60 tuổi: ưu tiên ỨCMC, CTTA.

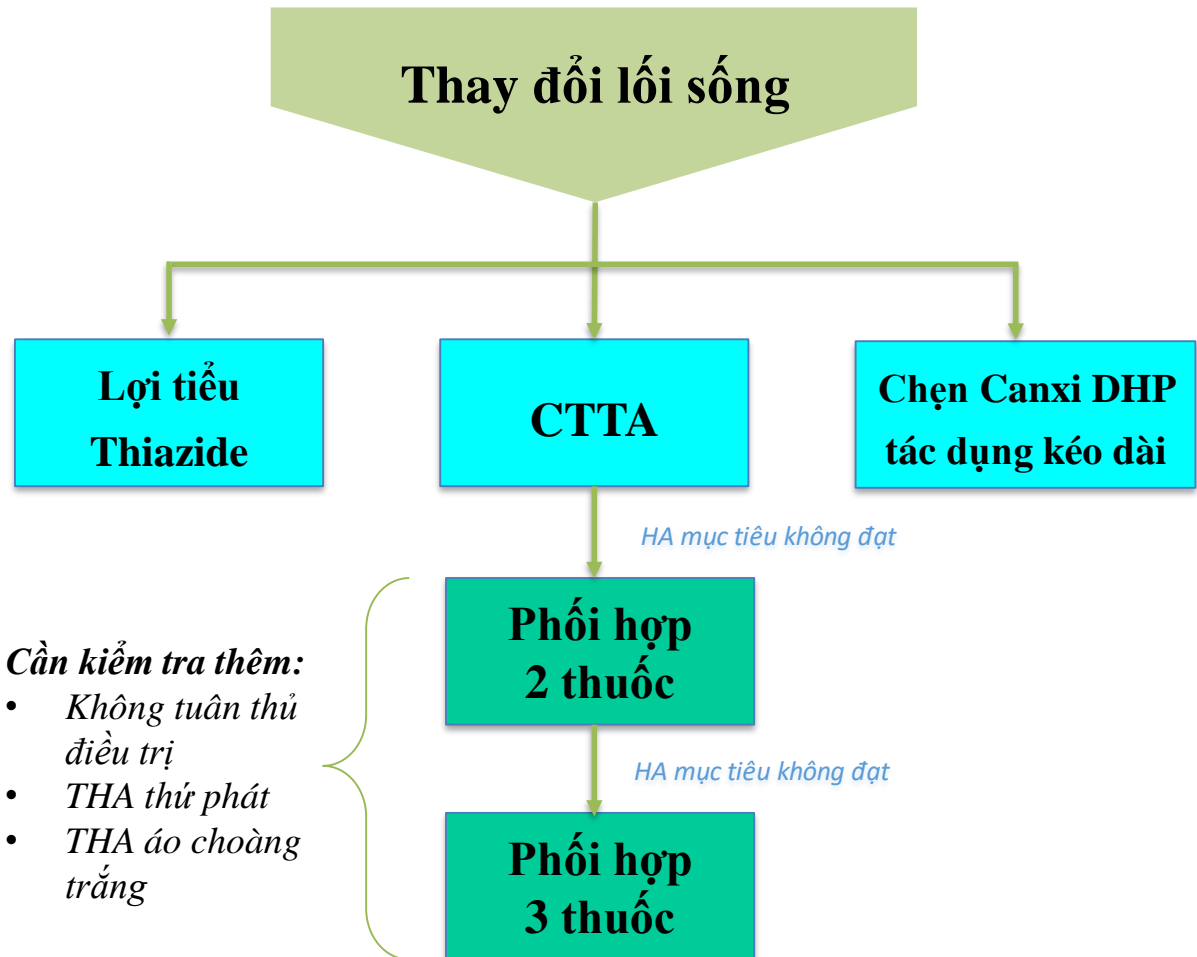
** - Khi sử dụng 1 thuốc nhưng không đạt HA mục tiêu sau 1 tháng.

- Ưu tiên phối hợp: ỨCMC/CTTA + CKCa hoặc lợi tiểu.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Điều trị tăng huyết áp tâm thu đơn độc **KHÔNG** có chỉ định ưu tiên

Mục tiêu HA <140 mmHg



Trường hợp không kiểm soát được HA hoặc có tác dụng phụ, có thể phối hợp thuốc khác như UCMC, chẹn alpha, tác động thần kinh trung ương, hoặc Chẹn Canxi non-DHP.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Chọn lựa thuốc tăng huyết áp không có tình huống lâm sàng đi kèm

Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên* nhưng xem xét ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 nếu cần đạt HA <140/90 mmHg	Thêm thuốc thứ 3 cần đạt HA < 140/90 mmHg**
THA: < 60 tuổi	CTTA/ ỨCMC	CKCa hoặc thiazide	CKCa + ỨCMC/CTTA + lợi tiểu thiazide
THA > 60 tuổi	CKCa hoặc thiazide (mặc dù ỨCMC/CTTA cũng thường hiệu quả)	CTTA/ỨCMC (hoặc CKCa hoặc thiazide, nếu ỨCMC/CTTA đã sử dụng đầu tiên)	CKCa + ỨCMC/CTTA + lợi tiểu thiazide

*Chọn 1 trong 5 nhóm: ỨCMC, CTTA, CKCa, CB, Lợi tiểu thiazide

** Không đạt mục tiêu phối hợp 4 thuốc: xem xét thêm chẹn beta, kháng aldosterone hay nhóm khác (giãn mạch, chẹn alpha, kháng alpha trung ương...)

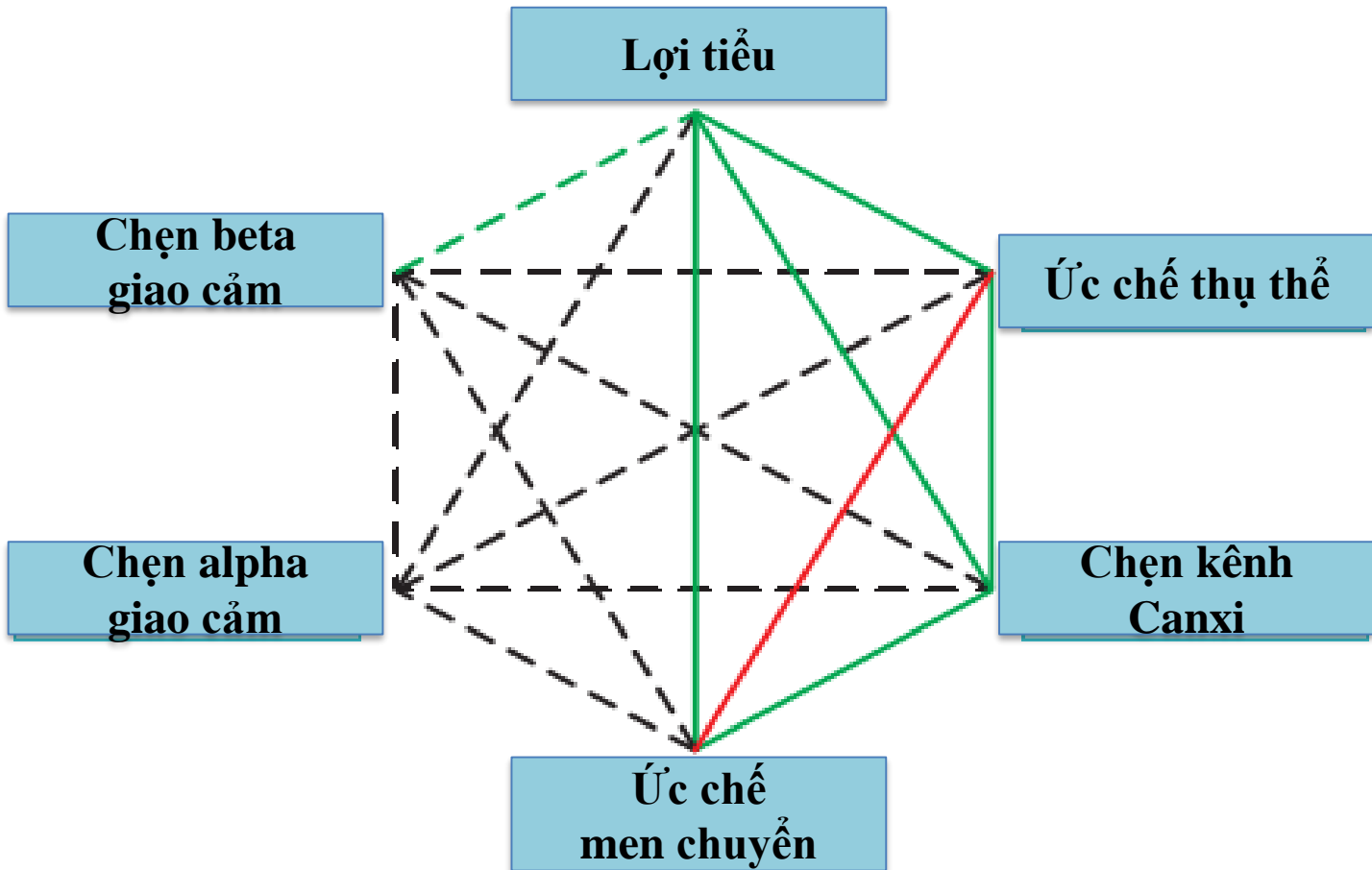
Chọn lựa thuốc tăng huyết áp có tình huống lâm sàng đi kèm (chỉ định bắt buộc)

Loại bệnh nhân	Thuốc đầu tiên ưu tiên	Thêm thuốc thứ 2 ưu tiên nếu cần để đạt HA < 140/90 mmHg	Thêm thuốc thứ 3 để đạt HA < 140/90 mmHg*
THA và ĐTD	CTTA/ỨCMC	CKCa hay thiazide;	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)
THA và bệnh thận mạn	CTTA/ỨCMC	CKCa hay lợi tiểu thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)
THA và bệnh ĐMV lâm sàng	CB+ CTTA/ỨCMC	CKCa hay thiazide	Thuốc thứ 2 thay thế (thiazide hay CKCa)
THA và tiền sử đột quỵ	ỨCMC /CTTA	Lợi tiểu thiazide hay CKCa	Thuốc thứ 2 thay thế (CKCa hay lợi tiểu thiazide)
THA và suy tim	CTTA/ỨCMC + CB + spironolactone khi suy tim độ II- IV + lợi tiểu thiazide, quai khi ứ dịch. CKCa nhóm Dihydropyridine có thể thêm vào nếu cần kiểm soát HA		

- Không đạt mục tiêu phối hợp 4 thuốc: xem xét thêm chẹn beta, kháng aldosterone hay nhóm khác (giãn mạch, chẹn alpha, kháng alpha trung ương...)

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Sơ đồ phối hợp thuốc trong điều trị tăng huyết áp



Ưu tiên phối hợp

Nếu có chỉ định bắt buộc

Không ưu tiên phối hợp

Không phối hợp



BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Chỉ định ưu tiên và chống chỉ định đối với một số nhóm thuốc hạ huyết áp

Nhóm thuốc	Chỉ định ưu tiên	Thận trọng	Chống chỉ định
Lợi tiểu thiazide	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), suy tim, dự phòng thứ phát đột quỵ	Hội chứng chuyển hóa, rối loạn dung nạp glucose, thai nghén	Bệnh gút
Lợi tiểu quai	Suy thận giai đoạn cuối, suy tim		
Lợi tiểu (loại kháng aldosterone)	Suy tim, sau nhồi máu cơ tim		Suy thận, kali máu cao
Ức chế men chuyển (ỨCMC)	Suy tim, rối loạn chức năng thất trái, sau nhồi máu cơ tim, phì đại thất trái, bệnh thận do đái tháo đường, có protein hoặc microalbumin niệu, rung nhĩ, hội chứng chuyển hóa, xơ vữa động mạch cảnh	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao
Ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (ỨCTT)	Suy tim, sau nhồi máu cơ tim, phì đại thất trái, bệnh thận do đái tháo đường, có protein hoặc micro albumin niệu, rung nhĩ, hội chứng chuyển hóa, có chỉ định dùng nhưng không dung nạp với ỨCMC	Suy thận, bệnh mạch máu ngoại biên	Thai nghén, hẹp động mạch thận hai bên, kali máu cao
Chẹn kênh canxi (loại dihydropyridin)	THA tâm thu đơn độc (người cao tuổi), đau thắt ngực, phì đại thất trái, THA ở phụ nữ có thai	Nhịp tim nhanh, suy tim	
Chẹn kênh canxi (loại ức chế nhịp tim)	Đau thắt ngực, nhịp nhanh trên thất		Blốc nhĩ thất độ 2-3, suy tim
Chẹn bêta	Đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim, nhịp tim nhanh, tăng nhãn áp, THA ở phụ nữ có thai	Bệnh mạch máu ngoại vi, hội chứng chuyển hóa, rối loạn dung nạp glucose	Hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, blốc nhĩ thất độ 2-3
Chẹn anpha	Phì đại lành tính tiền liệt tuyến	Hạ huyết áp tư thế đứng, suy tim	Đái dầm

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Một số loại thuốc hạ huyết áp thường dùng

Nhóm thuốc	Loại thuốc	Liều ban đầu	Liều duy trì hàng ngày
Lợi tiểu	<i>Lợi tiểu thiazide</i>		
	Hydrochlorothiazide	12,5 mg	12,5 – 25 mg
	Indapamide	1,5 mg	1,5-3 mg
	<i>Lợi tiểu tác động lên quai Henle</i>		
	Furosemide	20 mg	20-80 mg
	<i>Lợi tiểu giữ kali</i>		
	Spirolactone	25 mg	25-75 mg
Chẹn kênh canxi	<i>Loại Dihydropyridine (DHP)</i>		
	Amlodipine	5 mg	2,5-10 mg
	Felodipine	5 mg	2,5-20 mg
	Lacidipine	2 mg	2-6 mg
	Nicardipine SR	20 mg	60-120 mg
	Nifedipine Retard	10 mg	10-80 mg
	Nifedipine LA	30 mg	30-90 mg
	<i>Loại Benzothiazepine</i>		
	Diltiazem	60 mg	60-180 mg
	<i>Loại Diphenylalkylamine</i>		
	Verapamil	80 mg	80-160 mg
Verapamil LA	120 mg	120-240 mg	

Nhóm thuốc	Loại thuốc	Liều ban đầu	Liều duy trì hàng ngày
Tác động lên hệ renin angiotensin	<i>Loại ức chế men chuyển (ƯCMC)</i>		
	Benazepril	10 mg	10-40 mg
	Captopril	25 mg	25-100 mg
	Enalapril	5 mg	5-40 mg
	Imidapril	2,5 mg	5-20 mg
	Lisinopril	5 mg	10-40 mg
	Perindopril	5 mg	5-10 mg
	Quinapril	5 mg	10-40 mg
	Ramipril	2,5 mg	2,5-20 mg
	<i>Loại ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (ƯCTT)</i>		
	Candesartan	4 mg	4-32 mg
	Irbesartan	75 mg	150-300 mg
	Losartan	25 mg	25-100 mg
	Telmisartan	40 mg	20-80 mg
	Valsartan	80 mg	80-160 mg
Chẹn beta giao cảm	<i>Loại chẹn beta chọn lọc β_1</i>		
	Atenolol	25 mg	25-100 mg
	Bisoprolol	2,5 mg	2,5-10 mg
	Metoprolol	50 mg	50-100 mg
	Acebutolol	200 mg	200-800 mg
	<i>Loại chẹn cả beta và anpha giao cảm</i>		
	Labetalol	100 mg	100-600 mg
	Carvedilol	6,25 mg	6,25-50 mg
	<i>Loại chẹn beta không chọn lọc</i>		
	Propranolol	40 mg	40-160 mg
Chẹn anpha giao cảm	Doxazosin mesylate	1 mg	1-8 mg
	Prazosin hydrochloride	1 mg	1-6 mg
Tác động lên hệ giao cảm trung ương	Clonidine	0,1 mg	0,1-0,8 mg
	Methyldopa	250 mg	250-2000 mg
Giãn mạch trực tiếp	Hydralazine	10 mg	25-100 mg

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Tác dụng phụ của thuốc

Loại thuốc	Tác dụng phụ
ỨCMC	<ul style="list-style-type: none">• Ho khan kéo dài• Gây mẫn cảm trên da• Ăn kém ngon• Phù Quincke• Tăng kali máu, tăng mức độ suy thận
CKCa	<ul style="list-style-type: none">• Chóng mặt, nhức đầu, nóng bừng mặt• Táo bón• Cảm giác hồi hộp lo âu• Phù mắt cá chân và bàn chân
Thuốc đồng vận trung ương	<ul style="list-style-type: none">• Chứng táo bón, khô miệng, buồn ngủ• Trầm cảm• Rối loạn cương dương (hiếm)• Ngưng thuốc đột ngột: nhức đầu, run giật, đau bụng, vã mồ hôi, tăng nhịp tim
Lợi tiểu	<ul style="list-style-type: none">• Mất nước do tiểu nhiều• Hạ kali máu do thải qua nước tiểu, gây yếu chân hoặc chuột rút• Thiazide: tăng acid uric máu
Chẹn beta	<ul style="list-style-type: none">• Mất ngủ, mệt mỏi, trầm cảm• Che dấu dấu chứng giảm đường huyết• Cảm giác lạnh đầu chi• Co mạch ngoại vi, làm nặng thêm hiện tượng Raynaud• Giảm nhịp tim, chậm dẫn truyền nhĩ thất• Khởi phát cơn suyễn• Suy tim tăng nặng hơn• Rối loạn cương dương (hiếm)• Đau thắt ngực, NMCT khi ngưng thuốc đột ngột
Chẹn alpha 1	<ul style="list-style-type: none">• Hạ HA tư thế đứng

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Theo dõi và xử trí tác dụng phụ của thuốc

Một số tác dụng phụ liên quan đến thuốc có thể giảm dần theo thời gian. Có thể điều chỉnh bằng thay đổi lối sống hoặc thuốc hỗ trợ. Nếu tác dụng phụ vẫn không cải thiện, có thể giảm liều thuốc hoặc chuyển sang thuốc khác.

Chóng mặt, choáng váng hoặc ngất xỉu (tất cả các loại thuốc điều trị THA, đặc biệt là thuốc chẹn alpha). Khi đứng lên từ vị trí ngồi nên đứng lên từ từ. Khi đứng lên từ vị trí nằm, nên khởi đầu bằng ngồi trên mép giường với đôi chân đong đưa trong một đến hai phút và sau đó đứng lên từ từ. Đặc biệt, cẩn thận khi thức dậy lúc nửa đêm đi toilet. Tránh tập thể dục quá mức cũng như tập thể dục trong thời tiết nóng bức. Ngoài ra, cần tránh đứng lâu uống nhiều rượu.

Nhức đầu (thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn alpha, thuốc chẹn thụ thể angiotensin II, thuốc chẹn kênh calci và thuốc làm giãn mạch trực tiếp): tắm nước ấm, chườm lạnh vào vùng đau, tập thể dục thường xuyên và hít thở sâu có thể giúp giảm đau đầu. Nếu những biện pháp này không hiệu quả, có thể dùng thuốc giảm đau đầu.

Buồn ngủ (thuốc chẹn alpha và thuốc đồng vận trung ương): uống thuốc 30 phút trước khi đi ngủ. Nên tránh các loại thuốc gây buồn ngủ khác như thuốc kháng histamin, thuốc ngủ, thuốc giảm đau và thuốc giãn cơ.

Khô miệng (thuốc đồng vận trung ương): nhai kẹo cao su không đường hoặc ngậm đá viên nhỏ hoặc sử dụng nước bọt nhân tạo.

Đau, sưng tấy hoặc chảy máu nướu (thuốc chẹn kênh canxi): vệ sinh răng miệng sạch sẽ bằng cách đánh răng, dùng chỉ nha khoa và mát xa lợi răng hàng ngày. Khám nha sĩ định kỳ.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Theo dõi và xử trí tác dụng phụ của thuốc

Ho khan (do thuốc UCMC): thường gặp. Ho kéo dài dai dẳng, hết ho khi ngưng thuốc. Tác dụng này có liên quan đến liều lượng của thuốc. Do vậy, có thể giảm liều và phối hợp thêm thuốc khác trong trường hợp chưa hạ HA đến mức mong muốn. Nếu vẫn còn ho thì ngưng UCMC và chuyển sang CTTA.

Hen suyễn (do thuốc chẹn beta): **thận trọng khi dùng cho bệnh nhân hen**, tốt nhất là nên dùng liều thuốc đầu tiên tại bệnh viện để nếu có cơn hen khởi phát thì có thể xử trí tức thì.

Nhịp chậm (do thuốc chẹn beta, chẹn kênh Canxi non-DHP): theo dõi nhịp tim của bệnh nhân để chỉnh liều kịp thời.

Dạ dày bị khó chịu (do thuốc chẹn thụ thể angiotensin II, thuốc chẹn beta, thuốc giãn mạch trực tiếp và thuốc lợi tiểu): dùng thuốc với bữa ăn hoặc với một ly sữa.

Thường xuyên đi tiểu vào ban đêm (do thuốc chẹn beta và thuốc lợi tiểu): uống thuốc vào buổi sáng hoặc dùng liều cuối cùng trước 6 giờ chiều.

Táo bón (do thuốc chẹn kênh canxi và thuốc đồng vận trung ương) : ăn các loại thực phẩm giàu chất xơ như trái cây, rau, ngũ cốc, gạo nguyên cám và đậu; và tập thể dục cường độ trung bình 5 – 7 ngày/tuần, bổ sung thuốc nhuận trường.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Theo dõi và xử trí tác dụng phụ của thuốc

Mất nước (do thuốc lợi tiểu): Uống nhiều nước mỗi ngày, uống chất chứa cồn và cà phê với lượng vừa phải.

Mất kali (do thuốc lợi tiểu quai và thiazid): ăn những thức ăn giàu kali như trái cây và rau cải, bổ sung viên Kali hoặc thêm thuốc lợi tiểu giữ Kali (spironolacton).

Tăng kali máu hoặc tăng creatinin máu (do thuốc ức chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể angiotensin II): đo nồng độ kali và creatinin máu trước khởi đầu điều trị hoặc trước khi tăng liều và sau đó 2 tuần (có thể sau 1 tuần nếu bệnh nhân có suy thận). Nếu kali máu > 5.5 mmol/l hoặc creatinin tăng $> 30\%$ mức trước đó, trước tiên cần loại trừ các nguyên nhân khác như bệnh nhân đang dùng thuốc bổ sung kali, dùng lợi tiểu giữ kali, NSAIDS hoặc do thiếu dịch. Sau khi đã loại trừ, có thể giảm liều thuốc về mức trước đó hoặc ngưng thuốc, chuyển sang nhóm hạ áp khác.

Nhạy cảm đối với thời tiết lạnh (do thuốc chẹn alpha, thuốc chẹn beta và thuốc làm giãn mạch trực tiếp): mặc quần áo ấm, giữ tai, bàn tay và bàn chân được che phủ trong thời tiết lạnh.

Nhạy cảm với ánh sáng mặt trời (do thuốc chẹn beta, thuốc giãn mạch trực tiếp và thuốc lợi tiểu): tránh ánh sáng mặt trời trực tiếp, đặc biệt từ 10 giờ sáng và 3 giờ chiều. Mặc quần áo bảo vệ (bao gồm cả mũ và kính mát rộng) và sử dụng kem chống nắng và kem dưỡng môi với SPF ít nhất là 15.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Xử trí cơn tăng huyết áp cấp

Tình trạng lâm sàng	Khuyến cáo
THA cấp cứu là tình trạng HA tăng cao > 180/120 mmHg với các biểu hiện đe dọa hoặc tổn thương cơ quan đích đang tiến triển	Cần nhập viện điều trị hạ HA bằng thuốc đường TM ngay để giảm các biến cố với mức hạ HATB không quá 25% trong 1 giờ đầu; nếu sau đó bệnh nhân ổn định có thể hạ HA đến 160/100-110 mmHg trong 2 giờ đến 6 giờ kế tiếp
Thuốc điều trị THA cấp cứu	Labetalol, Sodium Nitroprusside, Nicardipine, Nitrates và lợi tiểu là các thuốc thường được dùng qua đường tĩnh mạch nhưng cần cá nhân hóa
HA tăng cao đơn thuần không có tổn thương cơ quan đích (THA khẩn cấp) với nhức đầu, chóng mặt, lo lắng nhiều, không xem như THA cấp cứu	Đích điều trị là HATTr 100-110 mmHg trong nhiều giờ, không cần nằm viện, tái khám sau 24 giờ. Điều trị thuốc uống hoặc tiêm và có thể cho thêm an thần. Hạ HA nhanh cần tránh để giảm nguy cơ thiếu máu não hoặc thiếu máu cơ tim cục bộ

Trong tình huống không có sẵn thuốc đường tĩnh mạch, có thể sử dụng các loại thuốc sau đây với điều kiện là cho liều lượng thích hợp và theo dõi HA liên tục để hạ HA trong 2 giờ đầu không quá 25% mức HA trung bình ban đầu và 2-6 giờ sau đạt mức HA 160/100 mmHg.

- ✓ **Nitroglycerine:** xịt hoặc ngậm dưới lưỡi: 0,4 mg, 0,8 mg, 0,12 mg.
- ✓ **Captopril** ngậm dưới lưỡi: 6,5 mg - 50 mg, tác dụng sau 15 phút.
- ✓ **Clonidine:** 0,2 mg - 0,8 mg, tác dụng sau 30-60 phút.
- ✓ **Labetalol:** 100 - 200 mg, tác dụng sau 30 phút.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Điểm mới trong điều trị bệnh tăng huyết áp

Quản lý (điều trị) THA là quản lý (điều trị) tất cả các YTNC tim mạch và bảo vệ mạch máu bao gồm **việc khuyến nũ và kê thuốc để bệnh nhân ngừng hút thuốc**. Để bảo vệ mạch máu cho bệnh nhân:

❑ **Statin** được khuyến cáo sử dụng ở các bệnh nhân THA nguy cơ cao (có chẩn đoán các bệnh xơ vữa mạch máu hoặc có ít nhất 3 YTNC: giới tính nam, tuổi ≥ 55 , hút thuốc, ĐTĐ típ 2, tỉ số Chol-T/HDL ≥ 6 , tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm, đột quy, ECG bất thường, bệnh động mạch ngoại biên, phì đại tâm thất trái, microalbumin niệu).

❑ **Aspirin liều thấp** cho bệnh nhân THA từ 50 tuổi trở lên. **Cẩn trọng:** không dùng thuốc nếu HA chưa kiểm soát được.

❑ **Tư vấn phối hợp thuốc** (varenicline, bupropion, liệu pháp nicotine thay thế) cần được thực hiện cho mọi bệnh nhân hút thuốc lá để đạt mục tiêu bệnh nhân ngừng hút thuốc lá.

Các lý do chuyển bệnh lên tuyến trên

1. THA tiến triển: đe dọa có biến chứng (TBMN thoáng qua, suy tim v.v...) hoặc khi có các biến cố tim mạch.
2. Nghi ngờ THA thứ phát hoặc THA ở người trẻ hoặc khi cần đánh giá các tổn thương cơ quan đích.
3. THA kháng trị mặc dù đã dùng nhiều loại thuốc phối hợp (≥ 3 thuốc, trong đó có ít nhất 1 thuốc lợi tiểu) hoặc không thể dung nạp các thuốc hạ áp, hoặc có quá nhiều bệnh nặng phối hợp.
4. THA ở phụ nữ có thai hoặc một số trường hợp đặc biệt khác.

BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

Thay đổi lối sống đối với bệnh nhân THA

Khuyến cáo để giảm HA và / hoặc các yếu tố nguy cơ tim mạch

Lượng muối ăn vào

Hạn chế 5-6 g/ngày

Dùng rượu bia chất alcohol vừa phải

Giới hạn 20-30 g/ngày nam,
10-20 g/ngày nữ

Hàng ngày tăng cường rau củ , trái cây, ít chất béo

Đích chỉ số thể trọng BMI

23 kg/m²

Đích vòng eo

Nam: <90 cm
Nữ: <88 cm

Luyện tập gắng sức

≥ 30 phút/ngày, 5-7 ngày /tuần

Không thuốc lá, tránh xa khói thuốc

Nguồn: 2013 ESH/ESC Hướng dẫn quản lý bệnh tăng huyết áp

PHẦN 3

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



Biến chứng của bệnh ĐTD

Bệnh võng mạc ĐTD

Nguyên nhân hàng đầu gây mù ở người lớn



Đột quỵ

X 2-4 lần tử vong do BTM và đột quỵ



Bệnh tim mạch

8/10 bệnh nhân ĐTD tử vong vì BTM



Bệnh thận ĐTD

Nguyên nhân hàng đầu của bệnh thận giai đoạn cuối



Bệnh thần kinh ĐTD

Liên quan đến cắt cụt chi



Nguy cơ bị bệnh nha chu X 2-3 lần

Trầm cảm tăng X 2 lần

60% - 70% of người ĐTD có tổn thương hệ thần kinh (CDC 2011)

Bệnh đái tháo đường thường không có biểu hiện hoặc nếu có gồm các biểu hiện: Uống nhiều & khát nhiều, tiểu nhiều, mau đói & thèm ăn, sụt cân nhanh, và mệt mỏi.

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Các tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường

▪ Đường huyết tương

- ✓ Lúc đói (sau 8 giờ nhịn đói) ≥ 126 mg/dl. (hoặc ≥ 7 mmol/l)
- ✓ Thử bất kỳ ≥ 200 mg/dl (hoặc ≥ 11.1 mmol/l)
- ✓ 2 giờ sau khi uống 75g glucose ≥ 200 mg/dl (hoặc ≥ 11.1 mmol/l)
- ✓ HbA1c $\geq 6.5\%$

▪ Lặp lại xét nghiệm lần 2 để xác định chẩn đoán.

Các tiêu chuẩn chẩn đoán tiền đái tháo đường

▪ Đường huyết tương

- ✓ Lúc đói (sau 8 giờ nhịn đói): 100-125 mg/dl
- ✓ 2 giờ sau khi uống 75g glucose: 140-199 mg/dl
- ✓ HbA1c: 5.7- 6.4%

▪ Lặp lại xét nghiệm lần 2 để xác định chẩn đoán.

Lưu ý: Những tình trạng rối loạn glucose huyết này chưa đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán đái tháo đường nhưng vẫn có nguy cơ xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn của đái tháo đường, được gọi là tiền đái tháo đường.

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đánh Giá Toàn Diện Đối Với Đái Tháo Đường

Mục đích:

Đánh giá toàn diện nên thực hiện vào lần khám bệnh đầu tiên nhằm:

- Xác định chẩn đoán và phân loại ĐTĐ;
- Phát hiện các biến chứng ĐTĐ và các bệnh đồng mắc;
- Xem xét điều trị trước và kiểm soát yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐTĐ đã được thiết lập;
- Bắt đầu sự tham gia của bệnh nhân để xây dựng kế hoạch quản lý chăm sóc.
- Xây dựng kế hoạch để chăm sóc liên tục.

Các nội dung đánh giá toàn diện:

1. Bệnh sử - Lâm sàng:

- Tuổi, đặc điểm lúc khởi phát ĐTĐ (nhiễm ceton acid ĐTĐ, phát ĐTĐ bằng xét nghiệm nhưng không có triệu chứng).
- Cân nặng các con lúc sinh (đối với phụ nữ).
- Cách ăn uống, tình trạng dinh dưỡng, tiền sử cân nặng, hành vi ngủ, thói quen luyện tập thể lực, giáo dục dinh dưỡng, tiền sử và nhu cầu hỗ trợ hành vi.
- Tiền sử sử dụng thuốc lá, uống rượu và sử dụng thuốc gây nghiện.
- Tìm hiểu bệnh nhân có tham gia các chương trình giáo dục về ĐTĐ, tự quản lý.
- Rà soát lại các phác đồ điều trị trước và đáp ứng điều trị (dựa vào HbA1c), hành vi sử dụng thuốc, tần suất các cơn hạ glucose huyết và cách xử trí của bệnh nhân.
- Sử dụng các thuốc bổ sung và thay thế: các loại thực phẩm chức năng, thuốc cổ truyền đã sử dụng. Các loại thuốc điều trị bệnh khác như bệnh đau khớp...
- Các bệnh đồng mắc và bệnh về răng miệng đang mắc.
- Tiền sử tăng huyết áp, rối loạn lipid máu
- Các biến chứng mạch máu nhỏ: võng mạc, thận, thần kinh
- Các biến chứng mạch máu lớn: bệnh tim thiếu máu cục bộ, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại vi.
- Tâm soát trầm cảm, lo âu và rối loạn ăn uống.
- Tâm soát về nỗi đau buồn, cảnh khốn cùng khi bị ĐTĐ
- Đối với phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản: hỏi về kế hoạch sinh con của bệnh nhân, bệnh nhân có dùng phương pháp nào để ngừa thai.

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đánh Giá Toàn Diện Đối Với Đái Tháo Đường

2. Khám thực thể: cần đặc biệt chú trọng:

- Chiều cao, cân nặng và BMI; Quá trình phát triển và dậy thì ở trẻ em, thanh thiếu niên.
- Đo huyết áp, nếu cần đo huyết áp nằm và đứng để tìm hạ huyết áp tư thế.
- Khám đáy mắt.
- Khám tuyến giáp.
- Khám da: tìm dấu gai đen, các thay đổi da do ĐTĐ kiểm soát kém, khám các vùng tiêm chích nếu bệnh nhân dùng insulin).
- Khám bàn chân toàn diện:
 - + Nhìn: xem dấu khô da, các vết chai, biến dạng bàn chân
 - + Sờ: mạch mu chân và chày sau
 - + Có hay mất phản xạ gân cơ Achilles
 - + Khám thần kinh nhanh: cảm giác xúc giác, cảm giác rung, cảm nhận monofilament.

3. Đánh giá về cận lâm sàng:

- HbA1c, nếu chưa làm trong 3 tháng vừa qua
- Nếu chưa thực hiện hoặc không có sẵn thông tin trong vòng một năm qua về các nội dung sau, thì làm xét nghiệm:
 - + Lipid máu: bao gồm Cholesterol toàn phần, LDL, HDL, Triglycerides nếu cần.
 - + Chức năng gan, AST ALT, xét nghiệm khác nếu cần.
 - + Tỷ số Albumin/creatinin nước tiểu lấy 1 lần vào buổi sáng
 - + Creatinin huyết thanh và độ lọc cầu thận
 - + TSH ở bệnh nhân ĐTĐ típ 1

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Mục tiêu điều trị đái tháo đường

Mục tiêu điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ ở người trưởng thành, không có thai

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	< 7%*
Glucose huyết tương mao mạch lúc đói, trước ăn	80-130 mg/dL (4.4-7.2 mmol/L)*
Đỉnh glucose huyết tương mao mạch sau ăn 1-2 giờ	<180 mg/dL (10.0 mmol/L)*
Huyết áp	Tâm thu <140 mmHg, Tâm trương <90 mmHg Nếu đã có biến chứng thận: Huyết áp <130/85-80 mmHg
Lipid máu	LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L), nếu chưa có biến chứng tim mạch. LDL cholesterol <70 mg/dL (1,8 mmol/L) nếu đã có bệnh tim mạch. Triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L) HDL cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và >50 mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ.

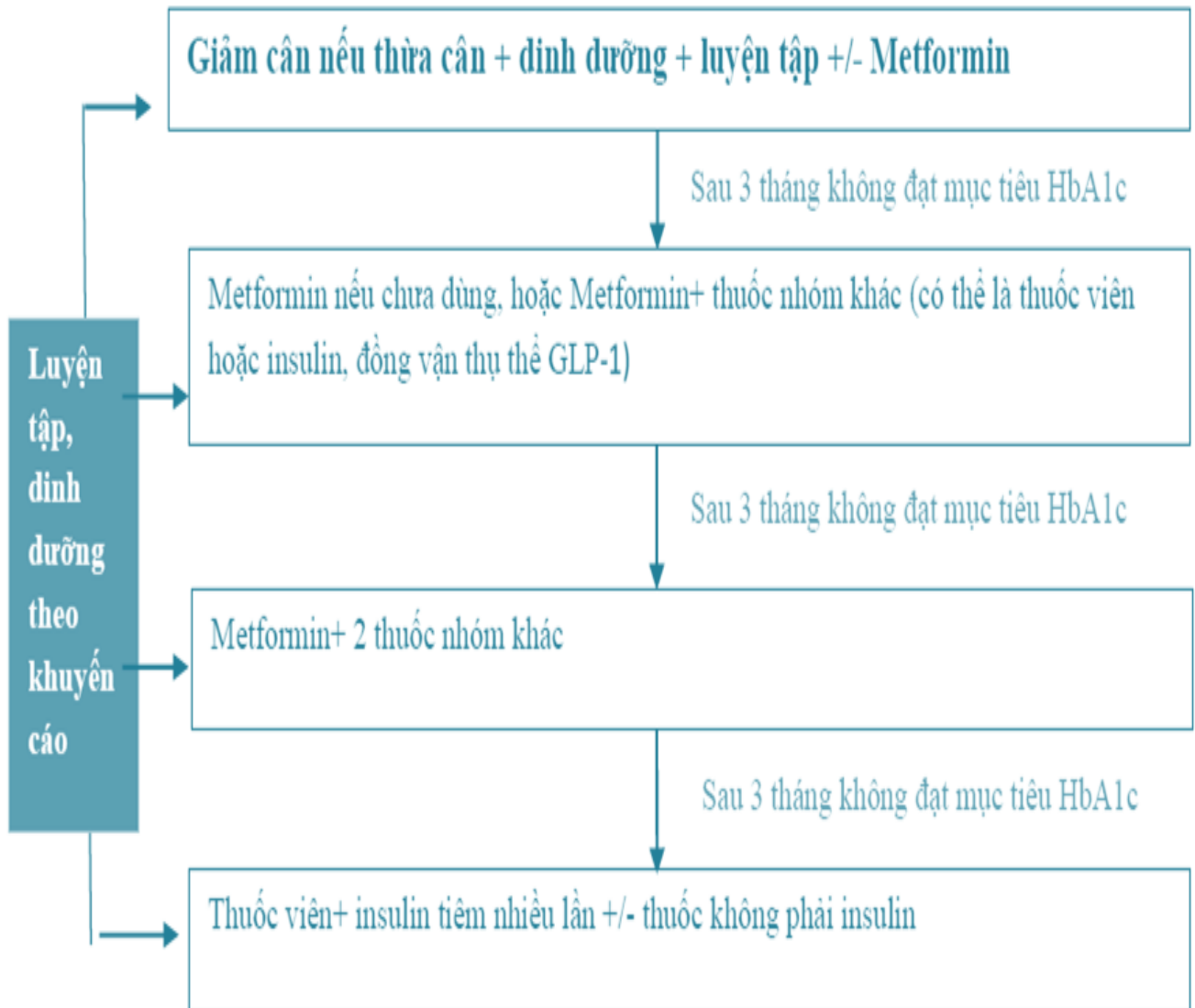
* Mục tiêu điều trị ở các cá nhân có thể khác nhau tùy tình trạng của bệnh nhân.

Mục tiêu điều trị đái tháo đường ở người già

Tình trạng sức khỏe	Cơ sở để chọn lựa	HbA1c (%)	Glucose huyết lúc đói hoặc trước ăn (mg/dL)	Glucose lúc đi ngủ (mg/dL)	Huyết áp mmHg
Mạnh khỏe	Còn sống lâu	<7.5%	90-130	90-150	<140/90
Phức tạp/ sức khỏe trung bình	Kỳ vọng sống trung bình	<8.0%	90-150	100-180	<140/90
Rất phức tạp/ sức khỏe kém	Không còn sống lâu	<8.5%	100-180	110-200	<150/90

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Lựa chọn thuốc và phương pháp điều trị ĐTĐ típ 2



BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Các yếu tố cần xem xét khi chọn lựa điều trị ĐTĐ típ 2

- Hiệu quả giảm glucose huyết.
- Nguy cơ hạ glucose huyết: sulfonylurea, insulin.
- Tăng cân: Pioglitazon, insulin, sulfonylurea.
- Giảm cân: GLP-1 RA, ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose (SGLT2i), ức chế enzym alphaglucosidase (giảm cân ít).
- Không ảnh hưởng nhiều lên cân nặng: ức chế enzym DPP-4, metformin.
- Tác dụng phụ chính.
- Giá thuốc: cân nhắc dựa trên chi phí và hiệu quả điều trị.

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Lưu ý khi lựa chọn thuốc điều trị ĐTĐ típ 2

- **Các loại thuốc điều trị ĐTĐ lần lượt là:** Metformin, thuốc ức chế kênh đồng vận chuyên natri-glucose (SGLT2i), Sulfonylurea, Glinides, Pioglitazon, Ức chế enzym alpha glucosidase, Ức chế enzym DPP- 4, Đồng vận thụ thể GLP-1, Insulin. Khi phối hợp thuốc, chỉ phối hợp 2, 3, 4 loại thuốc và các loại thuốc có cơ chế tác dụng khác nhau.
- **Có thể kết hợp thay đổi lối sống và metformin ngay từ đầu.** Thay đổi lối sống đơn thuần chỉ thực hiện ở những bệnh nhân mới chẩn đoán, chưa có biến chứng mạn và mức đường huyết gần bình thường. Trường hợp bệnh nhân không dung nạp metformin, có thể dùng sulfonylurea trong chọn lựa khởi đầu. → **Thận trọng tránh nguy cơ hạ glucose huyết khi khởi đầu điều trị bằng sulfonylurea, insulin, đặc biệt khi glucose huyết ban đầu không cao và bệnh nhân lớn tuổi.**
- **Trong vòng 3 tháng phải nhanh chóng đưa đường huyết về mức quản lý tốt nhất, đưa HbA1c về mức 6.5 – 7%.** Theo dõi đánh giá tình trạng kiểm soát đường huyết: đường huyết đói, đường huyết sau ăn, HbA1c mỗi 3 – 6 tháng/ lần.
 - Nếu HbA1c > 9%, đường huyết lúc đói > 13mmol/L có thể chỉ định 2 loại thuốc viên hạ đường huyết phối hợp.
 - Nếu HbA1c > 9%, đường huyết lúc đói > 15mmol/L có thể xem xét sử dụng ngay insulin.
- Chú ý **giáo dục kỹ thuật tiêm và triệu chứng hạ đường huyết cho bệnh nhân.** Kiểm tra kỹ thuật tiêm của bệnh nhân khi tái khám, khám vùng da nơi tiêm insulin xem có vết bầm, nhiễm trùng, loạn dưỡng mỡ.

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Điều trị ĐTD bằng thuốc viên

Chỉ định:

- ✓ Bệnh đái tháo đường típ 2 người trưởng thành

Chống chỉ định:

- ✓ Trẻ em, phụ nữ có thai, phụ nữ đang cho con bú
- ✓ Quá mẫn với các thành phần của thuốc
- ✓ Suy giảm chức năng gan thận

Bảng hướng dẫn sử dụng các loại thuốc viên hạ đường huyết

Nhóm thuốc	Tác dụng sinh lý chính	Tên thuốc	Liều khởi đầu	Liều tối đa	Số lần/ngày
Sulfonylureas	Tăng tiết insulin	Gliclazid	80 mg	320 mg	2
		Gliclazid MR	30 mg	120 mg	1
		Glibenclamide	1.25 mg	20 mg	1 – 2
		Glimepiride	1 mg	6 mg	1
Metiglinides	Tăng tiết insulin	Repaglinide	0.5 mg	2 mg	1 – 4
Biguanides	Giảm sản xuất glucose ở gan	Metformin	500 mg	2550 mg	1 – 3
		Metformin XR	500 mg	2000 mg	1
Ức chế alpha glucosidase	Chậm hấp thu carbohydrate	Acarbose	50 mg	300 mg	1 – 3
Thiazolidindiones	Tăng nhạy cảm insulin	Pioglitazone	15 – 30 mg	45 mg	1
Ức chế DPP – 4	Tăng tiết insulin	Sitagliptin	100 mg	100 mg	1
		Saxagliptin	5 mg	5 mg	1
	Giảm tiết glucagon	Vildagliptin	50 mg	50 – 100 mg	1
		Linagliptin	5 mg	5 mg	1

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Điều trị ĐTĐ bằng thuốc tiêm insulin

Chỉ định

- ✓ Đái tháo đường típ 1 - Đái tháo đường ở trẻ em
- ✓ Phụ nữ có thai, cho con bú
- ✓ Phẫu thuật
- ✓ Đái tháo đường típ 2 gây, thất bại với thuốc viên, có biến chứng cấp hoặc nhiễm trùng
- ✓ Suy gan, suy thận
- ✓ Đái tháo đường típ 2 có đường huyết tăng cao ngay lúc chẩn đoán, HbA1C > 10%, ceton niệu, triệu chứng tăng đường huyết

Bảng phân loại Insulin & tác dụng

Loại insulin	Màu sắc	Bắt đầu t/d	Đỉnh t/d	T/d kéo dài
T/d nhanh: Lispro Aspart	Trong	15 - 30 p 10 - 20p	30 – 90p 40 -50 p	3 – 5h 3 – 5 h
T/d ngắn: Regular	Trong	TM5phút TDD 30p	2- 5h	5-8h
T/d trung bình (bán chậm): Lente NPH	đục	1 – 2 ½ h 1 – 2h	3 – 10h 4- 12	18 – 24h 18 – 24h
T/d dài: Ultralente Glargine(Lantus ^R) levemir/determir	đục	30p – 3h 1 – 1 ½h 1 – 2h	10 – 20h Không 6 – 8h	20 – 36h 20 – 24h > 24h
Insulin hỗn hợp mixtard 30 50%/ 50% Lispro 75%NPL/25% Novomix 70%NPA /30% aspart	đục	30 phút 30 phút 5-10phút	2 – 8h 2 – 5h 30p- 2 ½h 1h	24h 18 – 24h 16 – 20h 24h

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Tham khảo sơ đồ điều trị với Insulin

Bắt đầu dùng Insulin Nền / Trộn, hỗn hợp
 Thường phối hợp với metformin +/- thuốc không phải insulin khác

<p>Insulin nền Bắt đầu điều trị: 10 đ.v/ ngày hoặc 0,1-0,2 đ.v/kg/ngày Điều chỉnh liều: 10-15% hoặc 2-4 đơn vị một hoặc hai lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu glucose khi đói Nền hạ đường huyết (ĐH): xác định và giải quyết nguyên nhân; nếu không rõ nguyên nhân gây hạ đường huyết, ↓ liều 4 đơn vị hoặc 10-20%</p>	<p>Insulin trộn, hỗn hợp Nếu dùng 1 lần/ ngày: dùng liều 12 đv vào trước bữa ăn tối. Nếu dùng 2 lần/ngày: liều khởi đầu khuyến cáo của là 6 đv vào bữa sáng và 6 đv vào bữa tối. Điều chỉnh liều: tăng liều 10 – 15% hay tăng 1 – 2 đv mỗi một hoặc 2 lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết Hạ ĐH: xác định nguyên nhân hạ đường huyết, nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm liều insulin 2 – 4 đơn vị hay giảm 10 – 20%</p>
---	---

Nếu không kiểm soát được A1C, cân nhắc liệu pháp tiêm phối hợp theo 1 trong 3 phương án sau

Thêm 1 insulin tác dụng nhanh trước bữa ăn có nhiều carbohydrat nhất

Bắt đầu: 4 đơn vị, 0,1 đ.v/kg, hoặc 10% liều nền. Nếu A1C <8%, xem xét ↓ liều insulin nền cùng số lượng
Điều chỉnh: ↑ liều 1-2 đơn vị hoặc 10-15% một lần hoặc hai lần mỗi tuần cho đến khi đạt đến mục tiêu đường huyết
Hạ ĐH: Xác định và xử trí nguyên nhân; Nếu không có lý do rõ ràng, ↓ liều tương ứng 2-4 đơn vị hoặc 10-20%

Phối hợp với đồng vận thụ thể GLP-1 (GLP-1RA)

Nếu không đạt mục tiêu HbA1C, chuyển sang chế độ tiêm insulin 2 lần

Điều trị insulin trộn, hỗn hợp 2 lần hàng ngày (trước bữa ăn sáng và ăn tối)

Bắt đầu: Chia liều nền hiện tại thành ½ sáng, ½ chiều tối hoặc ½ sáng, ½ tối
Điều chỉnh: ↑ liều 1-2 lần hoặc 10-15% một hoặc hai lần mỗi tuần cho đến khi đạt mục tiêu đường huyết
Hạ ĐH: Xác định và xử trí nguyên nhân; Nếu không có lý do rõ ràng, ↓ liều 2-4 đơn vị hoặc 10-20%

Nếu các mục tiêu không đạt, xem xét thay đổi phác đồ insulin thay thế

Nếu HbA1C vẫn không kiểm soát được, chuyển sang nền-nhanh

Thêm ≥ 2 mũi tiêm insulin tác dụng nhanh trước bữa ăn ('nền-nhanh')

Bắt đầu: 4 đơn vị, 0,1 đ.v / kg, hoặc 10% liều nền/ bữa ăn. Nếu A1C <8%, hãy xem xét ↓ liều insulin nền cùng số lượng
Điều chỉnh: ↑ Liều dùng 1-2 lần hoặc 10-15% một hoặc hai lần một tuần để đạt mục tiêu đường huyết
Hạ ĐH: Xác định và xử trí nguyên nhân; Nếu không có lý do rõ ràng, ↓ liều 2-4 đơn vị hoặc tương ứng 10-20%

Nếu HbA1C vẫn không kiểm soát được, tiêm mũi thứ 3

Thay đổi insulin trộn, hỗn hợp trước 3 bữa sáng, trưa, tối (3 lần/ngày)

Bắt đầu: Khi sử dụng insulin trộn, hỗn hợp mà liều đã lên đến 30 đv thì có thể chuyển sang ngày 3 lần: Liều buổi sáng có thể chia thành liều buổi sáng và giờ ăn trưa (sử dụng 3 lần/ ngày)
Điều chỉnh: ↑ liều 1-2 đơn vị hoặc 10-15% một hoặc hai lần mỗi tuần để đạt được mục tiêu đường huyết
Hạ ĐH: Xác định và xử trí nguyên nhân; Nếu không có lý do rõ ràng, ↓ liều 2-4 đơn vị hoặc 10-20%

Nếu không đạt các mục tiêu, cân nhắc thay đổi chế độ insulin

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Điều trị ĐTD bằng luyện tập thể lực

Lợi ích:

- ✓ Cải thiện kiểm soát đường huyết
- ✓ Giảm yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch
- ✓ Hỗ trợ giảm cân nặng
- ✓ Giảm nhu cầu thuốc hạ đường huyết hoặc insulin
- ✓ Cải thiện chất lượng cuộc sống và tình trạng sức khỏe

Đánh giá bệnh nhân trước khi tập luyện:

- Kiểm soát đường huyết, huyết áp
- Đánh giá các biến chứng: thận, mắt, bàn chân..
- Kiểm tra bệnh tim mạch
- Kiểm tra bệnh mạch máu ngoại biên
- Kiểm tra bệnh lý võng mạc

Hướng dẫn luyện tập thể dục an toàn:

- ✓ Uống đủ nước trong - sau luyện tập
- ✓ Mang theo các thực phẩm có chứa carbohydrate hấp thu nhanh
- ✓ Tránh tập luyện trong thời gian đỉnh tác dụng của insulin
- ✓ Không tiêm insulin trong khi đang hoạt động thể lực
- ✓ Chọn lựa giày dép, vớ phù hợp

Hình thức tập luyện (tùy theo sở thích, khả năng, động lực của bệnh nhân)

- ✓ Đi bộ, chạy bộ, các bài tập kháng lực, kéo giãn cơ, khiêu vũ, đạp xe, bơi lội, chơi tennis...
- ✓ Nên tập các bài kháng lực (tập với máy hoặc nâng tự do) ít nhất 2 lần trong tuần.



BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Điều trị ĐTD bằng luyện tập thể lực

Mức độ tập luyện:

- ✓ Cường độ tập luyện mức trung bình
 - Nhịp tim mục tiêu = 50 – 75% nhịp tim tối đa.
 - *Nhịp tim tối đa = 220 – tuổi của bệnh nhân*
- ✓ Thời lượng tập ≥ 150 phút/ tuần, ≥ 3 ngày/ tuần, không nghỉ tập quá 2 ngày.

Chống chỉ định tập luyện:

1. Bệnh lý võng mạc tăng sinh đang diễn tiến và hoặc tăng huyết áp:

☞ **TRÁNH** nâng tạ, các bài tập gắng sức kéo dài, các bài tập liên quan đến nghiệm pháp Valsalva.

2. Thiếu máu cơ tim yên lặng, bệnh thần kinh tự chủ, đang sử dụng ức chế beta:

☞ **KHÔNG** tập luyện gắng sức, nhịp tim nên thấp hơn nhịp tim mục tiêu.

3. Bệnh thần kinh ngoại biên và tự chủ:

☞ **TRÁNH** dùng máy chạy bộ, đi bộ kéo dài, chạy bộ.

NÊN bơi lội, chạy xe đạp, chèo thuyền, tập tại ghế và tập tay

4. Bệnh thận:

☞ **TRÁNH** các hình thức tập luyện gắng sức.

NÊN tập luyện từ nhẹ đến trung bình

5. Huyết áp tâm thu > 180mmHg trước và trong khi tập

6. Đường huyết > 250 – 270 mg/dl và hoặc ceton niệu dương tính

☞ **KHÔNG** tập luyện nặng.

7. Đau thắt ngực

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Điều trị ĐTĐ bằng chế độ ăn uống

Mục tiêu dinh dưỡng điều trị:

- ✓ Cung cấp đủ năng lượng và dưỡng chất cần thiết
- ✓ Tạo thú vị trong ăn uống – thoải mái về tâm lý
- ✓ Cải thiện sức khỏe
- ✓ Phòng ngừa, trì hoãn các biến chứng bệnh hoặc rối loạn liên quan đến dinh dưỡng.

Nguyên tắc dinh dưỡng:

- ✓ Kiểm soát chuyển hóa tối ưu: đường huyết lúc đói, sau ăn, HbA1c, lipd máu
- ✓ Cá thể hóa
- ✓ Giúp người bệnh thực hành tốt, liên tục

Duy trì cân nặng hợp lý:

- ☞ Điều chỉnh cân nặng phù hợp với chiều cao

$$\text{Cân nặng} = [\text{Chiều cao (cm)} - 100] \times 90\%$$

- ☞ Béo phì → cần giảm cân
- ☞ Suy dinh dưỡng → nên tăng cân

Khẩu phần ăn hợp lý:

- Tùy thuộc mức độ lao động, giới tính & tuổi tác

Bảng tính nhu cầu năng lượng ở người trưởng thành bị ĐTĐ

Mức độ lao động	NỮ (kcal/kg/ngày)	NAM (kcal/kg/ngày)
Nhẹ	25	30
Trung Bình	30	35
Nặng	40	45

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Điều trị ĐTD bằng chế độ ăn uống

Nhu cầu dưỡng chất:

1. **Carbohydrate** : 50 – 60 %

2. **Protein** : 1g/kg

3. **Lipid**: 20 – 25%

• Béo no: 7 - < 10%,

• Béo không no 1 nối đôi: 10 – 15%

• Béo không no nhiều nối đôi: 6 – 10%

4. **VITAMIN, vi khoáng**: như người bình thường



Lưu ý:

CARBOHYDRATE: nên chọn dạng phức, có hàm lượng xơ cao:

▪ **Dạng phức hợp**: tinh bột, cơm, bún, mì, phở, nui, khoai, bắp...

▪ **Dạng đơn**: sucrose, fructose có trong trái cây, mật ong, bánh kẹo, nước ngọt, đường tinh luyện.

VITAMIN KHOÁNG, CHẤT XƠ:

▪ Natri ≤ 2.300mg/ngày.

▪ Chất xơ: 14 - 20g / ngày

Xây dựng bữa ăn hợp lý:

✓ Chia 3 bữa chính và 1 – 2 bữa phụ

✓ Bữa chính: đủ các nhóm thực phẩm tinh bột, thịt/ cá, rau, dầu

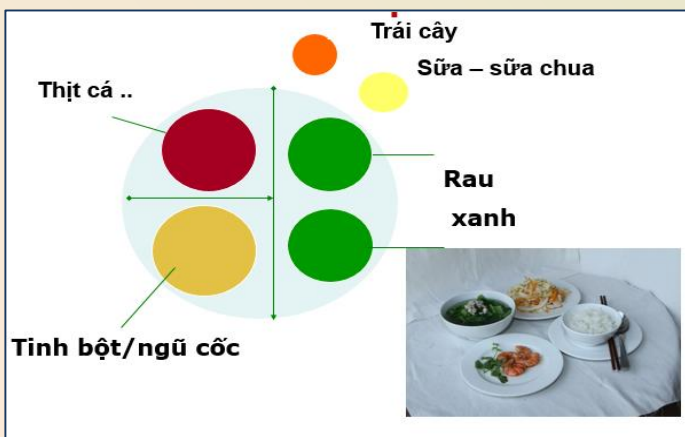
✓ Bữa phụ: trái cây / sữa không đường / rau / đậu

✓ Giữ ổn định lượng bột đường mỗi bữa ăn

✓ Khi thay đổi thực phẩm lưu ý lượng dưỡng chất tương đương trong mỗi nhóm thực phẩm



Khẩu phần ăn hợp lý:



Chế biến thức ăn đảm bảo ít ảnh hưởng đường huyết sau ăn:



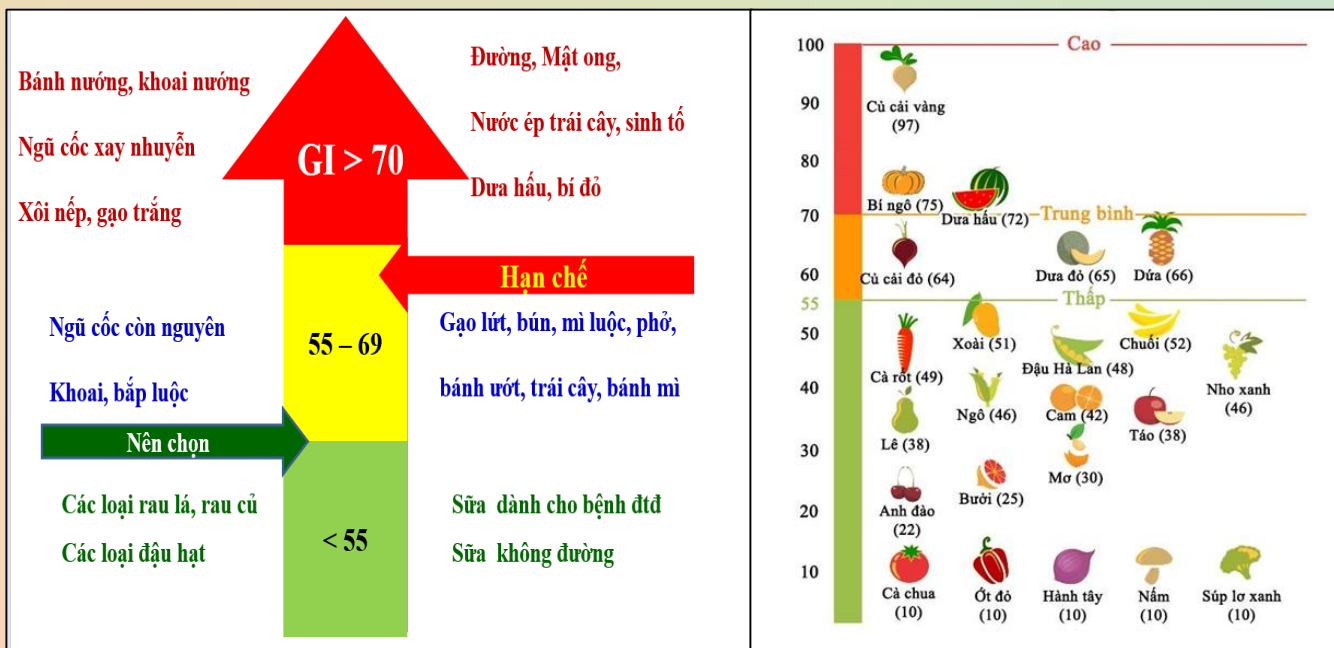
BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Điều trị ĐTD bằng chế độ ăn uống

Chỉ số đường huyết - tải đường huyết

Chỉ số đường huyết (GI)	Thấp	Trung bình	cao
	< 55	55 - 69	≥ 70
Tải đường huyết	Thấp	Trung bình	cao
GI / 100 X net. Carb. (g)	< 10	10 – 19	> 19

Bảng tham khảo chỉ số đường huyết của một số thực phẩm & hoa quả



BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Quản lý bệnh đái tháo đường

- Đường huyết lúc đói - sau ăn 2 giờ
- HbA1c mỗi 3 tháng - 6 tháng
- Khám bàn chân mỗi lần tái khám
- Bộ lipid máu, Creatinin máu, eGFR mỗi năm
- Vi đạm niệu và đánh giá tỉ lệ albumin/creatinin trong nước tiểu. Nếu kết quả $\geq 30\text{mcg/mg}$ xảy ra trong 2 – 3 lần xét nghiệm trong vòng 3 – 6 tháng cần được điều trị sớm hoặc chuyển khám chuyên khoa

Khám chuyên khoa

- Chụp hình đáy mắt: lúc mới bắt đầu chẩn đoán đái tháo đường típ 2 và sau 5 năm được chẩn đoán đái tháo đường típ 1, sau đó kiểm tra hàng năm.
- Khám chuyên khoa tim mạch, thận, thần kinh, bàn chân...

BỆNH TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Mục tiêu điều trị

- Ngăn ngừa làm chậm sự tiến triển thành bệnh ĐTĐ típ 2
- Phòng ngừa biến chứng tim mạch

Điều trị tiền đái tháo đường

- Chế độ ăn uống hợp lý và tăng hoạt động thể lực
- Duy trì cân nặng hợp lý, giảm cân nếu bị thừa cân béo phì
- Kiểm soát các YTNC: đường huyết, huyết áp, lipid máu.
- Đường huyết càng gần mức bình thường càng tốt
- Lipid máu mục tiêu đạt được giống như người bệnh ĐTĐ
- Mục tiêu huyết áp: HATT < 140mmHg, HATTr ≤ 80mmHg.

Thuốc điều trị tiền đái tháo đường

- Các thuốc điều trị tiền ĐTĐ phải dựa trên chứng cứ và cân nhắc lợi hại.
- Nhóm Metformin, nhóm ức chế alpha glucosidase đã được chứng minh là làm chậm quá trình tiến triển từ tiền ĐTĐ thành bệnh ĐTĐ.
- Nhóm Thiazolidindione: liên quan đến tình trạng ứ dịch, suy tim sung huyết hoặc gãy xương.
- Nhóm statin: được sử dụng để đạt mục tiêu điều trị cholesterol.

PHẦN 4

HƯỚNG DẪN PHÒNG NGỪA NHỒI MÁU CƠ TIM, ĐỘT QUỴ VÀ BỆNH THẬN ĐƯỢC LỒNG GHÉP TRONG QUẢN LÝ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Hướng dẫn này có thể được sử dụng để quản lý thường quy bệnh THA & ĐTĐ, và sàng lọc cho hai bệnh trên tập trung cho những đối tượng sau đây:

- *Tuổi > 40*
- *Người hút thuốc lá*
- *Chu vi vòng eo (≥ 80 cm ở phụ nữ; ≥ 90 cm ở nam giới)*
- *Đã phát hiện THA; đã phát hiện ĐTĐ*
- *Tiền căn gia đình (cha mẹ, anh chị em) có bị bệnh tim mạch khởi phát sớm, ĐTĐ, bệnh thận*

LẦN THĂM KHÁM ĐẦU TIÊN (LÀM THEO QUY TRÌNH TỪ BƯỚC 1 ĐẾN BƯỚC 5)

BƯỚC 1. HỎI VỀ

- Đã được chẩn đoán bệnh tim, đột quỵ, cơn thiếu máu não thoáng qua, ĐTD, bệnh thận
- Đau thắt ngực, khó thở khi gắng sức và nằm đầu bằng, tê hoặc yếu tay chân, sụt cân, khát nước nhiều, đa niệu, phù mắt, sưng chân, tiểu máu ...
- Thuốc đang dùng
- Hiện tại có đang hút thuốc lá (có / không) (trả lời “Có” nếu có hút trong vòng 12 tháng qua)
- Uống rượu bia (có / không) (nếu “có”, hỏi về tần suất và số lượng)
- Nghề nghiệp (ít vận động hay vận động tích cực)
- Có vận động thể lực ít nhất 30 phút trong ít nhất 5 ngày/ tuần (có / không)
- Tiền sử gia đình (cha mẹ, anh chị em) mắc bệnh tim mạch hoặc đột quỵ khởi phát sớm

BƯỚC 2. ĐÁNH GIÁ

(KHÁM THỂ CHẤT VÀ XÉT NGHIỆM MÁU, NƯỚC TIỂU)

- Đo vòng bụng
- Đo huyết áp, khám để tìm dấu hiệu và vị trí bị phù mềm ấn lõm
- Sờ mỏm tim để đánh giá cường độ đập có mạnh không và vị trí có sai lệch không
- Nghe tim (nhịp điệu và âm thổi)
- Nghe phổi (ran hai đáy phổi)
- Khám bụng (gan có lớn không)
- Khám bàn chân của bệnh nhân ĐTD để kiểm tra cảm giác, mạch đập, và vết/ ổ loét
- Kiểm tra ceton niệu (cho bệnh nhân ĐTD mới chẩn đoán) và đạm niệu
- Cholesterol toàn phần
- Đường huyết ngẫu nhiên (≥ 11.1 mmol/l hoặc ≥ 200 mg/dl) hoặc đường huyết đói (≥ 7 mmol/l hoặc ≥ 126 mg/dl)
(Xét nghiệm đường huyết mao mạch có thể được sử dụng nếu không có phòng xét nghiệm)

BƯỚC 3. ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH TRONG 10 NĂM TỚI (ÁP DỤNG CHO BỆNH NHÂN KHÔNG CẦN CHUYỂN LÊN TUYẾN TRÊN)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sử dụng biểu đồ dự đoán nguy cơ của WHO/ISH phù hợp với tiểu vùng WHO • Sử dụng các yếu tố độ tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc lá, huyết áp tâm thu, mắc ĐTD (và cholesterol huyết thanh nếu có sẵn) • Nếu trong độ tuổi 50-59 chọn nhóm 50, nếu 60-69 tuổi chọn nhóm 60 và tương tự, nếu người <40 tuổi chọn nhóm 40 | <ul style="list-style-type: none"> • Nếu bệnh nhân đang được điều trị bệnh, sử dụng các giá trị trước khi điều trị để đánh giá nguy cơ tim mạch (nếu thông tin có sẵn để đánh giá và ghi lại nguy cơ trước điều trị. Đồng thời đánh giá nguy cơ tim mạch hiện tại) • Các biểu đồ dự đoán nguy cơ đánh giá thấp nguy cơ thực sự ở người có tiền căn gia đình mắc bệnh tim mạch sớm, béo phì, tăng triglyceride máu) |
|---|--|

BƯỚC 4: NẾU KHÔNG CẦN CHUYÊN VIỆN, THỰC HIỆN TIẾP BƯỚC 5

BƯỚC 5. THAM VẤN VÀ ĐIỀU TRỊ

Nguy cơ <20%

- Tham vấn về chế độ ăn, hoạt động thể chất, ngừng hút thuốc và tránh các tác hại của rượu bia
- Nếu nguy cơ <10%, hẹn tái khám 1 năm sau
- Nếu nguy cơ từ 10 % đến <20%, theo dõi mỗi 3 tháng cho đến khi đạt được mục tiêu điều trị, và sau đó mỗi 6-9 tháng

Nguy cơ <30%

- Tham vấn về chế độ ăn, hoạt động thể chất, ngừng hút thuốc và tránh các tác hại của rượu bia
- Huyết áp luôn duy trì $\geq 140/90$ mmHg: xem xét điều trị bằng thuốc (xem **Điều trị thuốc hạ áp)
- Theo dõi mỗi 3-6 tháng

Nguy cơ > 30%

- Tham vấn về chế độ ăn, hoạt động thể chất, ngừng hút thuốc và tránh các tác hại của rượu bia
- Huyết áp luôn duy trì $\geq 130/80$ mmHg: xem xét điều trị bằng thuốc (xem **Điều trị thuốc hạ áp)
- Điều trị statin
- Theo dõi mỗi 3 tháng, nếu nguy cơ tim mạch không giảm sau sáu tháng theo dõi cần chuyển lên tuyến trên

BUƯỚC 5. THAM VẤN VÀ ĐIỀU TRỊ (t.t)

Cần nhắc điều trị thuốc cho những nhóm bệnh nhân sau:

- Tất cả bệnh nhân ĐTD và có bệnh tim mạch (mạch vành, nhồi máu cơ tim, cơn thiếu máu não thoáng qua, bệnh mạch máu não, hoặc bệnh mạch máu ngoại biên), bệnh thận. Nếu tình trạng bệnh ổn định, tiếp tục điều trị như đã kê toa và coi như bệnh nhân có nguy cơ tim mạch > 30%
- Bệnh nhân có albumin niệu, bệnh võng mạc, phì đại thất trái
- Tất cả các bệnh nhân có HA áp tăng dai dẳng $\geq 160/100$ mmHg; cần điều trị thuốc hạ huyết áp
- Tất cả các bệnh nhân có cholesterol toàn phần ≥ 8 mmol/l (320 mg/dl); cần tham vấn về lối sống và điều trị statin.

**** Điều trị thuốc hạ áp**

- Nếu < 55 tuổi: lợi tiểu thiazide liều thấp và/hoặc ức chế men chuyển/thụ thể angiotensin
- Nếu ≥ 55 tuổi: ức chế kênh canxi và / hoặc lợi tiểu thiazide liều thấp
- Nếu không dung nạp với thuốc ức chế men chuyển hoặc bệnh nhân là nữ trong độ tuổi sinh đẻ xem xét dùng chẹn beta
- Thuốc lợi tiểu thiazide và / hoặc thuốc chẹn kênh canxi tác dụng kéo dài là lựa chọn thích hợp hơn cho một số chủng tộc nhất định. Những thuốc có chỉ định ưu tiên cho bệnh lý đi kèm nên được kê toa, bất kể bệnh nhân thuộc nhóm chủng tộc nào
- Kiểm tra creatinin và kali huyết thanh trước khi điều trị thuốc ức chế men chuyển/thụ thể angiotensin cho bệnh nhân.

LẦN THĂM KHÁM ĐẦU TIÊN (t.t)

TƯ VẤN CHO BỆNH NHÂN VÀ GIA ĐÌNH

- Tránh thêm muối khi ăn và giảm dùng các thực phẩm mặn như dưa muối, cá mặn, thức ăn nhanh, thực phẩm chế biến, đóng hộp và gia vị mặn nêm nếm khi nấu ăn
- Kiểm tra huyết áp, đường huyết và nước tiểu thường xuyên.

TƯ VẤN CHUYÊN BIỆT CHO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- Tư vấn cho bệnh nhân thừa cân để giảm cân bằng cách giảm lượng thức ăn
- Tư vấn cho tất cả bệnh nhân ưu tiên ăn các thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp (ví dụ như đậu, ngũ cốc, lúa mạch và trái cây không ngọt) là nguồn tinh bột trong chế độ ăn
- Nếu bệnh nhân trong chế độ điều trị có thể gây ra hạ lượng đường trong máu quá thấp, cần đề phòng bằng cách luôn mang theo kẹo ngọt hoặc đường để ăn khi cần
- Đối với bệnh nhân ĐTD, phải được khám mắt bởi bác sĩ nhãn khoa để đánh giá bệnh lý võng mạc tại thời điểm chẩn đoán và mỗi hai năm sau đó, hoặc theo khuyến cáo của bác sĩ nhãn khoa
- Tránh đi chân trần hoặc không có vớ
- Rửa chân trong nước ấm và lau khô kỹ, đặc biệt là giữa các ngón chân
- Không cắt chỗ da bị chai hay các vết chai ở chân và ngón chân, và không sử dụng các chất hóa học trên các vết chai đó
- Khuyến bệnh nhân kiểm tra đôi chân mỗi ngày và nếu thấy có bất kỳ vấn đề hoặc chấn thương nào, cần đi khám bệnh ngay.

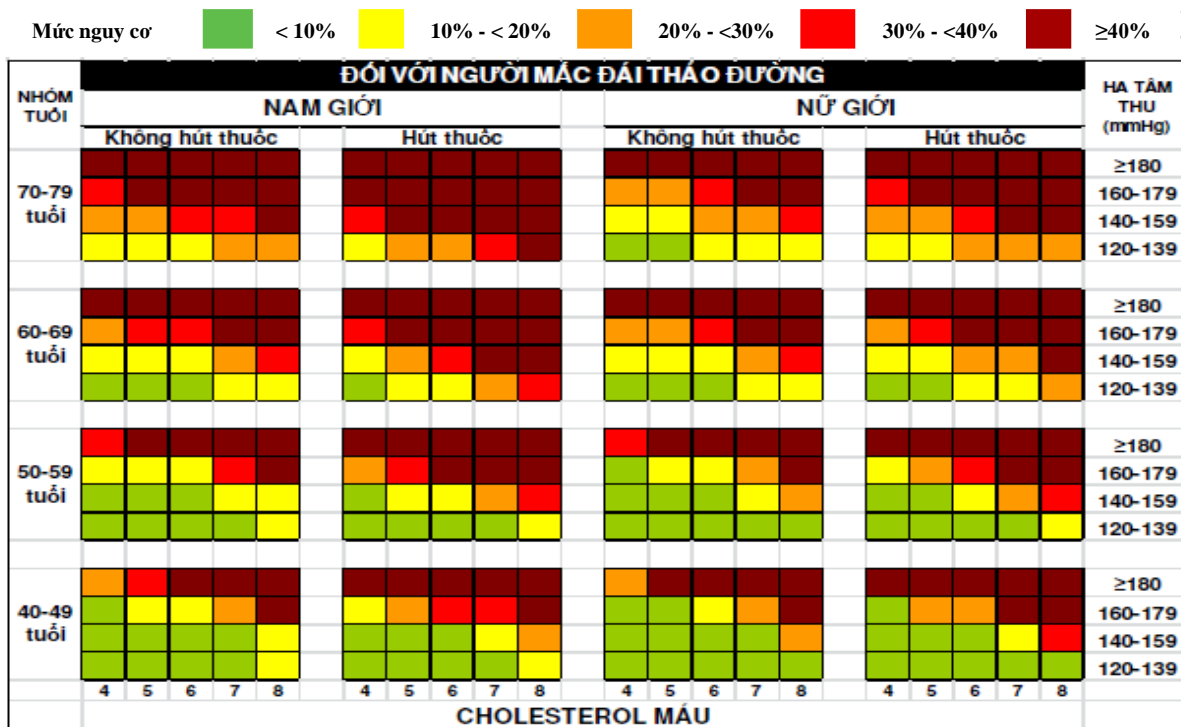
LẦN THĂM KHÁM THỨ HAI

LẬP LẠI

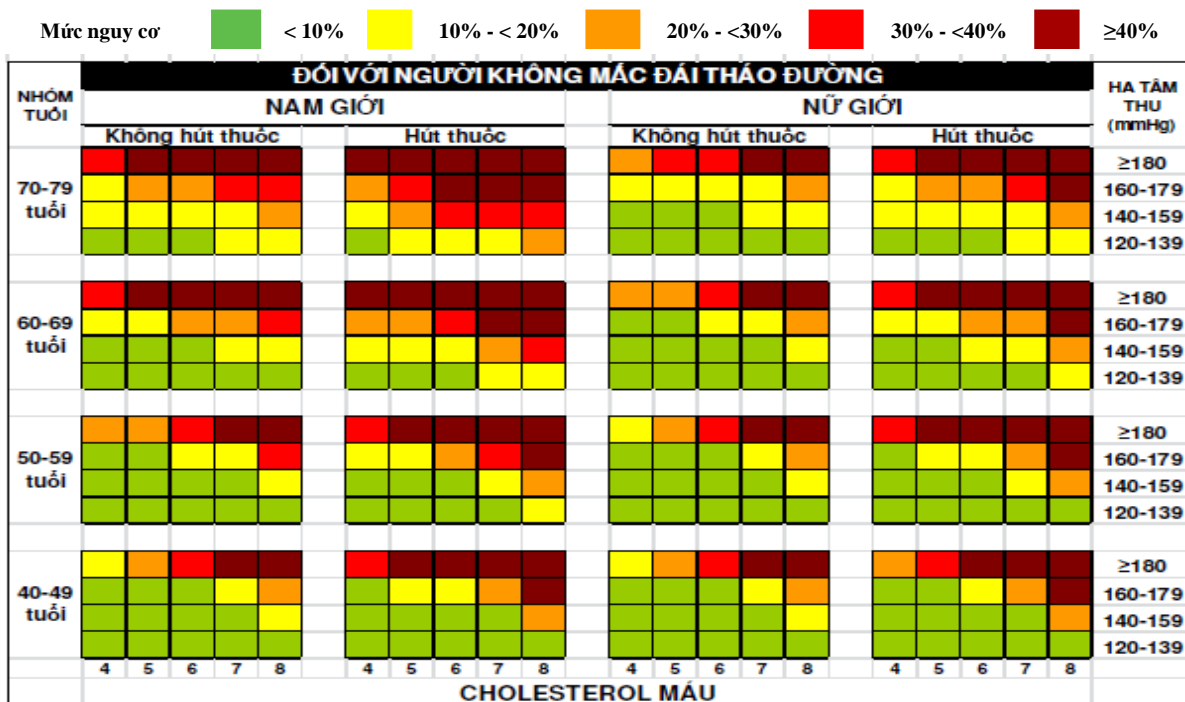
- Hỏi về: các triệu chứng mới, tuân thủ theo lời khuyên về cai thuốc lá, sử dụng rượu bia, hoạt động thể chất, chế độ ăn uống, thuốc men v.v...
- Bước 2- Đánh giá (khám thể chất)
- Bước 3- Ước tính nguy cơ tim mạch
- Bước 4- Chuyển lên tuyến trên nếu cần thiết
- Bước 5- Tham vấn tất cả và điều trị như hướng dẫn.

Biểu đồ dự đoán nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong vòng 10 năm của bệnh nhân tim mạch theo các yếu tố: giới, tuổi, HA tâm thu, cholesterol toàn phần, tình trạng hút thuốc, và mức bệnh ĐTĐ

Bảng đánh giá nguy cơ tim mạch cho người mắc ĐTĐ



Bảng đánh giá nguy cơ tim mạch cho người KHÔNG mắc ĐTĐ



PHẦN 5
PHƯƠNG PHÁP TIẾP CẬN 5A
THUYẾT PHỤC & HƯỚNG DẪN
BỆNH NHÂN LẬP KẾ HOẠCH
THAY ĐỔI LỐI SỐNG LÀNH MẠNH

Phương pháp tiếp cận 5A: Hoạt động thể chất

A1: HỎI

Trong 1 ngày, bạn có vận động thể chất từ trung bình đến mạnh để gia tăng nhịp tim của bạn không?

CÓ

Bạn có vận động thể chất ít nhất 150 phút mỗi tuần không?

CÓ

Nhấn mạnh tầm quan trọng của hoạt động thể chất đối với sức khỏe tim mạch, và khuyến khích bệnh nhân duy trì mức độ vận động thể chất hiện tại

KHÔNG

A2: TƯ VẤN

Bệnh nhân nên tăng cường vận động thể chất lên mức trung bình

KHÔNG

Bệnh nhân nên tăng dần thời gian vận động thể chất mỗi ngày

A3: TIẾP CẬN

Bạn có muốn gia tăng cường độ vận động thể chất không?

CÓ

KHÔNG

A4: HỖ TRỢ

Chuẩn bị kế hoạch cụ thể

- Xác định các rào cản đối với tăng cường vận động thể chất
- Đưa ra mục tiêu vận động thể chất có thể đạt được
- Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc gia tăng vận động thể chất
- Cung cấp chiến lược: tập thể dục nhóm, kết hợp trong ngày làm việc, leo cầu thang v.v...
- Sắp xếp lịch tái khám

Thúc đẩy động lực bằng cách nhấn mạnh lợi ích phòng bệnh và việc dễ dàng tăng cường độ vận động thể chất

“Gia tăng vận động thể chất có thể được thực hiện theo nhiều giai đoạn, và nó có thể làm giảm nguy cơ bệnh tim và các biến chứng ĐTD”

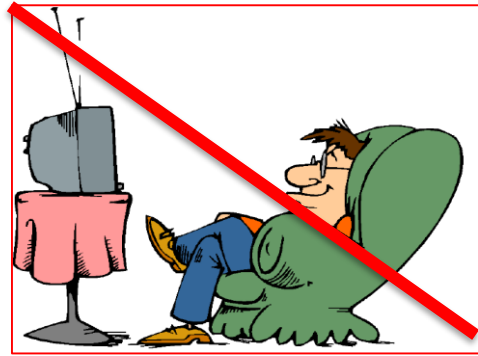
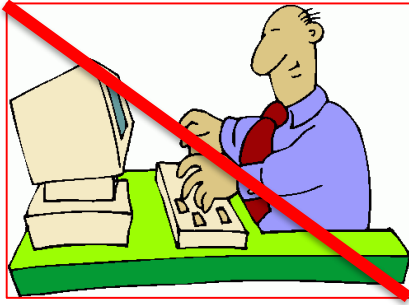
A5: THU XẾP THĂM KHÁM

Tại lần tái khám, đánh giá kết quả thực hiện của bệnh nhân

- Nếu thành công, chúc mừng và nhấn mạnh tầm quan trọng của hoạt động thể chất
- Nếu không, cân nhắc các hình thức vận động khác

Bạn nhận thấy điều gì khó khăn nhất khi cố gắng tăng cường độ vận động?
Bạn có đưa ra bất kỳ mục tiêu mới nào không?

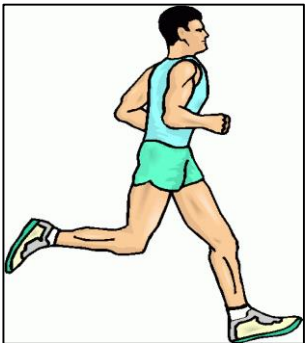
LỐI SỐNG KÉM VẬN ĐỘNG THỂ CHẤT



CƯỜNG ĐỘ VẬN ĐỘNG THỂ CHẤT NHẸ



CƯỜNG ĐỘ VẬN ĐỘNG THỂ CHẤT TỪ TRUNG BÌNH ĐẾN MẠNH



Mục tiêu: để gia tăng nhịp tim và cường độ vận động

Phương pháp tiếp cận 5A : Chế độ ăn lành mạnh cho tim

A1: HỎI

Bạn có ăn đủ 5 phần trái cây và rau củ mỗi ngày không?

Không

Có

Bạn có thêm muối hay nước chấm mặn vào món ăn khi nấu nướng hay ăn không?

Không

Có

Bạn có dùng hơn 5 thìa cà phê đường mỗi ngày không? (soda, cà phê, đồ ngọt)

Có

Không

A2: TƯ VẤN

Tăng số lượng khẩu phần trái cây và rau củ đến 5 phần/ngày.

Giảm lượng muối < 5 mg (1 thìa cà phê) mỗi ngày và lượng đường < 5 thìa cà phê mỗi ngày.

Khuyến khích bệnh nhân duy trì các thói quen ăn lành mạnh cho tim để phòng bệnh THA, ĐTD và các biến chứng tim mạch.

A3: TIẾP CẬN

Bạn có muốn áp dụng một chế độ ăn lành mạnh cho tim không?

Có

Không

A4: HỖ TRỢ

Chuẩn bị kế hoạch cụ thể

- Bệnh nhân ĐTD → tập trung giảm lượng đường và thức ăn có carbohydrate.
- Bệnh nhân THA → tập trung giảm lượng muối.
- Nhấn mạnh “chế độ ăn kiêng” cũng là cách thay đổi lối sống.
- Cung cấp chiến lược: những thức ăn tại nhà cần giảm đường/ chất béo/ muối, thảo luận về khẩu phần ăn. Sử dụng nhật ký thực phẩm hàng ngày.
- Sắp xếp lịch tái khám.

Thúc đẩy động lực bằng cách nhấn mạnh lợi ích phòng bệnh và việc dễ dàng áp dụng từng bước thay đổi chế độ ăn lành mạnh cho tim.

“Áp dụng 1 chế độ ăn lành mạnh cho tim có thể được thực hiện theo từng giai đoạn, và nó có thể giảm nguy cơ đau tim và các biến chứng ĐTD.”

A5: THU XẾP THĂM KHÁM

Tại lần tái khám, đánh giá kết quả thực hiện của bệnh nhân

- Nếu đạt mục tiêu, chúc mừng và nhấn mạnh thông điệp về chế độ ăn lành mạnh cho tim.
- Nếu chưa đạt, cân nhắc cách tiếp cận khác để thực hiện chế độ ăn lành mạnh.

Bạn nhận thấy điều gì dễ và khó nhất trong việc thực hiện chế độ ăn lành mạnh cho tim?

Bạn có đưa ra bất kỳ mục tiêu mới nào không?

CÁC NHÓM THỰC PHẨM



NHÓM ĐẠM



NHÓM BỘT ĐƯỜNG



NHÓM BÉO



NHÓM SỮA



NHÓM RAU



NHÓM TRÁI CÂY

Nguồn: Hướng dẫn xây dựng thực đơn cho người bệnh đái tháo đường, Trung tâm Dinh dưỡng TP.HCM

CÁC THỰC PHẨM NÊN HẠN CHẾ



Tăng đường huyết



Tăng mỡ máu



Tăng huyết áp

Muối

Nguồn: Hướng dẫn xây dựng thực đơn cho người bệnh đái tháo đường, Trung tâm Dinh dưỡng TP.HCM

Phương pháp tiếp cận 5A : Giảm/ Cai rượu bia

A1: HỎI

Bạn có uống rượu bia không?

KHÔNG

Nhấn mạnh “**uống quá nhiều rượu bia sẽ làm tăng nguy cơ bệnh tim**”

CÓ

A2: TƯ VẤN

*Trung bình 1 ngày, bạn có uống rượu/bia nhiều hơn:
Đàn ông: 2 đơn vị rượu?
Phụ nữ: 1 đơn vị rượu?

CÓ

Tư vấn bỏ rượu bia với thái độ rõ ràng, cứng rắn :
“*Rượu bia làm gia tăng nguy cơ đau tim và đột quỵ vì huyết áp cao. Giảm hoặc ngừng uống rượu bia là một bước quan trọng để bảo vệ tim và sức khỏe của bạn.*”

A3: TIẾP CẬN

Bạn có muốn giảm hoặc cai rượu bia không?

CÓ

KHÔNG

A4: HỖ TRỢ

Chuẩn bị kế hoạch cụ thể

- Xác định lý do sử dụng rượu bia.
- Đưa ra mục tiêu giảm rượu bia có thể đạt được.
- Khuyến khích sự hỗ trợ từ gia đình
- Cung cấp chiến lược: tránh xa quán rượu, ít gặp gỡ bạn bè thích nhậu, loại bỏ bia rượu khỏi nhà v.v...
- Sắp xếp lịch tái khám.

Thúc đẩy động lực cai rượu bia

Cung cấp thông tin về các nguy cơ sức khỏe khi uống rượu bia (cao huyết áp, bao gồm đột quỵ và đau tim).

A5: SẮP XẾP THĂM KHÁM

Tại lần tái khám, đánh giá kết quả thực hiện của bệnh nhân

- Nếu đạt mục tiêu, chúc mừng bệnh nhân và nhấn mạnh thông điệp ngừng sử dụng rượu bia.
- Nếu chưa đạt, cân nhắc kế hoạch theo dõi đặc biệt.

Bạn có muốn thay đổi kế hoạch giảm rượu bia theo cách khác hiệu quả hơn không?

Theo khuyến cáo và cách tính của Tổ chức Y tế Thế giới: một đơn vị cồn chuẩn có chứa 10 gram cồn. Có thể quy đổi một đơn vị cồn chuẩn cho các nồng độ khác nhau như:



1 ly rượu mạnh 40 độ, dung tích 30 ml

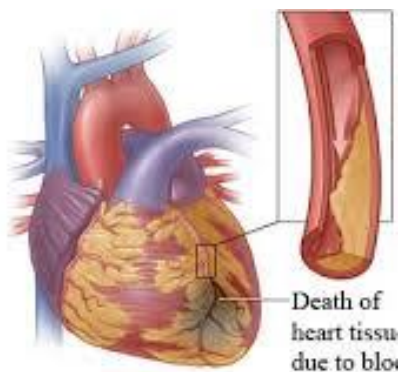


1 ly rượu nhẹ 12-15 độ, dung tích 100 ml



Bia có độ cồn 5%, dung tích 330 ml

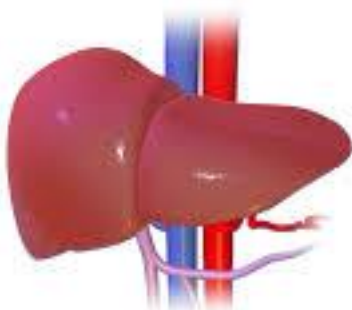
Rượu bia làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh nguy hiểm sau



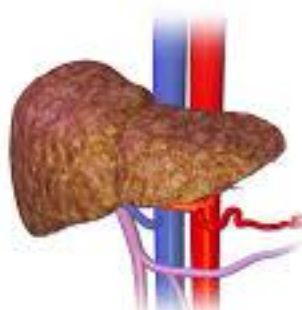
Bệnh tim mạch, làm tăng huyết áp



Đột quỵ



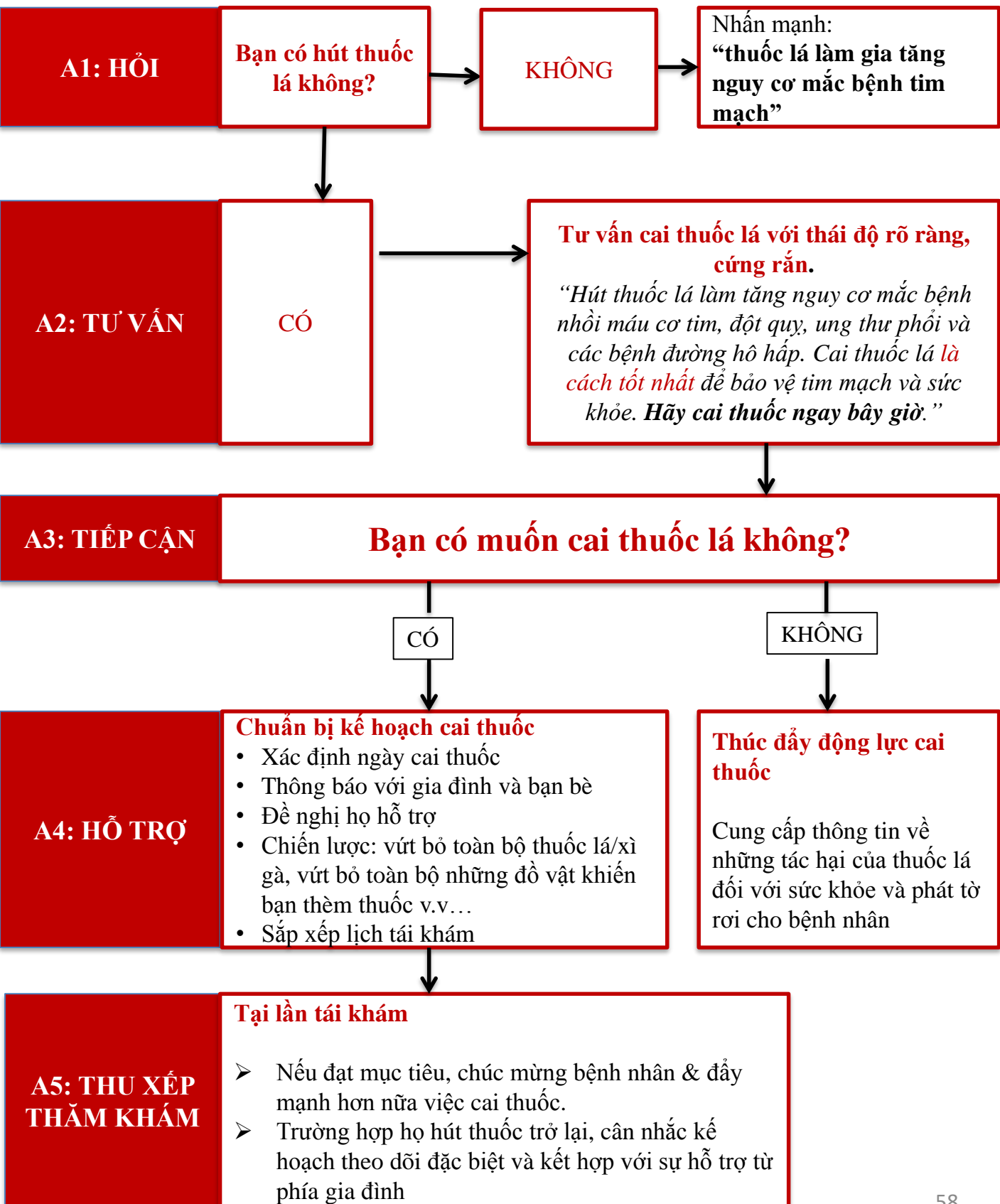
Gan bình thường



Gan bị xơ

Làm xơ gan

Phương pháp tiếp cận 5A: **Cai thuốc lá**



Cai hút tất cả các sản phẩm của thuốc lá



Tác động của thuốc lá lên phổi



Phổi của người hút thuốc lá



Phổi của người không hút thuốc lá

Lên kế hoạch cụ thể phù hợp với từng cá nhân



Xác định mục tiêu cụ thể và ngày bắt đầu



Kêu gọi sự giúp đỡ của gia đình và bạn bè



Tái khám tại Trạm y tế phường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- *Hướng dẫn quản lý tăng huyết áp, ESH/ESC 2013.*
- *Hướng dẫn chẩn đoán & điều trị tăng huyết áp- Bộ Y tế ban hành 2015 kèm theo QĐ số 3192/QĐ-BYT ngày 31/8/2010.*
- *Khởi trị tăng huyết áp tại tuyến cơ sở- Viện tim mạch Việt Nam, 2016.*
- *Những điểm mới trong chẩn đoán và điều trị THA-Chương trình Mục tiêu Quốc gia phòng chống tăng huyết áp & Viện Tim mạch, 2016.*
- *Chẩn đoán & điều trị THA- BS. CKII Trần Thị Huỳnh Nga, Viện Tim, 7/2017.*
- *Con tăng huyết áp cấp cứu và khẩn cấp- Viện tim mạch Việt Nam, <http://vnha.org.vn>*
- *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường- BHYT cập nhật ngày 19/7/2017.*
- *Điều trị bệnh đái tháo đường- BS. CKI Nguyễn Thị Ánh Vân, Trung tâm Dinh dưỡng TP.HCM, 2/2017.*
- *Dinh dưỡng cho người đái tháo đường, Diabetna VN <http://diabetna.vn/cung-soi-chi-so-duong-huyet-cua-rau-cu.html>*
- *HEARTS- Technical package for cardiovascular disease management in primary health care, WHO 2016.*
- *WHO IMAI PEN- Gói can thiệp của Tổ chức Y tế Thế giới về bệnh không lây nhiễm chủ yếu & Quản lý bệnh ở thanh thiếu niên và người lớn kết hợp tiếp cận chăm sóc mạn tính, 2/2016.*
- *Hướng dẫn xây dựng thực đơn cho người bệnh đái tháo đường- Trung tâm Dinh dưỡng TP.HCM.*
- *Hướng dẫn sàng lọc và can thiệp giảm tác hại sử dụng rượu bia- Bộ Y tế, Hà Nội 5/2013.*