

QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 THEO HƯỚNG DẪN CỦA HỘI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG HOA KỲ

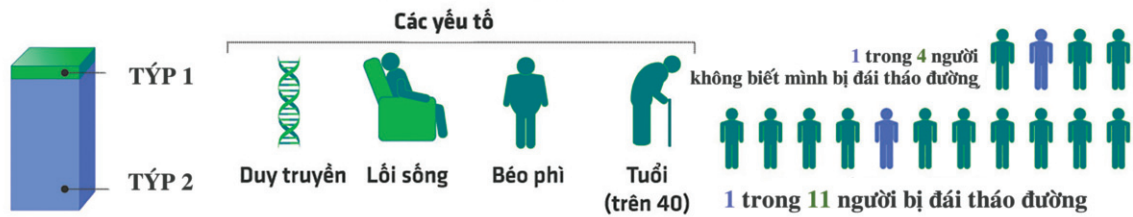
Đái tháo đường là một bệnh mạn tính phức tạp đòi hỏi sự chăm sóc y tế liên tục với các chiến lược nhằm làm giảm đa yếu tố nguy cơ chứ không chỉ kiểm soát tích cực đường huyết. Trong các chiến lược đó thì sự hỗ trợ, giáo dục người bệnh là rất quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng cấp tính và giảm nguy cơ biến chứng mạn tính. Đã có rất nhiều bằng chứng rõ ràng về hiệu quả của một loạt các biện pháp can thiệp trong việc cải thiện kết cục chung người bệnh đái tháo đường.



Hàng năm, Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association - ADA) ban hành và cập nhật hướng dẫn "Các tiêu chuẩn chăm sóc y tế trong đái tháo đường", gọi tắt là "Các Tiêu chuẩn Chăm sóc", nhằm mục đích cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng, người bệnh, các nhà nghiên cứu và các cá nhân quan tâm khác các nội dung trong chăm sóc người bệnh đái tháo đường, các mục tiêu điều trị và

các công cụ để đánh giá chất lượng chăm sóc y tế trong đái tháo đường. Các khuyến cáo bao gồm các hoạt động sàng lọc, chẩn đoán và điều trị đã được biết hoặc được tin tưởng là có tác động tích cực đến sức khỏe của người bệnh đái tháo đường. Các nhà nghiên cứu cũng luôn quan tâm đến vấn đề chi phí điều trị để có thể đạt tới một kế hoạch quản lý và chăm sóc người bệnh đái tháo đường với hiệu quả cao nhất

BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2



và chi phí thấp nhất, là mối quan tâm của không chỉ người bệnh mà còn của các nhà hoạch định chính sách.

"Các tiêu chuẩn chăm sóc y tế trong đái tháo đường năm 2017" ra đời cũng không ngoài những nội dung trên nhưng với nhiều quan điểm mới cập nhật trên cơ sở của kết quả các nghiên cứu lớn trên người bệnh đái tháo đường. Chắc chắn đây sẽ là tài liệu quan trọng với rất nhiều cá nhân và tổ chức có liên quan đến đái tháo đường, trong đó có các nhà lâm sàng đang hàng ngày điều trị, chăm sóc và quản

lý người bệnh đái tháo đường.

Chẩn đoán đái tháo đường.

Đái tháo đường được chẩn đoán dựa vào một trong các tiêu chuẩn sau:

- Đường máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl) (Lúc đói nghĩa là sau bữa ăn cuối cùng ít nhất 8 giờ).

- Đường máu sau 2 giờ trong nghiệm pháp dung nạp đường $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) (Nghiệm pháp dung nạp đường theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới WHO với 75 gr đường glucose anhydrate).

- HbA1C $\geq 6.5\%$ (48 mmol/l) (xét

nghiệm được tiến hành ở những phòng xét nghiệm đạt chuẩn quốc gia).

- Đường máu tại thời điểm bất kỳ trong ngày $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) kèm các triệu chứng lâm sàng kinh điển của tăng đường máu.

Sàng lọc đái tháo đường.

Đái tháo đường, đặc biệt là đái tháo đường typ 2 thường rất âm thầm tiến triển trong nhiều năm mà không hề có triệu chứng lâm sàng gì khiến người bệnh và thầy thuốc phải quan tâm. Do vậy việc sàng lọc những người khoẻ mạnh, không có triệu chứng là

Mức độ	Giá trị đường máu	Mô tả
Cảnh báo (Mức độ 1)	≤ 70 mg/dL (3.9 mmol/L)	Mức đường máu thấp do ăn uống hoặc do thuốc hạ đường máu
Hạ đường máu lâm sàng (Mức độ 2)	≤ 54 mg/dL (3.0 mmol/L)	Các dấu hiệu lâm sàng quan trọng của hạ đường máu
Hạ đường máu trầm trọng (Mức độ 3)	Không ấn định	Hạ đường máu liên quan đến suy giảm nhận thức nghiêm trọng cần được hỗ trợ từ bên ngoài để phục hồi

việc làm hết sức cần thiết để phát hiện các người bệnh đái tháo đường cũng như các người bệnh tiền đái tháo đường.

Xét nghiệm sàng lọc để phát hiện các người bệnh tiền đái tháo đường được thực hiện bằng việc xét nghiệm đường máu lúc đói hoặc nghiệm pháp dung nạp đường với 75 gr glucose anhydrate.

Xét nghiệm sàng lọc để phát hiện các tiền đái tháo đường nên được thực hiện ở các đối tượng:

- Người lớn bị thừa cân/béo phì có một trong các yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường.
- Tất cả người lớn từ 45 tuổi trở lên.
- Trẻ em hoặc thanh thiếu niên bị thừa cân/béo phì kèm theo từ 2 yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường trở lên.

Nếu kết quả sàng lọc âm tính thì lặp lại việc sàng lọc sau 3 năm.

* Các yếu tố nguy cơ mắc đái tháo đường gồm:

- Tiền sử đái tháo đường thai kỳ hoặc sinh con to (> 4 kg),
- Béo phì,
- Tiền sử gia đình bị đái tháo đường,
- Tiền sử mắc hội chứng buồng trứng đa nang (PCOS),
- Tăng huyết áp, lối sống ít hoạt

động,

- Rối loạn lipid máu đặc trưng cho hội chứng chuyển hóa,

- Trước đó đã làm nghiệm pháp dung nạp đường với kết quả giảm dung nạp đường hoặc rối loạn đường máu lúc đói, hoặc tiền sử bệnh mạch máu.

Mục tiêu kiểm soát đường máu.

- Mục tiêu về HbA1C:

+ Mục tiêu cần đạt được cho phần lớn các người bệnh (không kể người bệnh đang có thai) là < 7,0% (53 mmol/l).

+ Một số đối tượng nên đạt mức thấp hơn (ví dụ <6,5% - 48 mmol/mol): những người bệnh có thể đạt được mục tiêu này mà không có biểu hiện hạ đường máu, không có nhiều tác dụng phụ do điều trị (ví dụ phải dùng quá nhiều loại thuốc), những người bệnh mới mắc đái tháo đường, người bệnh đái tháo đường týp 2 điều trị bằng thay đổi lối sống đơn thuần hoặc bằng metformin đơn độc, người bệnh trẻ tuổi, người bệnh không có bệnh tim mạch,...

+ Một số đối tượng chỉ nên đạt mức cao hơn (ví dụ < 8% - 64 mmol/mol): những người bệnh có tiền sử hạ đường máu trầm trọng, những người bệnh có thời gian sống kỳ vọng không nhiều, những người bệnh có biến chứng mạch

máu nhỏ hoặc mạch máu lớn trầm trọng, những người bệnh đái tháo đường lâu năm đã phải phối hợp nhiều loại thuốc hạ đường máu,

- Mục tiêu về đường máu:

+ Đường máu mao mạch trước bữa ăn: 4,4–7,2 mmol/l (80–130 mg/dl).

+ Đường máu mao mạch cao nhất sau bữa ăn: < 10,0 mmol/l (180 mg/dl). (đường máu cao nhất sau bữa ăn thường là sau ăn 1-2h ở hầu hết các người bệnh).

Tuy nhiên mức đường máu này cũng chỉ là để tham khảo. Tùy người bệnh cụ thể mà bác sỹ sẽ quyết định mục tiêu điều trị cần đạt được để hạn chế tối đa các biến chứng cấp tính và mạn tính cho người bệnh.

Điểm đáng lưu ý trong mục này là quan điểm về hạ đường máu. Ngưỡng đường máu 3,9 mmol/l (70 mg/dl) được xác định là ngưỡng đường máu cảnh báo; ngưỡng đường máu 3,0 mmol/l (54 mg/dl) được xác định là hạ đường máu.■

(Còn nữa)

TS. BS NGUYỄN VĂN CÔNG

Phó Chánh Văn phòng Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ Trung ương.

BS NGUYỄN HOÀI NAM

Bệnh viện 198

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2017. Diabetes Care 2017;40(Suppl. 1):S1–S2 | DOI: 10.2337/dc17-S001
2. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century [Internet], 2001. Washington, DC, The National Academies Press. Available from <http://www.nap.edu/catalog/10027>. Accessed 8 September 2016
3. Stone RA, Rao RH, Sevic MA, et al. Active care management supported by home telemonitoring in veterans with type 2 diabetes: the DiaTel randomized controlled trial. Diabetes Care 2010;33:478–484
4. Powers MA, Bardsley J, Cypress M, et al. Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. Diabetes Care 2015;38:1372–1382
5. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2014;37(Suppl. 1):S81–S90
6. Herman WH, Taylor GW, Jacobson JJ, Burke R, Brown MB. Screening for prediabetes and type 2 diabetes in dental offices. J Public Health Dent 2015;75:175–182