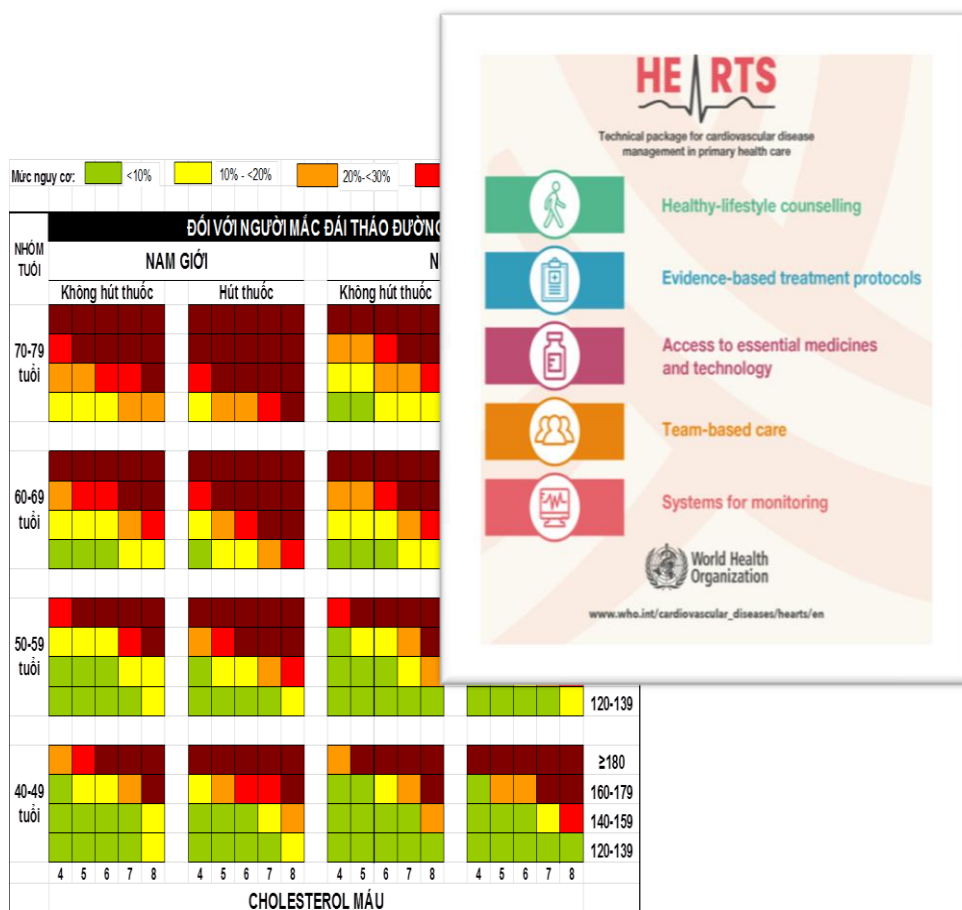


HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH CƠ BẢN ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ LỒNG GHÉP TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM Y TẾ



Sử dụng cho Mô hình dự phòng, phát hiện sớm, điều trị quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng

Năm 2018

Hướng dẫn thực hành cơ bản điều trị, quản lý lồng ghép tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế được biên soạn dựa trên các tài liệu sau:

1. Hướng dẫn quản lý lồng ghép tăng huyết áp và đái tháo đường - Tổ chức Y tế Thế giới năm 2012 (WHO PEN 2012).
2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý đái tháo đường tại trạm y tế, Bệnh viện Nội tiết Trung ương, 2018.
3. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý tăng huyết áp tại trạm y tế, Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai, 2018.
4. Hướng dẫn và quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành theo Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19/7/2017 và Quyết định số 3798/QĐ-BYT ngày 21/8/2017 của Bộ Y tế).
5. Tư vấn dinh dưỡng và vận động trong phòng chống đái tháo đường và tăng huyết áp - Trung tâm Dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh.
6. HEARTS Technical package for cardiovascular disease management in primary health care: evidence based protocols. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/NMH/NVI/18.2). LICENSE: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Nhóm Biên soạn

1. TS.BS. Trương Đình Bắc - Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế.
2. TS.BS. Lại Đức Trường - Tổ chức Y tế Thế giới.
3. ThS.BS. Trần Quốc Bảo - Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế.
4. ThS.BS. Nguyễn Tuấn Lâm - Tổ chức Y tế Thế giới.
5. ThS.BS. Phạm Quỳnh Nga - Tổ chức Y tế Thế giới.
6. ThS. Đinh Hải Linh - Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế.

Chuyên gia đóng góp ý kiến

1. PGS.TS Nguyễn Thị Bạch Yến - Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai.
2. TS.BS. Phan Hương Dương - Bệnh viện Nội tiết Trung ương.
3. PGS.TS.BS. Hồ Kim Thanh - Đại học Y Hà Nội.
4. PGS.TS. Vũ Thị Thanh Huyền - Đại học Y Hà Nội.
5. TS.BS. Nghiêm Thị Nguyệt Thu - Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
6. ThS.BS. Vũ Đình Huy - Bệnh viện Bưu điện.

Chữ viết tắt

BN	Bệnh nhân	THA	Tăng huyết áp
DNG 75g	(nghiệm pháp) dung nạp glucose 75g	TBMMN	Tai biến mạch máu não
ĐM	Đường máu	RLCH	Rối loạn chuyển hóa
ĐTĐ	Đái tháo đường	XN	Xét nghiệm
HĐTL	Hoạt động thể lực	YTNC	Yếu tố nguy cơ
HATT	Huyết áp tâm thu		

Hướng dẫn thực hành cơ bản điều trị, quản lý lồng ghép đái tháo đường & tăng huyết áp tại trạm y tế

Bước 1. Hỏi bệnh- chú trọng các nội dung sau:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tên, tuổi, nghề nghiệp (tĩnh tại hay có hoạt động thể lực) 2. Triệu chứng và tiến triển: Đau ngực, khó thở, sụt hoặc tăng cân, uống nhiều, khát nhiều, tiểu nhiều hoặc ít, phù mắt, sung chân, chân tay tê bì ... 3. Đã được điều trị chưa? ở đâu? thuốc đang sử dụng? 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tiền sử bản thân và gia đình (trực hệ): bệnh tim mạch, tai biến mạch máu não (TBMMN), ĐTĐ, bệnh thận. 5. Tình trạng hút thuốc, uống rượu (có/không)(nếu “có”, hỏi thêm về tần suất và số lượng) 6. Mức độ vận động thể lực: Có đạt ≥ 30 phút/ngày, tối thiểu 5 ngày/tuần và có làm tăng nhịp tim không?
Bước 2: Khám và xét nghiệm- chú trọng các nội dung sau:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Đo vòng eo, BMI, khám phù 2. Đo HA, bắt mạch, nghe tim (đều hay không? có tiếng thổi?) 3. Nghe phổi, khám bụng (chú ý tìm xem có gan to không). 4. Khám bàn chân bệnh nhân ĐTĐ: cảm giác, vết chai, loét 	<ol style="list-style-type: none"> 5. XN protein niệu (cho người THA mới phát hiện) 6. XN cholesterol máu (nếu có điều kiện) 7. XN ĐM mao mạch (ưu tiên người nguy cơ cao ĐTĐ); nghiệm pháp dung nạp glucose 75g (DNG 75g- OGTT). 8. Xem kết quả XN đã có sẵn (chú ý chức năng gan, thận)
Bước 3. Các trường hợp cần chuyển tuyến	
<ol style="list-style-type: none"> 1. THA ở người dưới 40 tuổi; phụ nữ có thai; có bệnh phổi hợp. 2. HA tâm thu >200 mmHg và/hoặc HA tâm trương >120 mmHg. 3. Có cơn đau thắt ngực mới xuất hiện, hoặc có dấu hiệu của thiếu máu não thoáng qua (TBMMN hồi phục nhanh), hoặc có tiếng thổi ở tim, hoặc có protein niệu, hoặc có các dấu hiệu khác nghi ngờ tổn thương cơ quan đích (tim, não, mắt, thận...) 4. THA đang quản lý nhưng không đạt mục tiêu mặc dù dùng phối hợp ≥ 3 thuốc, gồm có thuốc lợi tiểu (THA kháng trị), hoặc không dung nạp thuốc, hoặc nặng lên. 5. Cholesterol máu ≥ 8 mmol/l 6. Nghi ngờ ĐTĐ (ĐM lúc đói $\geq 7,0$mmol/l). Nếu không làm được nghiệm pháp DNG 75g (OGTT) thì chuyển cả tiền ĐTĐ. 7. ĐTĐ đang quản lý không đạt mục tiêu điều trị trong 3 tháng. 	<ol style="list-style-type: none"> 8. ĐTĐ đang quản lý nghi có biến chứng. <ul style="list-style-type: none"> - Có triệu chứng tăng ĐM: Khát nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút. - Ý thức chậm chạp hoặc hôn mê (hôn mê tăng ĐM). - ĐM $> 13,0$ mmol/L cho dù không có biểu hiện tăng ĐM - Hạ ĐM tái diễn, hôn mê hạ ĐM. - Có biểu hiện bất thường ở chân (biến chứng loét chân) - Sốt kéo dài (nhiễm trùng) hoặc ho kéo dài (lao). - Đau chân khi đi lại (viêm tắc tĩnh mạch, động mạch chân) - Phù (biến chứng thận) - Giảm thị lực tiến triển. 9. Theo lịch hẹn để kiểm tra định kỳ (hiệu quả điều trị, biến chứng, chức năng gan, thận...)

Xử trí cấp cứu tăng huyết áp và hạ đường huyết

■ Xử lý cấp cứu THA.

- Khi HA $\geq 200/120$ mmHg hoặc $\geq 180/110$ mmHg nhưng có các biểu hiện như đau thắt ngực, đau đầu dữ dội, thờ nhanh và nông, nhìn mờ, đi tiểu giảm, buồn nôn và nôn, lơ mơ, co giật, có dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc dấu hiệu suy tim...
- Cần chuyển khẩn cấp tới bệnh viện. Liên hệ với tuyến trên để được hướng dẫn thêm

■ Xử lý hạ ĐM.

- Làm ngay xét nghiệm ĐM nếu BN có biểu hiện hạ ĐM.
- Nếu ĐM $< 3,9$ mmol/l và/hoặc có triệu chứng đói lả, run, vã mồ hôi, mạch nhanh.. thì cần xử lý:
- **BN còn uống được:** Cho uống 01 cốc nước đường (10-15g) hoặc ăn bánh kẹo, theo dõi triệu chứng hạ ĐM.
- **Nếu BN không uống được:** Tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch nhanh glucose 50% 30 ml; hoặc glucose 20% 75 ml; hoặc glucose 10% 150 ml. Kiểm tra lại ý thức và ĐM sau 15-30 phút, nếu ĐM chưa đạt 5mmol/l lặp lại như trên rồi duy trì bằng truyền dung dịch glucose 5% hoặc 10%.
- Chuyển tuyến nếu ý thức không cải thiện, hoặc có các tiêu chí chuyển tuyến khác.

Bước 4. Lượng giá nguy cơ tim mạch, chẩn đoán THA, ĐTĐ, RLCH lipid, bệnh kèm theo

<ul style="list-style-type: none"> ■ Không dùng bảng, xếp nguy cơ $\geq 30\%$ khi: <ul style="list-style-type: none"> - Đã mắc bệnh tim-mạch; ĐTĐ có biến chứng thận. - Chưa mắc bệnh tim - mạch nhưng cholesterol toàn phần ≥ 8 mmol/l. ■ Sử dụng bảng dự báo nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch của WHO: <ul style="list-style-type: none"> - Chọn bảng (ĐTĐ hoặc không); cột nam/nữ; cột hút thuốc/không (bỏ thuốc trong vòng 1 năm vẫn tính là hút thuốc); nhóm tuổi. - Xác định điểm giao giá trị HATT và cholesterol toàn phần. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lưu ý khi sử dụng bảng dự báo nguy cơ <ul style="list-style-type: none"> - Nếu không làm XN cholesterol máu thì sử dụng mức 5,2 mmol/l. - Với người đang điều trị, sử dụng thông số trước điều trị và hiện tại để đánh giá mức độ nguy cơ. - Nếu tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch; có béo phì, tăng triglyceride máu thì nguy cơ cao hơn so với giá trị tính được. ■ Chẩn đoán THA, ĐTĐ, RLCH lipid và các bệnh kèm theo (nếu có).
---	---

Bước 5. Điều trị, quản lý: Các đối tượng cần được tư vấn về ăn uống, HĐTL, không hút thuốc, không uống/hạn chế uống rượu bia. **Dùng thuốc THA nếu HA $\geq 160/100$ mmHg. Điều trị ĐTĐ, RLCH lipid nếu bị bệnh. Phải xác định mục tiêu điều trị cho từng bệnh nhân.**

Nguy cơ <20%	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nếu nguy cơ $< 10\%$: Theo dõi thêm trong 12 tháng ■ Nếu nguy cơ từ 10 - 20%: Đánh giá lại 3 tháng/lần đến khi nguy cơ $< 10\%$ thì theo dõi 6-9 tháng/lần
Nguy cơ 20- <30%	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nếu $160/100 > HA \geq 140/90$: Dùng thuốc khi thay đổi hành vi lối sống sau 3 tháng không có kết quả. ■ Theo dõi mỗi 3-6 tháng /lần
Nguy cơ $\geq 30\%$	<ul style="list-style-type: none"> ■ Nếu HA $\geq 130/80$: Dùng thuốc THA. ■ Thêm thuốc nhóm statin ■ Dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu (aspirin). ■ Theo dõi định kỳ 1 tháng/lần, nếu trong 3 tháng theo dõi không thấy giảm nguy cơ, chuyển tuyến.

Xác định mục tiêu điều trị (và đánh giá kết quả điều trị đối với BN đang quản lý)					
Chỉ số	Đơn vị	Mục tiêu	Tần suất theo dõi		Nơi theo dõi
			Chưa đạt mục tiêu	Đạt mục tiêu	
Huyết áp	mmHg	<140/90 < 130/85*	Hàng tuần	Hàng tháng	Trạm y tế
BMI	kg/m ²	18,5 - 23	Hàng tháng	Hàng tháng	Trạm y tế
Glucose máu mao mạch** - Lúc đói - Sau khi bắt đầu ăn 1- 2 giờ	mmol/L	4,4 – 7,2 <10,0	Mỗi khi chỉnh liều thuốc	Hàng tháng	Trạm y tế
HbA1c***	%	<7,0	1 lần/3 tháng.	1 lần/6 tháng.	Tuyến trên
HDL	mmol/L	Nam > 1,0; Nữ >1,3	Theo chỉ định	Tối thiểu 1 lần/năm	Tuyến trên
Triglyceride	mmol/L	<1,7	Theo chỉ định	Tối thiểu 1 lần/năm	Tuyến trên
LDL	mmol/L	< 2,6. Nếu nguy cơ tim mạch cao: < 1,8	Theo chỉ định	Tối thiểu 1 lần/năm	Tuyến trên

*Mục tiêu HA <140/90 mmHg cho hầu hết các đối tượng. ĐTĐ biến chứng thận và người có nguy cơ tim - mạch cao ($\geq 30\%$), HA mục tiêu <130/85 - 80 mmHg. Tuy nhiên mục tiêu về HA có thể điều chỉnh tùy thuộc tình trạng bệnh nhân và/hoặc sự dung nạp đối với thuốc.

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

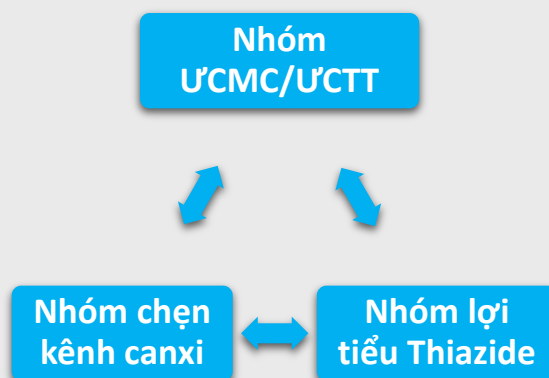
***Mục tiêu HbA1c cần được điều chỉnh theo thực tế của từng đối tượng:

- Mức 6,5% hoặc 7,0%: Mức 6,5% áp dụng cho BN trẻ, mới chẩn đoán ĐTĐ, chưa có biến chứng mạn, không có bệnh đi kèm, kiểm soát được ĐM chỉ cần bằng thay đổi hành vi lối sống hoặc kết hợp với metformin; Đối với người cần phải dùng gliclazide thì mục tiêu là 7,0%. Nhưng cũng có thể hạ xuống 6,5% nếu như mục tiêu 7,0% đạt được mà không làm tăng nguy cơ hạ ĐM nặng.
- Mức 7,5%: BN lớn tuổi, bị bệnh ĐTĐ đã lâu, có biến chứng mạn, có nhiều bệnh đi kèm hoặc BN có nguy cơ cao với hạ ĐM, đặc biệt là ở người lái xe, vận hành máy móc.
- Mức <8,5%: tình trạng bệnh phức tạp/sức khỏe kém không còn sống lâu.

Điều trị bằng thuốc

1) Điều trị tăng huyết áp

- Nếu <55 tuổi: Bắt đầu bằng liều thấp thuốc lợi tiểu thiazide và/hoặc nhóm ức chế men chuyển (ƯCMC) hoặc nhóm ức chế thụ thể (ƯCTT)
- Nếu ≥ 55 tuổi: Bắt đầu bằng thuốc chẹn kênh can-xi tác dụng kéo dài và/hoặc thuốc lợi tiểu thiazide.
- Khi phải dùng 2 thuốc (ngoài thuốc lợi tiểu thiazide): Đang dùng thuốc chẹn kênh can-xi thì thêm thuốc ƯCMC/ƯCTT và ngược lại.
- THA ở người thừa cân, béo phì thì thuốc đầu tiên nên chọn là thuốc lợi tiểu thiazide.
- THA ở người có tiền sử TBMMN: Thuốc ƯCMC nên được ưu tiên sử dụng.
- Nhóm chẹn beta giao cảm không nên coi là thuốc hàng đầu. Nên dùng nếu bị nhồi máu cơ tim trong vòng 3 năm qua hoặc đang bị rung nhĩ/suy tim
- Nếu BN đang điều trị mà có HATT <110mmHg liên tục thì nên giảm liều hoặc số lượng nhóm thuốc.
- Sơ đồ phối hợp thuốc THA

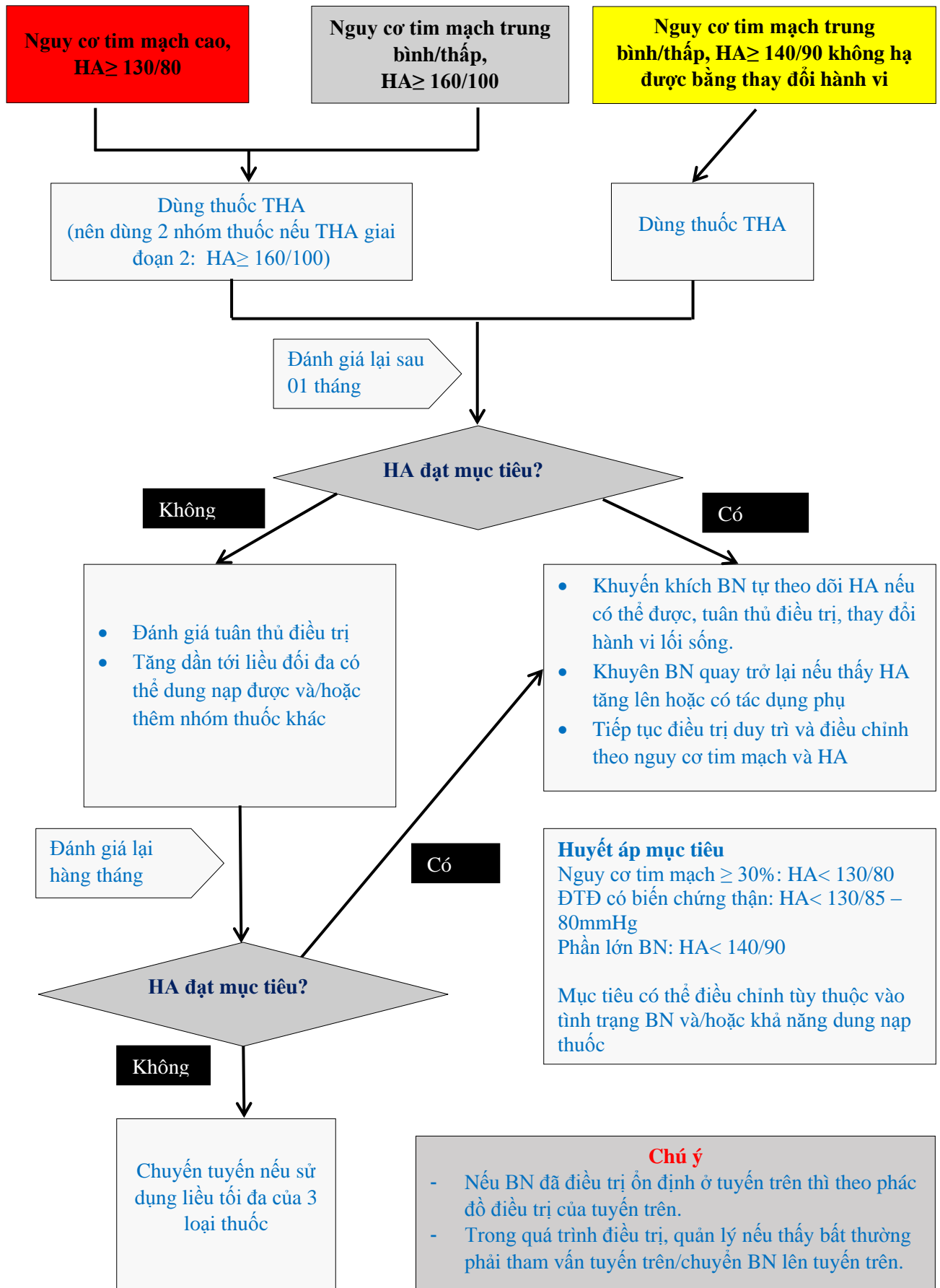


2) Điều trị đái tháo đường:

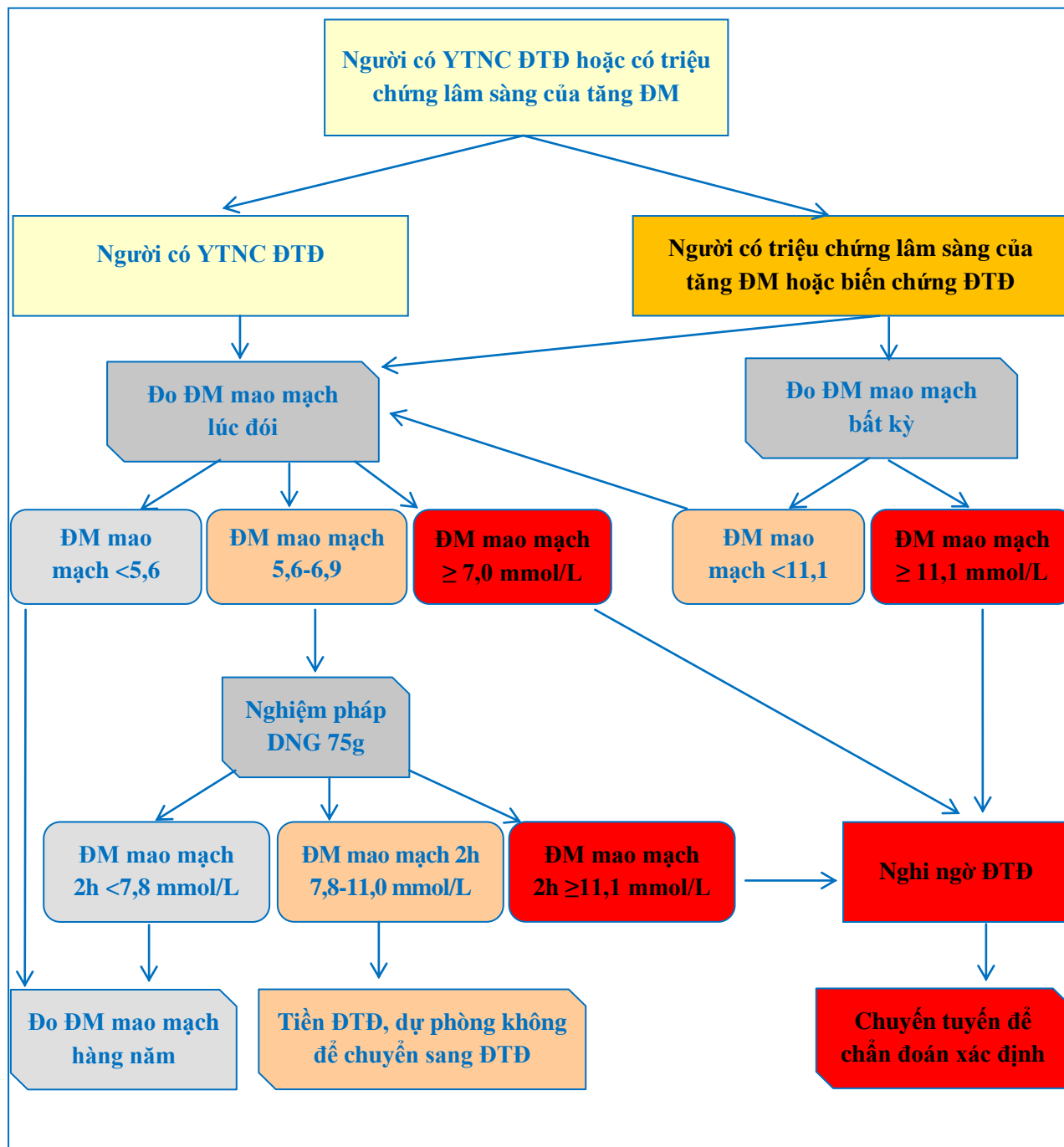
- Điều chỉnh liều metformin để đạt được ĐM mục tiêu.
- Nếu có chống chỉ định với metformin hoặc không khống chế được ĐM với metformin đơn trị liệu: thêm sulfonyleurea.
- Cho thuốc điều trị hạ HA nếu HA $\geq 140/90$ mmHg, nếu $130/80$ mmHg \leq HA < 140/90 mmHg: Dùng thuốc khi thay đổi hành vi lối sống sau 3 tháng không có kết quả. Nhóm ức chế men chuyển/ức chế thụ thể là lựa chọn đầu tiên.
- Dùng statin cho tất cả bệnh nhân ĐTD típ 2 từ 40 tuổi trở lên.

- 3) **Nguy cơ tim mạch cao ($\geq 30\%$):** Dùng aspirin liều thấp 80-100mg/ngày nếu không có chống chỉ định.

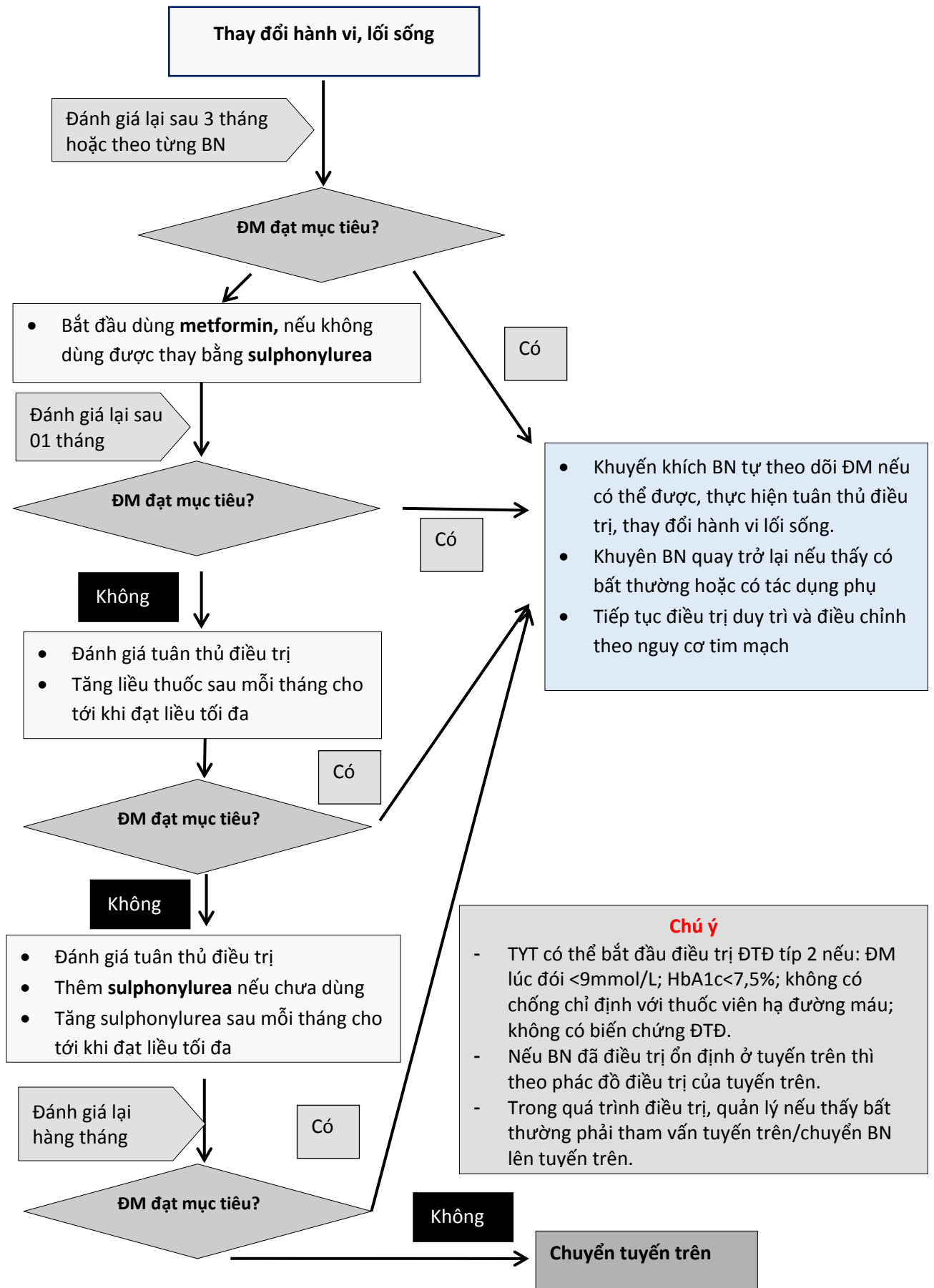
Sơ đồ quy trình điều trị quản lý THA tại trạm y tế



Sơ đồ quy trình phát hiện ĐTĐ tại trạm y tế



Sơ đồ quy trình điều trị quản lý ĐTĐ tại trạm y tế



Sơ đồ quy trình điều trị quản lý ĐTĐ (nâng cao)



Hướng dẫn điều chỉnh liều insulin

Bác sỹ tuyến xã có thể hướng dẫn bệnh nhân điều chỉnh liều insulin nếu bệnh nhân có điều kiện tự theo dõi ĐM mao mạch thường xuyên.

- Bệnh nhân dùng insulin nền:

- Mới bắt đầu dùng insulin nền tiêm 1 mũi (trước đi ngủ đối với insulin NPH): Bắt đầu với 8-10 đv, hoặc 0,1 - 0,2 đv/kg cân nặng. Thử ĐM mao mạch lúc đói hàng ngày. Cứ 3 ngày tăng 15% liều hoặc 2 - 4 đv cho đến khi đạt mục tiêu ĐM lúc đói (thường 5 - 7 mmol/L) mà không xảy ra hạ ĐM.
- Đang dùng insulin nền: Thử ĐM mao mạch lúc đói 2 - 3 ngày/tuần. Nếu ĐM mao mạch cao trên mục tiêu 2mmol/L (và không có triệu chứng lâm sàng của tăng ĐM, không có sai sót về chế độ ăn, về dùng thuốc hạ ĐM), thử ĐM mao mạch 2 ngày tiếp theo để làm căn cứ tăng liều insulin nền 15% hoặc 2 - 4 đv tùy theo mức ĐM. Tiếp tục theo dõi và chỉnh liều insulin cứ 3 ngày 1 lần cho đến khi đạt mục tiêu ĐM mà không xảy ra hạ ĐM.
- Trong mọi trường hợp, khi có hạ ĐM cần tìm nguyên nhân (không tuân thủ chế độ ăn, dùng sai liều,...) và xử lý. Nếu không có nguyên nhân, cần giảm 10-20% liều hoặc 4 đv.

- Bệnh nhân dùng insulin hỗn hợp 2 mũi sáng chiều:

- Mới bắt đầu dùng chế độ insulin trộn hỗn hợp 2 mũi: Khi chuyển từ chế độ insulin nền, bắt đầu tổng liều bằng liều insulin nền, nếu chưa dùng thì bắt đầu với tổng liều 0,25 - 0,5 đv/kg cân nặng/ngày. Trong cả 2 trường hợp chia tổng liều ra 2/3 tiêm trước ăn sáng và 1/3 tiêm trước ăn chiều (tối) hoặc 1/2 sáng, 1/2 chiều. Thử ĐM mao mạch hàng ngày trước ăn sáng và trước ăn chiều. Căn cứ ĐM mao

mạch trước ăn sáng

để chỉnh liều insulin trước ăn chiều và ĐM trước ăn chiều để điều chỉnh liều insulin hỗn hợp trước ăn sáng. Cứ 3 ngày 1 lần tăng 10-15% liều cho đến khi đạt mục tiêu ĐM tương ứng (thường là 5 - 7 mmol/L).

- Đang dùng chế độ insulin hỗn hợp 2 mũi: Thử ĐM mao mạch trước ăn sáng và trước ăn chiều 2 - 3 lần mỗi thời điểm/tuần. Nếu ĐM cao trên mục tiêu 2 mmol/L (và không có triệu chứng lâm sàng của tăng ĐM, không có sai sót về chế độ ăn, dùng thuốc hạ ĐM), thử ĐM mao mạch cùng thời điểm 2 ngày tiếp theo, nếu kết quả không thay đổi, tăng liều insulin hỗn hợp tương ứng 10-15%. Tiếp tục theo dõi và chỉnh liều insulin mỗi 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu ĐM.
 - Trong mọi trường hợp, khi có hạ ĐM cần tìm nguyên nhân (không tuân thủ chế độ ăn, dùng sai liều...) và xử lý. Nếu không có nguyên nhân, cần giảm 10-20% liều hoặc 4 đv liều insulin tương ứng (hạ ĐM ban đêm - sáng: giảm liều trước ăn chiều; hạ ĐM trước ăn trưa, trước ăn chiều: giảm liều trước ăn sáng).
- *Bệnh nhân dùng chế độ insulin nền 1-3 mũi insulin trước bữa ăn:*
- Mới bắt đầu thêm 1 mũi insulin nhanh trước bữa ăn vào insulin nền: Khi chuyển từ chế độ insulin nền, bắt đầu thêm 1 mũi insulin nhanh trước bữa ăn lớn nhất trong ngày với liều 4đv, hoặc 0,1đv/kg cân nặng hoặc 10% liều insulin nền. Nếu HbA1c < 8%, bớt insulin nền một số đơn vị bằng liều insulin nhanh mới thêm. Thử ĐM mao mạch hàng ngày trước bữa ăn sau bữa ăn tiêm insulin nhanh để căn cứ để chỉnh liều insulin nhanh. Cứ 3 ngày 1 lần tăng 1-2 đv hoặc 10-15% liều insulin nhanh cho đến khi đạt mục tiêu ĐM (thường là 5 - 7 mmol/L). Thực hiện tương tự khi thêm mũi insulin nhanh thứ 2 và thứ 3.
 - Đang dùng chế độ insulin nền 1-3 mũi insulin nhanh: Thử ĐM mao mạch trước ăn sáng và trước các bữa ăn sau bữa ăn có tiêm insulin nhanh nhiều lần mỗi thời điểm/tuần. Nếu ĐM cao trên mục tiêu 2 mmol/L (và không có triệu chứng lâm sàng của tăng ĐM, không có sai sót về chế độ ăn, dùng thuốc hạ ĐM), thử ĐM mao mạch cùng thời điểm 2 ngày tiếp theo để làm căn cứ tăng liều insulin nền hoặc insulin nhanh tương ứng 10-15%. Tiếp tục theo dõi và chỉnh liều insulin mỗi 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu ĐM.
 - Trong mọi trường hợp, khi có hạ ĐM cần tìm nguyên nhân (không tuân thủ chế độ ăn, dùng sai liều,...) và xử lý. Nếu không có nguyên nhân, cần giảm 10-20% liều hoặc 2-4 đv liều insulin tương ứng (hạ ĐM ban đêm - sáng: giảm liều nền; hạ ĐM trước một bữa ăn: giảm liều trước bữa ăn trước đó; hạ ĐM lúc đi ngủ: giảm liều insulin trước ăn chiều).

Giáo dục, tư vấn thêm cho bệnh nhân và gia đình

1. Giảm muối bằng cách:

- 1) Cho bớt muối (mắm và các gia vị mặn khác, kể cả mì chính) khi nấu ăn,
- 2) Bỏ/giảm đề muối và gia vị mặn trên bàn ăn.
- 3) Hạn chế ăn các thực phẩm mặn như dưa/cà muối, cá muối, thức ăn nhanh, thực phẩm chế biến sẵn, thực phẩm đóng hộp.

2. Duy trì cân nặng lý tưởng (CNLT)

thông qua chế độ ăn uống và hoạt động thể lực. CNLT khi có BMI = 22. CNLT = 22 x chiều cao (m) x chiều cao (m). Tính nhanh: Lấy 2 số cuối của chiều cao (cm) x 90%. Nếu cân nặng > CNLT khuyến giảm bớt lượng thực phẩm trong khi ăn (chủ yếu là chất bột đường) và ngược lại.

3. Chế độ ăn uống (ngoài giảm muối)

- 1) Ăn đủ và đa dạng các nhóm thực phẩm.
- 2) Duy trì ổn định chất bột đường và nên sử dụng các loại thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp (<55%) như thực phẩm nguyên hạt hoặc nhiều chất xơ: gạo lức, gạo giã dối, bánh mì đen các loại khoai, củ; Biết chuyển đổi thực phẩm trong cùng nhóm.
- 3) Tăng cường ăn rau quả để cung cấp chất xơ, vitamin và muối khoáng, bảo đảm ăn đủ 5 đơn vị chuẩn (400g)/ngày. Mỗi đơn vị chuẩn là 80g, tương đương với ½ bát con (bát/chén ăn cơm) rau đã nấu hoặc 1 quả cam nhỏ hoặc 01 quả chuối cỡ vừa.
- 4) Hạn chế thực phẩm nguồn gốc động vật nhiều mỡ. Nên ăn đậu, vừng, lạc, cá, nếu ăn thịt gà nên bỏ da.

4. Tăng cường hoạt động thể lực: Bảo đảm tối thiểu ở mức độ vừa (có tăng nhịp tim) và ≥ 30 phút/ngày x 5 ngày/tuần; Cần tập luyện đối kháng ít nhất 2 lần/tuần (nếu sức khỏe cho phép). Không ngồi một chỗ quá lâu.

5. Không hút thuốc

6. Không nên uống rượu, bia. Nếu có uống thì nên hạn chế.

Nam: Mỗi ngày chỉ uống ≤ 02 đơn vị cồn.

Nữ: $\leq \frac{1}{2}$ nam. Một đơn vị cồn tương đương với $\frac{3}{4}$ lon bia 330ml (5%). Công thức tính: Dung tích (ml) x nồng độ (%) x 0,79 (hệ số quy đổi). Có thể tính nhanh 1 đơn vị bằng 01 chén/ly/cốc (loại chuyên dùng để uống loại rượu, bia đó).

7. Uống thuốc đầy đủ và đúng giờ

8. Theo dõi tiến triển và các biến chứng.

- 1) Định kỳ đo HA và XN glucose máu.
- 2) Định kỳ thử nước tiểu (kiểm tra protein, xeton).
- 3) Nên đi khám mắt lúc bắt đầu phát hiện ĐTĐ và tái khám 1 lần/2 năm nếu không có bất thường và ĐM được kiểm soát tốt hoặc theo chỉ định của bác sĩ.
- 4) Theo dõi và dự phòng biến chứng bàn chân:
 - o Tránh đi chân đất hay không mang tất.
 - o Rửa chân bằng nước ấm (chú ý kiểm tra **độ nóng của nước**) và lau khô đặc biệt ở các kẽ ngón chân.
 - o Không cắt móng chân quá sát.
 - o Không được cắt vết chai, không bôi đắp các chất hóa học vào các vết chai.
 - o Kiểm tra bàn chân hằng ngày, nếu thấy bất thường, có vết thương, mất hoặc giảm cảm giác cần đi khám ngay.

9. Phát hiện và xử lý hạ ĐM:

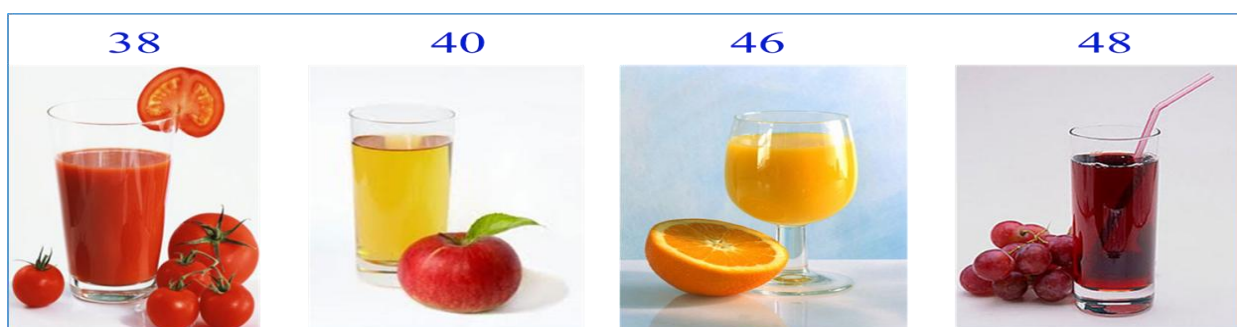
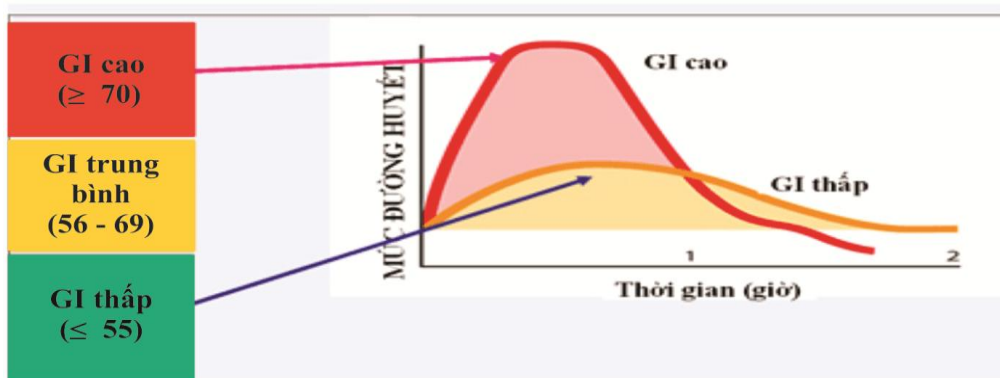
- Hay xảy ra khi uống thuốc quá liều hoặc ăn ít, luyện tập nhiều.
- Biểu hiện: Vã mồ hôi, đói lả, bủn rủn chân tay.
- Xử lý: Uống nước có đường (10-15g) hoặc ăn bánh kẹo và nên mang theo bánh kẹo nhất là khi tập luyện.
- Nên đi khám lại sau khi hết triệu chứng để chỉnh liều thuốc.

Một số thuốc thiết yếu điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn Lipid máu tại trạm y tế

Nhóm thuốc	Tên thuốc	Liều khởi đầu (ngày)	Liều tối ưu duy trì hàng ngày	Một số điểm lưu ý
Thiazide/lợi tiểu giống thiazide	Hydrochlorothiazide (HCTZ)	12,5mg	12,5-25mg	Một số tác dụng phụ: <ul style="list-style-type: none"> • Tiểu nhiều. • Rối loạn điện giải. Là thuốc nên được chọn đầu tiên, nhất là ở người thừa cân béo phì
	Chlorthalidone	12,5 mg	25mg	
	Indapamide SR	1,5mg	1,5mg	
Chẹn kênh canxi (CCB)	Amlordipine	5mg	5-10mg	Tác dụng phụ: <ul style="list-style-type: none"> • Phù nề mắt cá chân. • Đỏ mặt • Đánh trống ngực • Nhịp nhanh
	Nifedipineretard	10mg	10-80mg	
Ức chế men chuyển (ACE)	Enalapril	5mg	5-40 mg	Nên kiểm tra creatinine huyết thanh và kali máu trước khi sử dụng. Là thuốc hàng đầu cho ĐTD có THA; có tiền sử TBMMN. Chống chỉ định: <ul style="list-style-type: none"> • Có thai. • Tiền sử phù mạch với các ACE khác. Tác dụng phụ: <ul style="list-style-type: none"> • Ho (1-2%) • Đau đầu (2-5%) • Tăng creatinine huyết thanh • Tăng kali máu. • Yếu cơ • Phù mạch
	Captopril (capoten)	25mg	25-100mg	
	Perindopril (coversyl)	5 mg	5-10mg	
	Ramipril	2,5 mg	2,5-20 mg	
Ức chế thụ thể angiotensin (ARB)	Losatan Telmisartan	25 mg 40 mg	100 mg 80 mg	Ít gây ho hơn so với nhóm ức chế men chuyển (ACE) nên được dùng thay nhóm này khi bệnh nhân ho nhiều. Chống chỉ định: Có thai.

Chẹn beta giao cảm	Atenolol	25 mg	25-100 mg	Chống chỉ định: <ul style="list-style-type: none"> • Hen cấp tính • Mạch <55 nhịp/phút - Ưu tiên dùng ở phụ nữ tuổi sinh đẻ; người có tiền sử bị nhồi máu cơ tim 3 năm qua. - Sử dụng nếu nhóm lợi tiểu và ức chế men chuyển không dung nạp. - Tránh dùng atenolol là thuốc hàng đầu cho THA không phức tạp ở người > 60 tuổi.
	Bisoprolol	2,5 mg	2,5-10 mg	
	Metoprolol	50 mg	50-100 mg	
	Acebutolol	200 mg	200-800 mg	
Biguanides	Metformin	500 mg, dùng 1 lần	2000 mg chia 2 lần	<ul style="list-style-type: none"> - Nguy cơ hạ ĐM thấp, tuy nhiên cần theo dõi sát ở người cao tuổi. - Cảnh thận ở người giảm chức năng thận (creatinine 130-150mmol/l) - Nếu có thừa cân - béo phì, thuốc có thể làm giảm trọng lượng. Chống chỉ định: <ul style="list-style-type: none"> • Suy thận (creatinine >150 mmol/l) • Bệnh gan. Tác dụng phụ: <ul style="list-style-type: none"> - Đau bụng, có thể lên tới 50% bệnh nhân. Khắc phục: uống thuốc khi ăn, tăng liều chậm. Thông thường triệu chứng sẽ bớt đi sau 1-2 tuần.
Sulphonylurea	Gliclazide	30-80 mg uống 01 lần trước ăn sáng 15 phút	320 mg Nếu liều trên 160mg/ngày thì chia làm 2 lần uống trước ăn 15 phút.	<ul style="list-style-type: none"> - Có nguy cơ hạ đường huyết do làm tăng tiết insulin tuyến tụy. Do vậy cần uống thuốc trước bữa ăn. - Có thể làm tăng cân.
Thuốc hạ lipid máu	Simvastatin	10 mg, uống vào buổi tối	40 mg, uống 1 lần vào buổi tối	<ul style="list-style-type: none"> - Tác dụng phụ: Đau cơ. - Liều tối đa đối với simvastatin khi dùng với amlordipine và diltiazem là 20 mg/ngày.
	Atorvastatin	10 mg	80 mg	
Thuốc chống kết tập tiểu cầu	Aspirin	75-100 mg	—	Không dùng ở người có tiền sử xuất huyết.

CHỈ SỐ ĐƯỜNG HUYẾT CỦA MỘT SỐ THỰC PHẨM (GI)



Các loại rau có chỉ số đường huyết thấp, có thể ăn nhiều.



Các nhóm thực phẩm:

- 1) Nhóm thức ăn giàu bột đường bao gồm nhóm ngũ cốc, sữa và trái cây.
- 2) Nhóm rau (cung cấp chất xơ, vitamin và muối khoáng).
- 3) Nhóm cung cấp chất đạm.
- 4) Nhóm cung cấp chất béo.

Nhóm giàu tinh bột, ngũ cốc, khoai



170g bún

1 đơn vị thực phẩm chứa lượng bột đường tương đương với 45 g



150g cơm



150g nui



110g bắp



160g khoai



200g khoai tây



2.5 lát bánh mì



50g bún khô



60g bánh tráng



80g bánh mì



170g khoai sọ



140g bánh phở



60g mì sợi

1 đơn vị thực phẩm chứa lượng bột đường tương đương 45 g

Nhóm sữa



1 đơn vị sữa tách béo không đường
26g + 180 ml nước



Yourt



1 đơn vị sữa 26,7 g bột



Sữa đậu nành



Nhóm Trái cây

**1 đơn vị thực phẩm
chứa lượng bột đường
tương đương với 15g**



200g Ổi



400g mận/roi



200g bưởi



180g cam



250g thanh long



200g quýt



150g táo



Nho



150g lê



150g dâu tây



100g xoài



200g đu đủ



100g chuối

1 đơn vị thực phẩm chứa lượng bột đường tương đương với 15g

Nhóm các loại rau



100g đậu bắp



50g đậu đũa



150g dưa leo



100g giá



150g khổ qua



120g cà chua



100g su su



150g su hào



100g bông cải



90g bắp cải



200g cải thìa



170g bầu

1 đơn vị thực phẩm chứa lượng bột đường tương đương 5g

Nhóm thịt, cá, tôm, cua, trứng, đậu



50g diêu hống



50g thịt gà



76g trứng vịt



58g thịt bò



90g đậu hũ



90g tôm



50g thịt heo



67g trứng gà



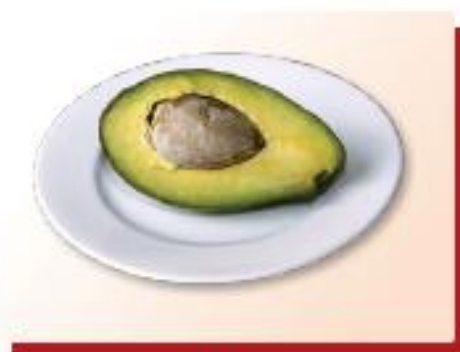
các loại đậu

1 đơn vị thực phẩm chứa lượng đạm tương đương với 10g

Nhóm dầu thực vật, các chất béo



Magarin



Bơ



Muỗng dầu ăn

1 đơn vị thực phẩm chứa lượng chất béo tương đương với 5 g

Thực đơn mẫu

THỰC ĐƠN 1.500 KCAL

SÁNG



TRƯA



CHIỀU



SÁNG:

- Bún riêu cua
- Đậu hũ chiên : 12g
- Chả lụa : 12g
- Huyết lộc : 15g
- Cua đồng : 33g
- Rau thơm : giá : 50g, hoa chuối 15g, rau xà lách : 10g

Giữa sáng: • Thanh long : 200g

TRƯA:

- Cơm : 1 chén
- Canh Rau dền nấu tôm đồng
- Rau dền : 50g
- Tôm đồng : 10 g -1 muỗng canh nhỏ
- Thịt bò xào hành cần
- Thịt bò : 50g
- Cà chua : 70g
- Hành tây : 40g
- Cần tây : 10g
- Đậu ăn : 10g

Giữa trưa: • Dâu tây : 190g

CHIỀU:

- Cơm : 1.5 chén
- Cá ba sa kho me
- Cá basa: 50g
- Dấu ăn: 5 g -1muỗng canh nhỏ
- Canh rau cải nấu thịt heo
- Rau cải 140g
- Thịt heo nạc: 10g -1 muỗng canh

Giá vị trong ngày: muối 2g, nước mắm: 5g

Giá trị dinh dưỡng của bữa ăn

- Năng lượng: 1495 kcal
- Đạm = 61.8g (17%)
- Béo = 42.3g (25%)
- Tinh bột = 218.4g(58%)
- Xơ = 18.1g
- Na = 1873 mg



Giữa sáng



Giữa trưa

Cách tính nhu cầu năng lượng

Bước 1: Tính cân nặng lý tưởng (CNLT)

$$CNLT = (\text{Chiều cao(cm)} - 100) \times 0.9$$


Bước 2: Tính nhu cầu năng lượng

Mức độ lao động	Nam	Nữ
Nhẹ	30 kcal/kg x cân nặng lý tưởng	25 kcal/kg x cân nặng lý tưởng
Vừa	35 kcal/kg x cân nặng lý tưởng	30 kcal/kg x cân nặng lý tưởng
Nặng	45 kcal/kg x cân nặng lý tưởng	40 kcal/kg x cân nặng lý tưởng

MUỐI TRONG MỘT SỐ MÓN ĂN

- Sáng: Phở bò chín bình dân: 3,32g
 - Trưa: Cơm suất văn phòng (thịt ba chỉ, đậu phụ): 6,83g
 - Tối: Cơm rang thập cẩm: 3,24g
- Cộng: 13,39g (chỉ nên ăn <5g/ngày)**

CƠM SUẤT VĂN PHÒNG (THỊT BA CHỈ, ĐẬU PHỤ)



682kcal

Thành phần/suất


- Gạo tẻ: 115g
- Thịt ba chỉ: 72g
- Dưa cải bẻ: 60g
- Đậu phụ: 30g
- Cải cúc: 50g
- Nước canh: 200ml
- Dầu TV: 6g
- Gia vị*

Giá trị dinh dưỡng

Năng lượng	Protein	Lipid	Glucid	Xơ	Vitamin A	Beta-caroten
682kcal	26,0g	24,0g	90,0g	3g	7µg	1005µg
Vitamin C	Canxi	Sắt	Natri*	Kali	Kẽm	Cholesterol
17mg	147mg	5,48mg	2732mg	628mg	3,68mg	49mg

Tổng lượng muối trong món ăn tương đương: 6830mg (6,83g)

PHỞ BÒ CHÍN BÌNH DÂN



291kcal

Thành phần

- Bánh phở: 140g
- Thịt bò: 55g
- Hành lá: 8g
- Mỡ: 3g
- Nước dùng: 370ml

Giá trị dinh dưỡng

Năng lượng	Protein	Lipid	Glucid	Xơ	Vitamin A	Beta-caroten
291kcal	16,1g	5,1g	45,3g	0,1g	0	110µg
Vitamin C	Canxi	Sắt	Natri	Kali	Kẽm	Cholesterol
5mg	40mg	2,24mg	1326mg	218mg	1,25mg	25mg

Tổng lượng muối trong món ăn tương đương: 3315mg (3,32g)

CƠM RANG THẬP CẨM



623kcal

Thành phần

- Gạo tẻ: 110g
- Giò heo: 30g
- Trứng vịt: 30g
- Cà rốt: 15g
- Dưa cải bẻ: 40g
- Mỡ: 15g
- Bột canh: 2g
- Nước mắm: 5g
- Muối trong dưa cải bẻ*

Giá trị dinh dưỡng

Năng lượng	Protein	Lipid	Glucid	Xơ	Vitamin A	Beta-caroten
623kcal	19,9g	21,9g	86,6g	1,5g	108µg	1545µg
Vitamin C	Canxi	Sắt	Natri	Kali	Kẽm	Cholesterol
2mg	106mg	3,18mg	1295mg	397mg	2,07mg	280mg

Tổng lượng muối trong món ăn tương đương: 3237,5mg (3,24g)

- 1. CHO BÓT MUỐI:** Khi nấu ăn hãy giảm dần lượng muối và gia vị chứa nhiều muối cho đến khi giảm một nửa.



- 2. CHẤM NHẸ TAY:** Khi ăn, hãy giảm một nửa lượng muối và gia vị chứa nhiều muối.



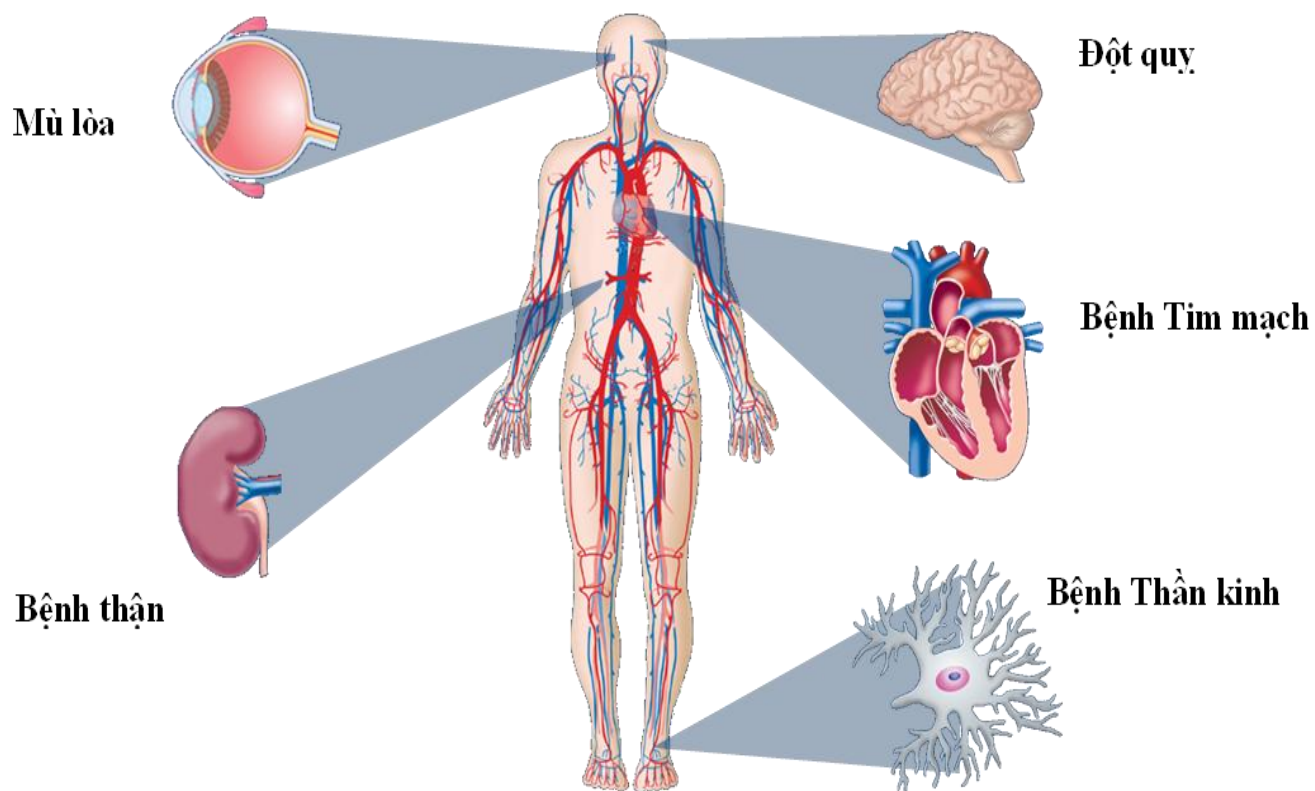
- 3. GIẢM NGAY ĐỘ MẶN:** Khi mua thực phẩm, chế biến và khi ăn, hãy giảm một nửa lượng thực phẩm chứa nhiều muối.



Giảm muối giúp đưa huyết áp về mức lý tưởng do vậy mọi người đều nên thực hiện ăn giảm muối. Người mắc bệnh tim - mạch, đái tháo đường cần tuân thủ nghiêm ngặt hơn chế độ ăn giảm muối.

THỰC HIỆN GIẢM MỘT NỬA LƯỢNG MUỐI ĂN HÀNG NGÀY ĐỂ PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ TBMMN.

MỘT SỐ BIẾN CHỨNG CỦA BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



MỘT SỐ VÍ DỤ VỀ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC

Hoạt động thể lực mức độ vừa: Làm tăng nhịp tim so với bình thường; Thực hiện ít nhất 30 phút/ngày x 5 ngày/tuần.








Hoạt động thể lực mức độ nặng: Làm tăng nhịp tim và nhịp thở; Thực hiện ít nhất 75 phút/tuần (nếu sức khỏe cho phép).








Hoạt động/thói quen tĩnh tại: Nên hạn chế. Nếu do công việc phải ngồi thì cứ sau 1 giờ nên giải lao 5 phút để HĐTL.



Bảng 2A - Đánh giá nguy cơ tim mạch cho người MẮC đái tháo đường

		Mức nguy cơ:																				
		 <10%	 10% - <20%	 20%-<30%	 30%-<40%	 ≥ 40%																
NHÓM TUỔI	ĐỐI VỚI NGƯỜI MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG								HA TÂM THU (mmHg)													
	NAM GIỚI				NỮ GIỚI																	
	Không hút thuốc		Hút thuốc		Không hút thuốc		Hút thuốc															
70-79 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
60-69 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
50-59 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
40-49 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
CHOLESTEROL MÁU																						

Bảng 2B - Đánh giá nguy cơ tim mạch cho người KHÔNG mắc đái tháo đường

		Mức nguy cơ:																				
		 <10%	 10% - <20%	 20%-<30%	 30%-<40%	 ≥ 40%																
NHÓM TUỔI	ĐỐI VỚI NGƯỜI KHÔNG MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG								HA TÂM THU (mmHg)													
	NAM GIỚI				NỮ GIỚI																	
	Không hút thuốc		Hút thuốc		Không hút thuốc		Hút thuốc															
70-79 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
60-69 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
50-59 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
40-49 tuổi	≥180									≥180												
	160-179									160-179												
	140-159									140-159												
	120-139									120-139												
		4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	4	5	6	7	8	
CHOLESTEROL MÁU																						