



TẠP CHÍ

Đái tháo đường

TẠP CHÍ CỦA TRUNG ƯƠNG HỘI NGƯỜI GIÁO DỤC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VIỆT NAM

Số 12+13/2022

ISSN:2525-2542

Vietnamese Diabetologia Journal

KHỎE MẠNH HẠNH PHÚC



**ĐIỀU TRỊ
đái tháo đường
ở phụ nữ mang thai**

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP:
PGS.TS Tạ Văn Bình

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP:
PGS.TS Trần Đình Toán

CÁC ỦY VIÊN

PGS.TS Nguyễn Thị Bích Đào
PGS.Ts.Bs Nguyễn Minh Núi
TS.BS. Đỗ Đình Tùng
TS.BS. Nguyễn Thanh Xuân
Ts.Bs Bùi Phương Thảo
TS.BS Nguyễn Văn Công
TS.BS. Phạm Thúy Hường
Ths.Bs Diệp Thị Thanh Bình
Ths.Bs Nguyễn Thị Hồng Loan
BSCCKII Đoàn Thị Kim Oanh
TS.BS. Phạm Tuấn Phương
BS. Trần Nguyễn Nhật

TỔNG BIÊN TẬP:
PGS.TS Tạ Văn Bình

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP:
TS.BS. Đỗ Đình Tùng

BAN THƯ KÝ:

Ths.Bs Đỗ Đình Tùng (Tổng Thư ký Tòa soạn)
Nhà báo Bùi Lương Việt
Nhà báo Hoàng Thúy Mai
Nhà báo Nguyễn Thu Trang
BTV Nguyễn Thị Hiền
BTV Nguyễn Thị Linh
Phóng viên Đặng Nguyễn Hoàng
Phóng viên Hồ Thiên Lý

TÒA SOẠN VÀ TRỊ SỰ:

Số 52-Lô A1, Khu Đô thị mới Đại Kim, Quận
Hoàng Mai, Hà Nội
Tel: 0243 6413 692 / 098 360 9369
Fax: 0243 6413 692
Email: tapchi.vdea@gmail.com
(Tạp chí ra 3 tháng 1 kỳ)

*Giấy phép hoạt động báo chí số 375/GP-
BTTTT cấp ngày 11/7/2016
In xong và nộp lưu chiểu Quý II/2018*

Giá bán: 58.000đ

VIETNAM DIABETOLOGIA JOURNAL
EDITOR IN CHIEF
Assoc. Prof. Ta Van Binh, MD. PhD

DEPUTY EDITORS
Do Dinh Tung, MD. PhD

EDITOT MEMBERS
Assoc. Prof. Tran Dinh Toan, MD. PhD
Assoc. Prof. Nguyen Thi Bich Dao, MD. PhD
Assoc. Prof. Nguyen Minh Nui, MD, PhD
Shigeo Kono, MD, PhD
Bui Phuong Thao, MD. PhD
Nguyen Thanh Xuan, MD. PhD
Nguyen Van Cong, MD. PhD
Pham Thuy Huong, MD. PhD
Diep Thi Thanh Binh, MD. Msc
Nguyen Thi Hong Loan, MD. Msc
Doan Thi Kim Oanh, MD
Pham Tuan Phuong, MD., PhD

SECRETARIAL BOARD
Do Dinh Tung, MD. PhD
Bui Luong Viet, BA
Hoang Thuy Mai, BA
Nguyen Thu Trang, BA
Ho Thien Ly, BA
Nguyen Thi Hien, BA
Nguyen Thi Linh, BA
Dang Nguyen Hoang, BA

EDITORIAL OFFICE
N52-Lot A1, Dai Kim Urban area, Hoang
Mai Dist., Hanoi, Vietnam
Tel: (84) 243 6413 692 / (84) 98 360 9369
Fax: (84) 243 6413 692
Email: tapchi.vdea@gmail.com

TRONG SỐ NÀY

Xu hướng trẻ hóa ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2



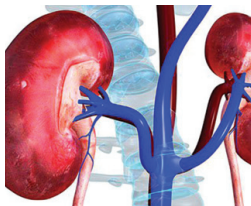
4

Telemedicine trong điều trị đái tháo đường



8

Bệnh thận đái tháo đường



17

Sức khỏe tâm thần người bệnh đái tháo đường



21

Dinh dưỡng phù hợp cho người bệnh đái tháo đường týp 2: Vai trò của carbohydrate



23

Điều trị đái tháo đường ở phụ nữ mang thai



26

Lưu ý khi dùng insulin ở người bệnh đái tháo đường



28

Những loại thực phẩm người bệnh đái tháo đường cần ăn uống hợp lý



30

Những thói quen xấu mà người bệnh đái tháo đường hay mắc phải



32

Quá trình tiến triển bệnh lý thận của người “Đái tháo đường”



35



XU HƯỚNG TRẺ HÓA

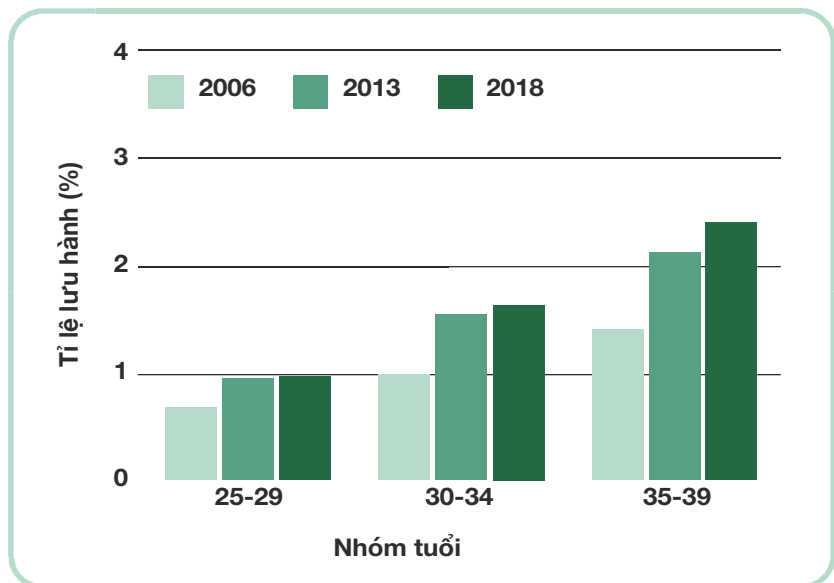
Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

TÍP 2

I/ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG (ĐTĐ) TÍP 2 NGÀY Càng TRẺ

Hiện nay, ĐTĐ được xem là một đại dịch trên toàn cầu, với tỷ lệ mắc ngày càng tăng. Theo thống kê của IDF, năm 2000, thế giới có 151 triệu người trưởng thành mắc ĐTĐ, tuy nhiên, con số này đã tăng nhanh lên 463 triệu vào năm 2019 và dự kiến sẽ đạt 700 triệu người vào năm 2045. ĐTĐ típ 2 chiếm 90% số bệnh nhân mắc ĐTĐ. Nguyên nhân dẫn đến ĐTĐ típ 2 chưa được hiểu biết tường tận, nhưng nó có liên quan mật thiết với thừa cân, béo phì, lối sống ít vận động⁽⁷⁾.

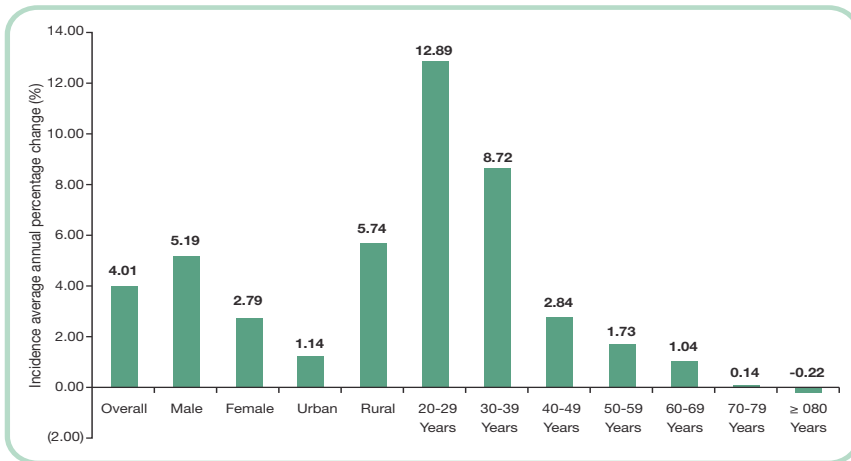
ĐTĐ típ 2 thường được xem là căn bệnh của những người trung niên và lớn tuổi. Nhưng ngày nay, độ tuổi mắc ĐTĐ típ 2 ngày càng trẻ, và cũng gặp ĐTĐ nhiều hơn ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Nghiên cứu tại một bệnh viện Ấn Độ cho thấy tuổi trung bình chẩn đoán ĐTĐ típ 2 giảm từ 48,53 giai đoạn



Biểu đồ 1. Tỉ lệ bệnh nhân mắc ĐTĐ típ 2 ước tính từ năm 2006 đến 2018 ở người trưởng thành trong độ tuổi 25-39 tại New Zealand. Nguồn: Virtual diabetes register and statistics NZ.

1991-1995 xuống còn 36,14 trong giai đoạn 2015-2018⁽¹⁰⁾. Biểu đồ 1 trích trong thống kê tại New Zealand giai đoạn 2006-2018 cho thấy, tỷ lệ % bệnh nhân ĐTĐ típ 2 ở các phân nhóm tuổi < 40 tuổi đều gia tăng⁽¹⁾. Biểu đồ 2 trích từ báo cáo nghiên cứu thống kê về mức

độ gia tăng ĐTĐ típ 2 giữa các nhóm dân số tại tỉnh Chiết Giang, Trung Quốc giai đoạn 2007-2017. Kết quả theo nhóm tuổi cho thấy nhóm 20-29 tuổi và 30-39 tuổi có tỷ lệ tăng trung bình hàng năm cao nhất, lần lượt là 12,89%/năm và 8,72%/năm⁽⁹⁾.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ thay đổi trung bình hàng năm của tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường típ 2 giữa các nhóm dân số khác nhau.

II/ ĐTĐ TÍP 2 Ở NGƯỜI TRẺ TUỔI LÀM GIA TĂNG BIẾN CỐ VÀ TỬ VONG

Vào lúc mới chẩn đoán, bệnh nhân ĐTĐ típ 2 dưới 50 tuổi có tỷ lệ phát hiện bệnh mạch máu do xơ vữa thấp hơn nhóm trên 50 tuổi⁽⁴⁾. Tuy nhiên, do phơi nhiễm lâu hơn với tình trạng rối loạn chuyển hóa, những người ĐTĐ trẻ tuổi có nguy cơ xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn, mạch máu nhỏ, cao hơn về sau này, khi mà thời gian mắc ĐTĐ ngày càng lâu. So với bệnh nhân ĐTĐ típ 1 cùng độ tuổi thì nhóm bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trẻ tuổi cũng có nhiều biến chứng hơn, dù cho đường huyết được kiểm soát tốt, đáng chú ý là bệnh lý thận và bệnh lý tim mạch. Tỷ lệ xảy ra các biến chứng cao hơn bệnh nhân lớn tuổi^{(5),(8)}. Điều này có thể làm tăng nguy cơ tử vong cũng như làm giảm tuổi

thọ của bệnh nhân ĐTĐ trẻ tuổi. Các biến chứng mạch máu nhỏ và mạch máu lớn đều có thể gặp ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trẻ tuổi, đáng chú ý:

1/ Bệnh lý thận

ĐTĐ cùng với tăng huyết áp là hai nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối, và đây cũng là một yếu tố nguy cơ cao của bệnh tim mạch. Ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, microalbumin niệu thường thấy ở khoảng 25% bệnh nhân mới phát hiện, nhưng sẽ tăng lên 60-90% ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trên 10 năm. Bệnh nhân trẻ tuổi, nhất là bệnh nhân ĐTĐ típ 2 < 18 tuổi, có tỷ lệ microalbumin niệu và tăng huyết áp cao hơn bệnh nhân ĐTĐ típ 1 cùng độ tuổi, dù cho HbA1c tương đương⁽¹⁴⁾.

Diễn tiến đến bệnh thận mạn giai đoạn cuối cũng nhanh hơn bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cao tuổi và ĐTĐ típ 1 từ 3-5 lần. Dữ liệu tại Canada cho thấy sau 20

năm theo dõi, tỷ lệ bệnh thận mạn giai đoạn cuối ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trẻ tuổi cao hơn 50% so với bệnh nhân ĐTĐ típ 1 cùng độ tuổi⁽³⁾.

2/ Biến chứng trên tim mạch

Khi mới phát hiện, 26% người trẻ có tăng huyết áp, và sẽ tăng 50% trong 4 thập niên tiếp theo. Nghiên cứu năm tại Anh cho thấy nguy cơ tim mạch ở nhóm bệnh nhân phát hiện ĐTĐ típ 2 trẻ tuổi (tuổi trung bình 34) sẽ diễn tiến tương đương người phát hiện ĐTĐ có tuổi trung bình là 67⁽⁵⁾. Đây là nguy cơ của xơ vữa động mạch sẽ xảy ra sớm, đặc biệt ĐTĐ típ 2 phát hiện ở lứa tuổi trẻ em và thanh thiếu niên. So với

người không mắc, những bệnh nhân phát hiện ĐTĐ típ 2 trước 45 tuổi có nguy cơ nhồi máu cơ tim cao hơn 14 lần, trong khi chỉ cao hơn 4 lần ở người mắc ĐTĐ sau tuổi 45. Một mô hình ước tính cho thấy, những người ĐTĐ típ 2 khởi phát trong khoảng 15-24 tuổi sẽ giảm đi 15 năm tuổi thọ cũng như đối mặt với các biến chứng mạn tính nặng nề hơn trong 5 thập kỷ sống tiếp theo của bệnh nhân⁽¹¹⁾.

Bảng 1 dưới đây cho thấy, so với ĐTĐ típ 1 khởi phát cùng lứa tuổi, theo thời gian diễn tiến > 20 năm, các biến chứng liên quan như bệnh thận mạn giai đoạn cuối phải chạy thận nhân tạo, đột quy, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên và bệnh lý thận đều tăng có ý nghĩa thống kê ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 trẻ tuổi⁽¹⁴⁾.

Bảng 1. Tỷ lệ biến chứng liên quan ĐTĐ phân tầng theo thời gian mắc ĐTĐ

	Thời gian mắc ĐTĐ (năm)								
	0-10			10-20			>20		
	Type 1	Type 2	p Value	Type 1	Type 2	p Value	Type 1	Type 2	p Value
IHD (%)	0	5.7	<0.0005	2.6	9.9	0.005	9.1	28.5	<0.0005
Đột quy (%)	0.5	1.4	NS	1.1	4.9	NS	2.7	7.9	0.01
PVD (%)	0.5	1.4	NS	1.6	1.3	NS	4.3	13.3	<0.0005
CVD (%)	1.0	8.1	0.001	4.7	14.6	0.002	13.7	38.2	<0.0005
Bệnh vông mạch (%)	1.5	3.8	NS	28.9	29.1	NS	53.9	60.0	NS
Bệnh lý thận (%)	6.1	12.3	0.04	15.3	29.1	0.002	35.9	52.1	0.001

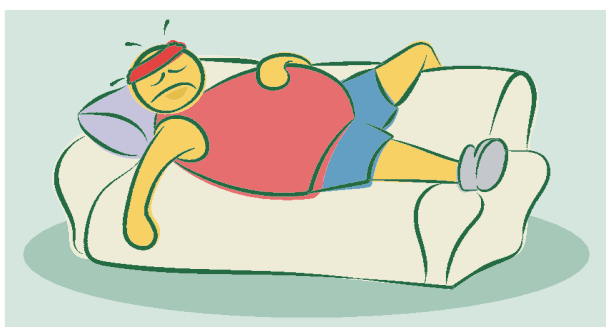
CDV, bệnh mạch vành; IHD, bệnh tim thiếu máu cục bộ; NS, không đáng kể; PVD, bệnh mạch máu ngoại biên.

Các biến chứng xuất hiện sớm làm ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe và đời sống của bệnh nhân.

III/ YẾU TỐ NGUY CƠ MẮC ĐTD TÍP 2 Ở NGƯỜI TRẺ

Ngoài các yếu tố nguy cơ kinh điển của ĐTD típ 2 như béo phì, ít hoạt động thể lực, chủng tộc, tiền căn gia đình có ĐTD, nhẹ cân lúc sinh, tiền căn ĐTD thai kỳ, buồng trứng đa nang..., ở bài này, chúng tôi muốn nhấn mạnh đến vấn đề ít luyện tập thể lực và yếu tố gia đình ảnh hưởng đến nguy cơ mắc ĐTD ở người trẻ.

1/ Ít hoạt động thể lực



Lối sống tĩnh tại, ít vận động cùng với chế độ ăn không lành mạnh, là yếu tố chính gây ra béo phì ở thanh thiếu niên, là nguy cơ gây ra hội chứng chuyển hóa sớm và tình trạng đề kháng insulin. Đáng chú ý là tình trạng này xảy ra ngày càng nhiều trong lối sống hiện đại. Đây là một trong những nguy cơ làm xuất hiện ĐTD ở lứa tuổi trẻ hơn. So sánh của Hsia và Shield năm 2009 cho thấy 80-92% thanh thiếu niên mắc ĐTD có béo phì, trong khi tỷ lệ béo phì ở nhóm bệnh nhân cao tuổi là 56%⁽¹⁵⁾. Nghiên cứu tại Anh khi so sánh với nhóm phát hiện ĐTD típ 2 trên 50 tuổi thì nhóm tuổi từ 18-39 có HbA1c cao hơn (8.6% so với 8.1%), BMI cao hơn (35 so với 33)⁽⁴⁾.

Bài viết của PGS Nguyễn Thị Bạch Yến năm 2020 trong “Dự án phòng chống tăng huyết áp” của Bộ Y Tế đã khẳng định: “Các bằng chứng cho thấy việc chuyển từ lối sống tĩnh tại sang lối sống tích cực tập luyện thể lực giúp giảm 20 – 35% nguy cơ tim mạch và tử vong nói chung. Hoạt động thể

lực giúp đem lại lợi ích cả về sức khỏe thể chất và tinh thần, giúp dự phòng, một số loại ung thư và loãng xương. Hoạt động thể lực có thể ngăn ngừa bệnh lý tim mạch một cách gián tiếp thông qua việc cải thiện các yếu tố nguy cơ khác như làm tăng HDL-C, làm giảm huyết áp, tăng cường dung nạp glucose và giảm nguy cơ ĐTD típ 2. Tùy từng cá thể mà mức độ đáp ứng là khác nhau. Tuy nhiên, ngay cả hoạt động thể lực ở mức rất thấp cũng đem lại lợi ích. Do đó lối sống tĩnh tại là một yếu tố nguy cơ

tim mạch độc lập. Các nghiên cứu cũng cho thấy lối sống tĩnh tại là yếu tố nguy cơ có vai trò ở nam cũng tương tự như nữ và không phụ thuộc vào tình trạng

béo phì. Một điều thú vị là dường như hoạt động thể lực trong thời gian rảnh rỗi mới đem lại lợi ích giảm nguy cơ tim mạch chứ không phải hoạt động thể lực liên quan đến hoạt động nghề nghiệp. Các nghiên cứu cũng cho thấy hoạt động thể lực đem lại hiệu quả bảo vệ bệnh lý động mạch vành nhiều hơn là đối với đột quỵ não.”⁽¹⁶⁾.

Và đồng thời: “Tập luyện thể lực giúp làm giảm tỷ lệ tử vong và biến cố rõ rệt hơn ở những bệnh nhân bệnh động mạch vành, những bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim và những người bị suy tim mạn tính ổn định. Ở những bệnh nhân bị bệnh động mạch vành, tập thể dục giúp giảm 18% -20% tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. Đặc

biệt là ở các bệnh nhân sau hội chứng vành cấp, hiệu quả của hoạt động thể lực còn mạnh mẽ hơn, giúp giảm tỷ lệ tử vong trong 6 tháng tới 40%. Đối với suy tim có phân suất tống máu giảm, nghiên cứu lớn trên những bệnh nhân suy tim

Châu Âu đã cho thấy hoạt động thể lực phù hợp giúp giảm 28% tỷ lệ nhập viện và giảm 35% tỷ lệ tử vong. Một điều rõ ràng là các bài tập thể lực giúp tăng 15- 25% khả năng gắng sức. Đối với suy tim với phân số tống máu được bảo tồn, nghiên cứu ExDHF đã chứng minh tác dụng có lợi của việc tập luyện đối với các triệu chứng, khả năng gắng sức và chức năng tâm trương thất trái.”⁽¹⁶⁾.

CDC Hoa Kỳ đã đưa ra khuyến cáo về vận động thể lực⁽²⁾:

Đối với trẻ em:

- Trẻ nhỏ nên vận động thể lực hằng ngày giúp tăng trưởng và phát triển tốt.

- Cha mẹ hoặc người giám hộ nên động viên trẻ tham gia các hoạt động thể lực hằng ngày, gồm nhiều hình thức hoạt động thể lực khác nhau.

Đối với trẻ vị thành niên:

- Nhấn mạnh tầm quan trọng của tập luyện thể lực phù hợp với lứa tuổi.

- Trẻ 6-17 tuổi nên hoạt động thể lực ít nhất 60 phút mỗi ngày, gồm cả các hoạt động mức trung bình- nặng, hoặc ít nhất 3 ngày trong tuần. Hoạt động thể lực nên có các hoạt động tăng sức bền cơ xương.

Đối với người trưởng thành:

- Nên cố gắng vận động thay vì chỉ ngồi, với phương châm “có còn hơn không”.

- Nên vận động ít nhất 30 phút mỗi ngày, khuyến cáo các hoạt động có đối kháng để tăng sức bền hệ cơ xương.

- Nên tham gia các hoạt động thể thao giúp vận động tất cả các nhóm cơ.

2/ Tiền căn gia đình

Yếu tố gia đình đóng một phần khá quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của ĐTD típ 2. Có tới 84% thanh thiếu niên mắc ĐTD típ 2 ở Vương Quốc Anh có tiền căn gia đình mắc ĐTD, trong khi tỷ lệ có tiền căn gia đình liên quan ở người trưởng thành là khoảng 50%⁽¹³⁾. Ở Anh, 3,9/100.000 trẻ em da đen mắc ĐTD típ 2, trong khi tỷ

lệ ở trẻ em gốc Á là 1,25/100.000 và trẻ em da trắng là 0,35/100.000 người⁽⁶⁾. Mặc dù có khả năng là khuynh hướng di truyền đóng vai trò lớn trong khởi phát ĐTĐ típ 2 sớm, nhưng yếu tố khác ít được đề cập là trong gia đình, mọi người có khuynh hướng có cùng lối sống. Điều này cần được quan tâm trong quá trình điều trị, đặc biệt ở trẻ vị thành niên và thanh thiếu niên. Thay đổi lối sống của cả gia đình cũng giúp động viên người bệnh thực hiện lối sống lành mạnh hơn.

IV/ XU HƯỚNG ĐIỀU TRỊ

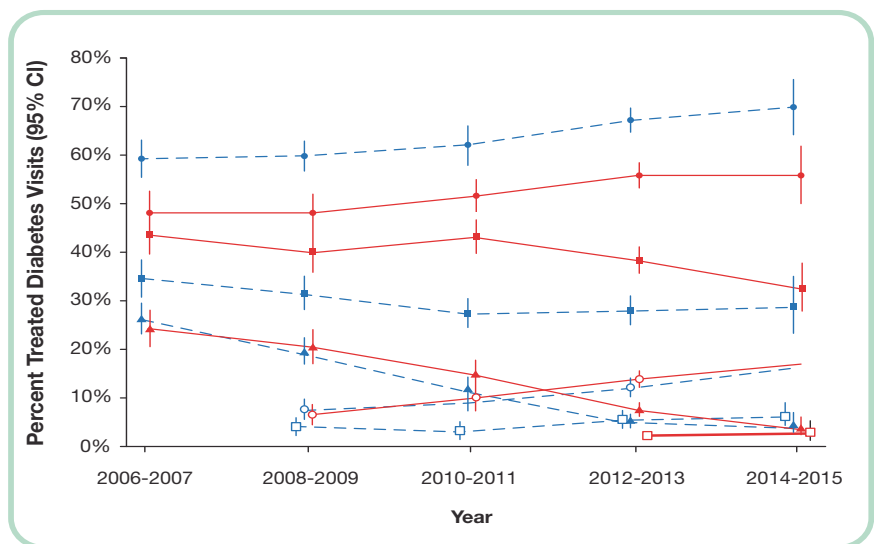
Điều trị ĐTĐ típ 2 ở người trẻ là một thách thức, đặc biệt là lứa tuổi thanh thiếu niên. Ngoài việc dùng thuốc, chìa khóa thành công là thay đổi được lối sống tĩnh tại, giảm cân. Do đó, bác sĩ, điều dưỡng, tư vấn viên ĐTĐ, người chăm sóc cần liên tục nhắc nhở, động viên người bệnh vận động, ăn uống đúng cách. Một số bệnh nhân cần tư vấn tâm lý, bệnh nhân béo phì có thể cần chỉ định cắt dạ dày. Hiện tại, điều trị ĐTĐ típ 2 khởi phát sớm trước 45 tuổi nói chung là tương tự như ĐTĐ típ 2 cao tuổi, gồm cả các nhóm thuốc mới như nhóm gliptins và glucagonlike peptide-1 (GLP-1) analogues. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về thuốc trên nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, đặc biệt trên nhóm thanh thiếu niên. Dữ liệu về tính an toàn và hiệu quả được suy ra từ nhóm bệnh nhân cao tuổi và dân số chung. Về lý thuyết, nhóm ức chế SGLT2 sẽ có lợi ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 béo phì, tuy nhiên, về đáp ứng lâu dài của bệnh nhân trẻ tuổi thì thật sự vẫn chưa rõ.

Nói về xu hướng thay đổi cách dùng thuốc trên bệnh nhân, biểu đồ 3 và 4 là kết quả nghiên

cứu của đại học Johns Hopkins, cho thấy thay đổi xu hướng điều trị ĐTĐ típ 2 ở nhóm bệnh nhân 30-65 tuổi và nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi trong giai đoạn 2006-2015⁽¹²⁾. Với kết quả của nghiên cứu, chúng ta có thể nhận thấy sự gia tăng tỷ lệ sử dụng metformin, ức chế DPP-4, insulin, đồng thời giảm tỷ lệ sử dụng sulfonylureas và thiazolidinediones ở cả người < 65 và ≥ 65 tuổi. Ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, giảm tỷ lệ sử dụng sulfonylurea tác dụng dài từ 18,5% xuống còn 6,5% (P-trend < 0,001), trong khi tỷ lệ giảm này ở người 30-64 tuổi có vẻ khiêm tốn hơn (13,6% xuống 9,9%, P-trend = 0,059). Ở nhóm 30-64 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng insulin bất kỳ giảm nhẹ từ 33,8% xuống còn 33% (P-trend = 0,87), trong khi tăng nhẹ việc sử dụng insulin tác dụng dài (từ 17,2% lên

22,4%, P-trend = 0,081).

Các thuốc dùng đơn trị liệu phổ biến nhất ở cả nhóm 30-64 tuổi và nhóm ≥ 65 tuổi là metformin, insulin, và sulfonylureas. Ở nhóm cao tuổi, tỷ lệ đơn trị bằng metformin thấp hơn, trong khi tỷ lệ đơn trị với sulfonylurea cao hơn nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, lần lượt là 43,4% so với 59,6%, p = 0,010 và 15,7% so với 4,4%, p < 0,001. Năm 2014-2015, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc hạ đường huyết phối hợp ở cả 2 nhóm tuổi là tương đương nhau, với 30,6% sử dụng 2 nhóm thuốc và 11,2% dùng 3 nhóm thuốc trở lên ở các bệnh nhân cao tuổi. Tỷ lệ này ở nhóm trẻ tuổi lần lượt là 29,9% sử dụng 2 nhóm thuốc và 16,7% sử dụng ít nhất 3 nhóm thuốc. Theo thời gian, tỷ lệ bệnh nhân trẻ phải sử dụng 3 nhóm thuốc tăng lên (P-trend = 0,036).



- Metformin, age 30-64
- Sulfonylureas, age 30-64
- ▲— Thiazolidinediones, age 30-64
- DPP-4 inhibitors, age 30-64
- GLD-1 receptor agonists, age 30-64
- Metformin, age ≥65
- Sulfonylureas, age ≥65
- ▲— Thiazolidinediones, age ≥65
- DPP-4 inhibitors, age ≥65
- GLD-1 receptor agonists, age ≥65

Biểu đồ 3. Xu hướng sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ non-insulin trong các lần thăm khám chia theo nhóm tuổi, 2006-2015. Các ước tính được thay đổi để hiển thị khoảng tin cậy (CIs). Các khoảng thời gian với quá ít lượt thăm khám được loại trừ.



TELEMEDICINE TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Cuộc cách mạng công nghệ 4.0 đã và đang thay đổi cuộc sống của con người về nhiều mặt, trong đó dịch vụ khám chữa bệnh từ xa (Telemedicine) được coi là một cuộc đại cách mạng trong cách thức cung cấp dịch vụ y tế [6].

Telemedicine là một danh từ ghép giữa tele (tiếng Hy Lạp): “từ xa” và medicine (tiếng Latinh): “điều trị”. Khái niệm Telemedicine được dùng vào đầu thập niên 70 của thế kỷ trước, mô tả dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, thông qua việc sử dụng công nghệ thông tin bao gồm chẩn đoán, điều trị, cung cấp thuốc men, tư vấn, dự phòng và phục hồi, bảo hiểm y tế, giảng dạy và nghiên cứu. Hiện nay, trong bối cảnh đại dịch COVID-19, việc ứng dụng khám chữa bệnh từ xa mang lại rất nhiều lợi ích, khi mà “giãn cách xã hội” được xem là chìa khóa giúp ngăn chặn dịch bệnh. Khám, chữa bệnh từ xa giúp họ chủ động sắp xếp thời gian chăm sóc sức khỏe, kiểm soát tốt hơn tình trạng bệnh, tiết kiệm thời gian và chi phí đi lại, đặc hiệu cho từng cá nhân, giúp người bệnh tiếp cận nhanh chóng với dịch vụ chăm sóc sức khỏe, đặc biệt là những người mắc

bệnh đái tháo đường. Với những tiện ích đó, vào ngày 22/6/2020 Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 2628/QĐ-BYT về việc phê duyệt Đề án “Khám, chữa bệnh từ xa” giai đoạn 2020- 2025 [1] và Quyết định số 749/QĐ-TTg ngày 03/6/2020 phê duyệt Chương trình chuyển đổi số quốc gia đến năm 2025 [2], định hướng đến năm 2030, trong đó xác định ưu tiên hàng đầu cho lĩnh vực y tế “Phát triển nền tảng hỗ trợ khám chữa bệnh từ xa để hỗ trợ người dân được khám, chữa bệnh từ xa, giúp giảm tải các cơ sở y tế, hạn chế tiếp xúc đông người, giảm nguy cơ lây nhiễm chéo”. Tổ chức Y tế thế giới – WHO cũng đã đề cập chăm sóc sức khỏe từ xa là một trong những dịch vụ thiết yếu để “Tăng cường cho Hệ thống y tế phản ứng với COVID-19”. Bệnh nhân được khuyến khích sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa bao gồm các bệnh

mạn tính như đái tháo đường, trừ những trường hợp nặng cần nhập viện và các trường hợp cấp cứu. Bệnh đái tháo đường làm cho hệ thống miễn dịch suy giảm, nên những bệnh nhân đái tháo đường có nguy cơ nhiễm COVID-19 cao hơn, bệnh cảnh nặng nề hơn, điều trị kéo dài với chi phí tốn kém hơn và tỷ lệ tử vong có thể cao hơn so với nhóm dân số chung. Tuy nhiên, để người dân có thể được tiếp cận với một mô hình dịch vụ mới – dịch vụ khám chữa bệnh từ xa nêu trên thì việc nâng cao nhận thức, hiểu biết của cộng đồng về dịch vụ này là điều hết sức quan trọng, góp phần rất lớn vào thành công của mô hình. Trên thực tế tại nước ta, công tác tuyên truyền, phổ biến về những lợi ích của dịch vụ chưa được quan tâm đầu tư nhiều ở thời điểm hiện nay, dẫn đến những hiểu biết của người dân về dịch vụ khám chữa bệnh từ xa còn khá ít.



Về phân loại Telemedicine, theo tác giả Yolanda trong nghiên cứu được đăng trên Tạp chí online “News Medical Life Sciences”, tác giả có đề cập về 3 nhóm ứng dụng khác nhau của Telemedicine. Mỗi nhóm đều có một vai trò có lợi trong hoạt động khám, chữa bệnh và khi được sử dụng đúng cách, có thể mang lại lợi ích hữu hình cho cả nhân viên y tế và bệnh nhân. [7]

Nhóm 1: Lưu trữ và chuyển tiếp (Store-and-Forward)

Với dữ liệu hình ảnh được lưu trữ và chuyển tải đến bác sĩ chuyên khoa để chẩn đoán, điều này làm giảm thời gian và chi phí cho người bệnh phải đến gặp trực tiếp các bác sĩ chuyên khoa, giảm thời gian và chi phí để hội chẩn trực tiếp với các bác sĩ chuyên khoa. Thay vào đó, các dữ liệu chẩn đoán hình ảnh hoặc dữ liệu sinh học có thể được gửi đến bác sĩ chuyên khoa khi cần thiết, thực hành này là phổ biến trong các lĩnh vực về chuyên khoa da liễu, X quang (hệ thống PACs) và giải phẫu bệnh.

Tuy nhiên, do dựa vào một kết quả ghi lại thông tin hoặc hình ảnh của người bệnh, thay vì trực tiếp khám và kiểm tra thể chất người bệnh, nên vẫn có khả năng gây ra chẩn đoán sai.

Nhóm 2: Theo dõi từ xa (Remote Monitoring)

Với một loạt các thiết bị công nghệ gắn trên người để theo dõi sức khỏe đã mở ra một phương thức mới trong theo dõi, giám sát từ xa các dấu hiệu lâm sàng của bệnh nhân. Ứng dụng này đặc biệt có ích

và được sử dụng rộng rãi trong quản lý các bệnh mạn tính không lây nhiễm như bệnh tim mạch, đái tháo đường và hen suyễn.

Lợi ích của theo dõi từ xa bao gồm tính hiệu quả - chi phí, bệnh nhân được theo dõi thường xuyên hơn và người bệnh hài lòng hơn. Về lý thuyết vẫn có một số rủi ro khi các xét nghiệm được thực hiện bởi chính bệnh nhân có thể không chính xác, nhưng thực tế cho thấy kết quả thường là tương tự như xét nghiệm chuyên nghiệp.

Nhóm 3: Các dịch vụ tương tác thời gian thực (Real-Time Interactive Services)

Với ứng dụng tương tác thời gian thực giúp các bác sĩ có thể cung cấp lời khuyên ngay lập tức cho bệnh nhân cần chăm sóc y tế. Có nhiều phương tiện khác nhau được sử dụng cho mục đích này, cổ điển nhất liên lạc trao đổi qua điện thoại, trực tuyến và thăm khám tại nhà. Dịch vụ tương tác thời gian thực giúp người bệnh có thể trao đổi trực tiếp từ xa với bác sĩ, bác sĩ tổng quát trao đổi và được tư vấn chuyên môn từ xa với bác sĩ chuyên khoa.

Teleneuropsychology là một ví dụ điển hình về loại hình này bao gồm việc các bác sĩ chuyên khoa thần kinh tư vấn và đánh giá về tâm - thần kinh từ xa qua điện thoại với những bệnh nhân đã hoặc đang nghi ngờ mắc chứng rối loạn nhận thức. Các kỹ thuật đánh giá chuyên khoa được thực hiện để đánh giá bệnh nhân thông

qua công nghệ video. Một nghiên cứu trong năm 2014 cho thấy phương pháp này cung cấp sự thay thế khả thi và đáng tin cậy cho các tư vấn trực tiếp truyền thống.

Telenursing đề cập đến việc sử dụng công nghệ truyền thông để cung cấp dịch vụ điều dưỡng từ xa. Tư vấn có thể được thực hiện qua điện thoại để chẩn đoán theo dõi tình trạng và triệu chứng về sức khỏe. Loại hình này đang được ưa chuộng do chi phí thấp và khả năng dễ tiếp cận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cho bệnh nhân, đặc biệt là đối với những người ở khu vực nông thôn. Nó cũng có khả năng giảm bớt gánh nặng của bệnh nhân trong bệnh viện vì có thể giải quyết các bệnh nhẹ và bệnh nhân có thể nhận được lời khuyên về việc có cần nhập viện hay không.

Telepharmacy cho phép tư vấn sử dụng thuốc cho bệnh nhân khi không thể tiếp xúc trực tiếp với dược sĩ.

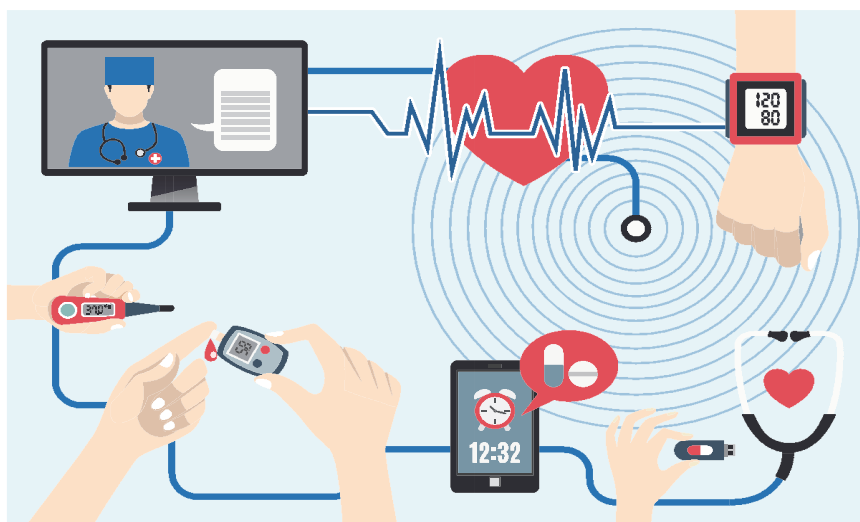
Ứng dụng này cho phép hướng dẫn và theo dõi sử dụng thuốc của bệnh nhân được cung cấp từ các dược sĩ qua điện thoại.

Telerehabilitation sử dụng công nghệ để giao tiếp và thực hiện đánh giá lâm sàng và trị liệu cho bệnh nhân phục hồi chức năng. Ứng dụng này thường có yếu tố thị giác mạnh mẽ thông qua các hội nghị video và webcam thường được sử dụng để hỗ trợ trong việc truyền đạt các triệu chứng và tiến triển lâm sàng.

Theo Tổ chức y tế thế giới, Y học từ xa là khái niệm để chỉ

việc cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, trong đó người bệnh và nhà cung cấp không cần phải tiếp xúc trực tiếp về mặt địa lý mà thông qua sự hỗ trợ của công nghệ thông tin và truyền thông (ICT-Information & Communication Technologies) để trao đổi thông tin, nhằm chẩn đoán, đánh giá và điều trị, chăm sóc sức khỏe. Bên cạnh đó, y học từ xa cũng đóng vai trò đào tạo liên tục cán bộ nhân viên và chuyên gia y tế. Y học từ xa có thể góp phần đạt được mức độ bao phủ sức khỏe toàn dân bằng cách cải thiện khả năng tiếp cận của người bệnh với các dịch vụ y tế chất lượng, tiết kiệm chi phí, và xóa bỏ khó khăn về khoảng cách địa lý [9]. Sử dụng các loại hình ứng dụng của Telemedicine là một bước tiến lớn trong việc cải thiện khả năng tiếp cận chăm sóc sức khỏe cho tất cả bệnh nhân, đặc biệt là những người sống trong khu vực còn khó khăn về nguồn nhân lực y tế chuyên khoa. Ngoài ra, một lợi ích đáng kể khác của Telemedicine là giảm chi phí so với các cuộc hẹn tư vấn trực tiếp theo truyền thống. Tại Việt Nam, y học từ xa là mô hình y tế được cung cấp thông qua hệ thống âm thanh, hình ảnh điện tử, sự hỗ trợ của công nghệ thông tin giữa các bệnh viện hoặc giữa bác sĩ với người bệnh. Mô hình này bao gồm tư vấn khám chữa bệnh từ xa, chỉ định cận lâm sàng, kê đơn thuốc, phân phát tài liệu hướng dẫn người bệnh hoặc các dịch vụ y tế khác như theo dõi y tế từ xa, tư vấn y tế từ xa, hội chẩn tư vấn khám, chữa bệnh từ xa; hoạt động đào tạo, chuyển giao kỹ thuật; sử dụng các ứng dụng trên thiết bị điện tử cầm tay thông minh trong một số dịch vụ y tế.

Nghiên cứu của tác giả Ciemins và cộng sự: sử dụng Y học từ xa để cung cấp dịch vụ chăm sóc bệnh đái tháo đường cho bệnh nhân ở nông thôn Montana: Kết quả từ chương



trình thúc đẩy tự quản lý cá nhân trong thực tế [4]. Mục tiêu của nghiên cứu này là để chứng minh tính khả thi của công nghệ y học từ xa trong việc cung cấp phương pháp tiếp cận chăm sóc nhóm bệnh nhân đái tháo đường ở nông thôn và xác định ảnh hưởng của phương pháp so với kết quả khi thăm khám trực tiếp ở bệnh nhân đái tháo đường. Tác giả đánh giá bằng việc lấy bệnh nhân làm trung tâm và so sánh giữa thăm khám từ xa với điều trị qua thăm khám trực tiếp theo đúng khuyến cáo hướng dẫn phòng ngừa, kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch, mức độ hài lòng của bệnh nhân và chế độ tự quản lý bệnh đái tháo đường ở tại thời điểm nghiên cứu và trong 1, 2, 3 năm sau can thiệp. Trong nghiên cứu, bệnh nhân được giới thiệu bởi các bác sĩ gia đình từ năm điểm nông thôn và một phòng khám ở thành thị. Có 2 đến 9 người cung cấp dịch vụ sức khỏe tại các điểm nông thôn phục vụ từ 30 đến 300 bệnh nhân hàng năm. Ở đô thị, 48 bác sĩ gia đình quản lý 5.000 bệnh nhân đái tháo đường/năm. Công nghệ y học từ xa bao gồm hội nghị trực tuyến kết nối các thành viên trong nhóm đái tháo đường PRISM tại một cơ sở y tế đô thị hoặc tại năm phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu ở nông thôn.

Hệ thống y học từ xa được sử

dụng là Polycom HDX 7000 hoặc Polycom HDX 8000 hội nghị trực tuyến.

Phòng khám được kết nối với từng trang web bằng cách sử dụng đường dây T1 chuyên dụng cung cấp cả chất lượng và bảo mật. Các trang web là kết nối nhau bằng Polycom MGC 100. Tài liệu có thể chia sẻ với kích thước đầy đủ lên màn hình. Điều này được sử dụng để chia sẻ và giáo dục các hình ảnh màu sắc cũng như trình diễn các kỹ thuật sử dụng máy đo đường huyết, bút tiêm và tiêm insulin, và vị trí tiêm sự lựa chọn. Bệnh nhân được yêu cầu đến phòng khám chăm sóc sức khỏe ban đầu tại địa phương của họ để truy cập các dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa. Bệnh nhân được nhận tất cả các xét nghiệm cận lâm sàng có thể tại các phòng khám địa phương của họ, ví dụ như đường huyết, xét nghiệm mỡ máu và microalbumin/creatinine. Thử nghiệm đã được thực hiện tại chỗ hoặc tại phòng thí nghiệm tham chiếu bên ngoài cơ sở, ví dụ phòng khám Billings, phòng khám Mayo. Soi đáy mắt và thăm khám thần kinh ngoại biên (monofilament) cũng được tiến hành tại địa phương. Thông tin về bệnh sử, tiền căn đều được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Hồ sơ bao gồm cả quá trình thăm khám bệnh, kết quả khám mắt hàng năm do bác sĩ chuyên khoa mắt thực

hiện (hình ảnh võng mạc), kiểm tra bàn chân được thực hiện tại phòng khám (hình ảnh bệnh lý thần kinh ngoại vi), và xét nghiệm microalbumin / creatinine trong phòng thí nghiệm (hình ảnh thận) và các chỉ số lâm sàng, tức là, kiểm soát yếu tố nguy cơ mạch máu theo hướng dẫn của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA). ADA. Các kết quả khác bao gồm hành vi quản lý của bệnh nhân (Công cụ tự quản lý bệnh đái tháo đường của Kavookjian), kiến thức về bệnh đái tháo đường (Bài kiểm tra kiến thức về bệnh đái tháo đường), sự

hài lòng của bệnh nhân, hiệu quả của bản thân, giao tiếp và việc tự ghi chú tình trạng triệu chứng (Công cụ lưu trữ tiền căn triệu chứng của bệnh đái tháo đường). về bệnh sử, tiền căn đều được trích xuất từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân. Hồ sơ bao gồm cả quá trình thăm khám bệnh, kết quả khám mắt hàng năm do bác sĩ chuyên khoa mắt thực hiện (hình ảnh võng mạc), kiểm tra bàn chân được thực hiện tại phòng khám (hình ảnh bệnh lý thần kinh ngoại vi), và xét nghiệm microalbumin / creatinine trong phòng thí nghiệm (hình ảnh

thận) và các chỉ số lâm sàng, tức là, kiểm soát yếu tố nguy cơ mạch máu theo hướng dẫn của ADA. Các kết quả khác bao gồm hành vi quản lý của bệnh nhân (Công cụ tự quản lý bệnh đái tháo đường của Kavookjian), kiến thức về bệnh đái tháo đường (Bài kiểm tra kiến thức về bệnh đái tháo đường), sự hài lòng của bệnh nhân, hiệu quả của bản thân, giao tiếp và việc tự ghi chú tình trạng triệu chứng (Công cụ lưu trữ tiền căn triệu chứng của bệnh đái tháo đường).

Bảng 1. Thông tin nhân khẩu học của bệnh nhân (n= 206)

Phương thức tiếp cận chăm sóc bệnh nhân ĐTD	Khám, chữa bệnh từ xa (N=118)		Khám, chữa bệnh trực tiếp (N=88)		P-VALUE
	N	%	N	%	
Nữ giới ^a	69	58	57	65	0.36
Chẩn đoán^a					
Tăng huyết áp	84	71	68	77	0.33
Dyslipidemia	85	72	71	81	0.15
Depression	29	25	24	27	0.66
Thuốc điều trị					
Insulin ^a	23	20	21	25	0.45
Thuốc tiêm không phải insulin ^b	4	4	5	6	0.50
Thuốc ĐTD đường uống ^a	103	88	73	83	0.30
Thuốc ĐTD bất kỳ ^a	107	91	79	90	0.82
Statin ^a	71	60	57	65	0.50
		MEAN±SD		MEAN±SD	
Tuổi ^c	61.3±11.6		62.3±11.7		0.53
Số năm từ khi chẩn đoán ĐTD ^c	6.6±8.1		7.8±8.0		0.28
HbA1C (%) ^c	7.7±1.5		7.8±1.8		0.59
LDL-C (mg/dl) ^c	96.3±36.9		105.2±33.1		0.09
Huyết áp tâm trương (mm/Hg) ^c	74.3±10.7		76.5±9.9		0.13
Huyết áp tâm thu (mm/Hg) ^c	132.0±15.8		134.4±16.3		0.30
MBI (kg/m ²) ^c	35.3±7.7		36.5±7.7		0.27

^aPearson's chi-square test.

^bFisher's exact test

^cStudent's *t*-test.

Bảng 1 Mô tả đặc điểm sinh lý và các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được chăm sóc sức khỏe từ xa (n= 118) và chăm sóc sức khỏe trực tiếp (n = 88). Chúng ta có thể nhận thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm. Mức thu nhập và trình độ học vấn

không có trong tiêu chí nghiên cứu. Sau khi bắt đầu chương trình, số lượt bệnh nhân đến khám với nhân viên y tế và nhân viên xã hội tăng lên ở cả hai nhóm. Trong năm đầu tiên, trung bình là những lần khám bệnh trực tiếp hàng năm cho bệnh nhân tăng từ 1,7 lên 26,3.

Số lượt khám bệnh từ xa trung bình hàng năm tăng lên từ 0,3 đến 14,3 lượt truy cập. Trong năm thứ hai, sau khi đã nhận được sự giáo dục cần thiết, lượt truy cập giảm xuống 14,8 cho thăm khám trực tiếp và 5,1 lượt cho thăm khám từ xa.

Bảng 2. Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA)- Khuyến cáo tầm soát hàng năm phòng ngừa và kiểm soát yếu tố nguy cơ tại thời điểm ban đầu (Pre) và sau 1,2 và 3 năm (Post)

Phương thức tiếp cận chăm sóc bệnh nhân ĐTD	PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN								PRE-POST CHANGE YEAR 1 P-VALUE	PRE-POST CHANGE YEAR 2 P-VALUE	PRE-POST CHANGE YEAR 3 P-VALUE
	Khám, chữa bệnh từ xa (n=118)				Khám, chữa bệnh trực tiếp (n=88)						
	PRE	POST YEAR 1	POST YEAR 2	POST YEAR 3	PRE	POST YEAR 1	POST YEAR 2	POST YEAR 3			
ADA-Khuyến cáo tầm soát hàng năm											
Khám mắt (có thuốc giãn đồng tử)	51%	67%	67%	69%	56%	80%	80%	67%	0.28	0.28	0.56
Khám thần kinh (khám bàn chân monofilament)	64%	75%	79%	83%	72%	97%	94%	92%	0.01%	0.11	0.58
Khám thận (microalbumin /creatinine)	64%	75%	62%	76%	72%	82%	89%	78%	0.90	0.02	0.65
Tầm soát yếu tố nguy cơ mạch máu											
Huyết áp	36%	41%	45%	48%	31%	55%	59%	57%	0.03	0.06	0.21
HbA1C	36%	58%	49%	52%	36%	60%	56%	51%	0.92	0.58	0.41
LDL-cholesterol	53%	62%	68%	69%	46%	64%	62%	70%	0.23	0.90	0.76
2+ yếu tố nguy cơ được kiểm soát	43%	59%	52%	60%	39%	66%	69%	65%	0.21	0.045	0.58

P- values cho thấy sự so sánh giữa khám, chữa bệnh trực tiếp và khám, chữa bệnh từ xa tại mỗi thời điểm. Tất cả các p-values thu được từ một mô hình phương trình ước lượng tổng quát. ADA, Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ.

Bảng 2 mô tả tác động của chương trình lên quy trình và kết quả lâm sàng theo thời gian giữa thăm khám từ xa và chăm sóc sức khỏe trực tiếp. Dịch vụ soi đáy mắt hàng năm tăng không có sự khác biệt đáng kể trong năm nghiên cứu thứ 3 ($p = 0,28, 0,56$). Đối với khám bàn chân đái tháo đường, sự gia tăng giữa các nhóm có khác nhau đáng kể ($p = 0,01$) sau thực hiện chương trình được 1 năm; sự khác biệt này đã biến mất trong năm 2 và 3 ($p = 0,11$ và $p = 0,58$, tương ứng). Đối

với kiểm tra chức năng thận thì không có khác biệt đáng kể giữa các nhóm sau thực hiện chương trình được 1 năm ($p = 0,90$). Có sự giảm nhẹ trong việc kiểm tra chức năng thận đối với thăm khám từ xa bệnh nhân trong năm 2 dẫn đến một sự khác biệt giữa các nhóm sau 2 năm can thiệp; sự khác biệt này đã biến mất trong năm thứ 3. Kiểm soát từng yếu tố nguy cơ tim mạch (HbA 1C <7%, LDL-C <100 hoặc BP <130/80) tăng ở cả hai nhóm theo thời gian cũng như tỷ lệ

bệnh nhân có hai hoặc nhiều hơn các yếu tố rủi ro được kiểm soát. Sự khác biệt trong cơ cấu tăng giữa các nhóm chỉ hiện diện đối với việc kiểm soát huyết áp, tỷ lệ tăng chậm ở bệnh nhân từ xa chậm hơn so với bệnh nhân trực tiếp, và chỉ trong năm nghiên cứu đầu tiên ($p = 0,03$). Sự khác biệt về sự gia tăng biến mất vào năm nghiên cứu 2 ($p = 0,06$) và được duy trì vào năm thứ 3 ($p = 0,21$)."



Bảng 3. Kết cục về kiến thức đái tháo đường và mức độ hài lòng của bệnh nhân tự quản lý tại thời điểm ban đầu (Pre) và sau 1 và 2 năm (Post)

Phương thức tiếp cận chăm sóc bệnh nhân ĐTD	PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN						PRE-POST CHANGE YEAR 1 P-VALUE	PRE-POST CHANGE YEAR 2 P-VALUE
	Khám, chữa bệnh từ xa (n=118)			Khám, chữa bệnh trực tiếp (n=88)				
	PRE	POST YEAR 1	POST YEAR 2	PRE	POST YEAR 1	POST YEAR 2		
Hành vi tự quản lý								
Kiểm tra đường máu theo hướng dẫn 6 tháng qua (tự báo cáo)	33%	65%	61%	35%	66%	58%	0.63%	0.68%
Thực hiện theo chế độ ăn kiêng được hướng dẫn trong 6 tháng qua (tự báo cáo)	99%	31%	33%	17%	44%	35%	0.86%	0.29%
Kiến thức bệnh đái tháo đường								
Chăm sóc và phòng ngừa biến chứng bàn chân	91%	98%	97%	95%	99%	98%	0.59%	0.51%
Mức độ hài lòng								
Rất hài lòng	22%	64%	52%	29%	67%	74%	0.51%	0.41%
Gần như hoàn hảo	47%	89%	90%	55%	89%	94%	0.58%	0.48%
Giao tiếp								
Tiếp tục nhận thông báo về bước tiếp theo trong chăm sóc bệnh ĐTD	43%	75%	76%	46%	85%	87%	0.23%	0.48%
Cách hướng dẫn giữa các nhân viên chăm sóc sức khỏe khác nhau rất tốt hoặc xuất sắc	39%	70%	76%	56%	88%	87%	0.40%	0.93%
Hiệu quả cá nhân								
Biết hỏi ai những câu hỏi về tình trạng sức khỏe của tôi	45%	73%	76%	53%	87%	87%	0.32%	0.97%
Cảm thấy hài lòng đến tuyệt vời về việc kiểm soát bệnh ĐTD của tôi	49%	77%	72%	43%	83%	83%	0.27%	0.08%
Triệu chứng								
Các triệu chứng bệnh ĐTD thuyên giảm một phần hoặc tốt hơn nhiều trong 6 tháng qua	40%	67%	41%	34%	72%	46%	0.36%	0.37%

p-Values indicate comparisons between face-to-face and telehealth at each time period. All *p*-values obtained from a generalized estimating equations model.

Bảng 3 cho thấy kết cục của bệnh nhân tự quản lý trong từng nhóm theo thời gian. Tại thời điểm 1 và 2 năm sau can thiệp, không có sự gia tăng khác biệt đáng kể giữa bệnh nhân được chăm sóc sức khỏe từ xa và bệnh nhân chăm sóc sức khỏe trực tiếp trên bất kỳ tiêu chí nào bao gồm tự quản lý, kiến thức về bệnh đái tháo đường, mức độ hài lòng, giao tiếp, hiệu quả bản thân và các triệu chứng tự ghi nhận ($p = 0,08-0,97$).

Sự cải thiện được quan sát thấy ở các bệnh nhân ở cả hai nhóm thăm khám từ xa và nhóm thăm khám trực tiếp về mọi tiêu chí.

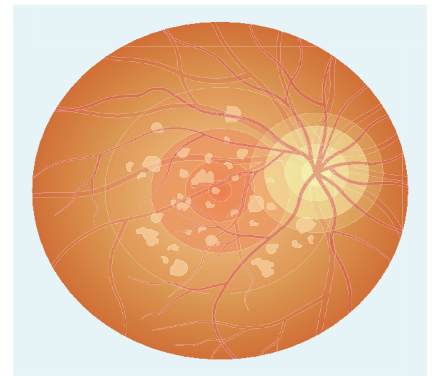
Bản thân công nghệ này cũng được ban quản lý và bệnh nhân chấp nhận. Các cuộc khảo sát nhân viên cho thấy trong 98% thời gian, nhóm PRISM hiểu được tình hình và chất lượng âm thanh rõ ràng và trong 97% thời gian, nhân viên cảm thấy rằng y học từ xa là một công cụ hữu ích để quản lý và giáo dục bệnh nhân đái tháo đường. Bệnh nhân cũng phản hồi cảm thấy thoải mái về thông tin giáo dục sức khỏe sử dụng công nghệ này và nói rằng họ hiểu công nghệ như đang được con người chăm sóc. 99% bệnh nhân cảm nhận hình ảnh và âm thanh rõ ràng. Như vậy, qua nghiên cứu của

tác giả Ciemins và cộng sự, chúng ta có thể thấy rằng chương trình Đái tháo đường PRISM, một chương trình lấy bệnh nhân làm trung tâm đã thành công kết hợp việc chăm sóc bệnh đái tháo đường ở nông thôn thông qua công nghệ y học từ xa. Nhóm liên ngành làm việc với bệnh nhân đái tháo đường ở nông thôn bệnh nhân kết hợp với bác sĩ gia đình ở nông thôn. Kết quả cho thấy rằng thăm khám chăm sóc sức khỏe bệnh nhân đái tháo đường từ xa có thể hiệu quả như việc thăm khám truyền thống trực tiếp tại phòng khám và được xem như một cách để quản lý nhóm một

cách toàn diện đối với bệnh nhân đái tháo đường nguy cơ cao ở nông thôn. Nói chung, theo thời gian các quá trình cụ thể của bệnh đái tháo đường (như là chăm sóc và phòng ngừa) và kết quả lâm sàng (như là kiểm soát yếu tố nguy cơ mạch máu) tăng với tỷ lệ tương tự giữa hai nhóm. Kết quả cho việc tự quản lý bệnh đái tháo đường, kiến thức về bệnh đái tháo đường và sự hài lòng của bệnh nhân, giao tiếp, hiệu quả của bản thân và tự báo cáo tình trạng triệu chứng cũng tương tự. Kết quả được duy trì trong 2 hoặc 3 năm, tùy thuộc vào dữ liệu có sẵn cho từng biện pháp. Nghiên cứu này chứng minh hiệu quả của một mô hình sáng tạo, quan tâm đến việc quản lý toàn diện bệnh đái tháo đường, một bệnh mãn tính và các yếu tố nguy cơ mạch máu liên quan, có thể được thực hiện trong cơ sở chăm sóc chính và phân phối thành công bằng cách sử dụng công nghệ y học từ xa. Ở một đất nước châu Âu khác có nền y tế phát triển là Tây Ban Nha, trong hệ thống chăm sóc sức khỏe, bệnh nhân đái tháo đường típ 1 cần được theo dõi chăm sóc y tế và tự chăm sóc bản thân liên tục bởi các bác sĩ chuyên khoa nội tiết thuộc các đơn vị trung tâm. Gần đây, y học từ xa đang trở thành một công cụ quan trọng có thể giúp tối ưu hóa và tạo điều kiện cho việc quản lý bệnh nhân đái tháo đường típ 1 sống ở khu vực nông thôn hoặc ở những nơi xa trung tâm cơ sở chăm sóc đặc biệt. Hơn nữa, y học từ xa đã được kết hợp với tiết kiệm thời gian, tiết kiệm chi phí, tỷ lệ cuộc hẹn y tế cao và sự hài lòng của bệnh nhân cao. Kinh nghiệm trước đây về y tế từ xa trong quản lý bệnh đái tháo đường típ 1 cho thấy ít tổn kém hơn và hiệu quả hơn so với thăm khám trực tiếp. Trong các nghiên cứu trước đây, quản lý đường huyết và cung cấp điều chỉnh liều insulin bằng cách sử dụng hệ thống y học

từ xa tỏ ra hiệu quả trong việc giảm HbA1c ở những bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém ($HbA1c \geq 8\%$). Như vậy, có thể thấy mặc dù có bằng chứng về lợi ích lâm sàng của y học từ xa trên bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường típ 1 và đường huyết kiểm soát kém, tuy nhiên, chưa có thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào đánh giá tác động của nó trên bệnh nhân đái tháo đường típ 1 và $HbA1c < 8\%$. Tác giả Adana và đồng sự đã làm rõ hơn vấn đề này thông qua thử nghiệm PLATEDIAN [8] kéo dài 6 tháng ở 388 bệnh nhân bệnh đái tháo đường típ 1, mức $HbA1c < 8\%$, chế độ liều tiêm mỗi ngày với liều cơ bản bolus, cư trú ở Andalusia, và ký vào văn bản giấy chấp thuận. Quá trình thăm khám diễn ra 3 vòng mỗi 3 tháng. Ở vòng 1 và vòng 3, đều thăm khám trực tiếp, ở vòng 2, nhóm can thiệp sẽ được thăm khám qua Telemedicine, và nhóm chứng sẽ vẫn được thăm khám trực tiếp. Nghiên cứu của tác giả Adana và đồng sự cho thấy rằng hiệu quả lâm sàng và các kết cục an toàn thu được khi sử dụng chăm sóc y tế từ xa cho việc quản lý bệnh đái tháo đường típ 1 và $HbA1c < 8\%$ tương tự như kết quả của việc thăm khám trực tiếp. Do đó, kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 1 với $HbA1c < 8\%$ tương tự trong cả hai nhóm vào cuối nghiên cứu. Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây được tiến hành ở những bệnh nhân không được kiểm soát với bệnh đái tháo đường típ 1 ($HbA1c \geq 8\%$), chứng tỏ cải thiện $HbA1c$ mà không có sự khác biệt đáng kể giữa can thiệp và nhóm chứng. Về các biến cố, chẳng hạn như hạ đường huyết trung bình đến nặng, các đợt tăng đường huyết, nhiễm toan ceton, và nhu cầu nhập viện, tác giả không tìm thấy bất kỳ sự khác biệt nào giữa hai nhóm ở 6 tháng. Điều này hỗ trợ kết quả

trước đó được báo cáo rằng y học từ xa không làm giảm nguy cơ hạ đường huyết và nhiễm toan ceton do đái tháo đường. Do đó, một trong những điều quan trọng nhất là nghiên cứu này đã cho thấy quá trình thăm khám trực tiếp có thể được thay thế bằng thăm khám y tế từ xa trong việc thăm khám lâm sàng thường xuyên chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường típ 1 và kiểm soát việc trao đổi chất. Do đó có thể thấy rằng lợi ích quan trọng nhất của y học từ xa là khả năng cải thiện tiếp cận việc chăm sóc sức khỏe cho những bệnh nhân sống ở khu vực địa lý hoặc các cộng đồng biệt lập về kinh tế xã hội, xa các cơ sở y tế hoặc những nơi có khả năng di chuyển hạn chế. Việc giảm thăm khám trực tiếp đặc biệt quan trọng trong các trường hợp có nguồn lực



chăm sóc sức khỏe thấp và khó khăn trong việc tiếp cận với trung tâm chuyên về bệnh lý nội tiết, cũng như ở một số khu vực của Andalusia, điều này càng đặc biệt quan trọng khi chúng ta có thể áp dụng tại Việt Nam.

Một trong những biến chứng nguy hiểm của đái tháo đường đó chính là bệnh lý võng mạc do đái tháo đường. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mù ở những người trưởng thành độ tuổi lao động ở Mỹ và một trong những biến chứng phổ biến nhất của các loại đái tháo đường, tuy nhiên, việc phát hiện và điều trị sớm có thể giúp giảm nguy cơ tới 95%. Mặc dù vậy, tỷ lệ mắc bệnh lý võng mạc do đái tháo đường ở những bệnh nhân trong mạng

lưới an toàn không có bảo hiểm ở Cơ quan Dịch vụ y tế Los Angeles (LADHS) vẫn tăng ở mức 50% vì những nguồn lực chăm sóc đặc biệt bị hạn chế và thời gian chờ đợi sàng lọc kéo dài. Nhưng theo một nghiên cứu gần đây của LADHS [5] và công ty công nghệ y tế Safety Net Connect, telemedicine có thể là một cách phù hợp, nhanh chóng và hiệu quả để khắc phục những hạn chế này. Trong một bài báo đăng trên tạp chí JAMA Internal Medicine, các nhà nghiên cứu cho biết sử dụng kết hợp nền tảng eConsults của Safety Net Connect trong 2 năm giúp sàng lọc được nhiều hơn, thời gian chờ đợi ngắn hơn và ít người phải chăm sóc đặc biệt hơn. Qua triển khai hệ thống

eConsult trên một nhóm gồm 21.222 bệnh nhân, thời gian sàng lọc giảm gần 90% và tỷ lệ sàng lọc bệnh võng mạc đái tháo đường tăng 16%.

Chương trình kỹ thuật số này cũng làm giảm 14.000 trường hợp cần phải chăm sóc đặc biệt. Trước tiên, các trợ lý y tế được LADHS cấp phép được đào tạo để sử dụng các camera võng mạc ở nơi chăm sóc ban đầu.

Họ chụp và tải ảnh lên phần mềm sàng lọc dựa trên web sau đó đưa chúng cho các chuyên gia mắt của LADHS, những người đọc hình ảnh và đưa ra các khuyến nghị tiếp theo gửi tới các chuyên gia chăm sóc sức khỏe trên cổng trang web. Nếu kết quả là bình thường, các bác sĩ chăm sóc sức khỏe ban đầu có thể xử lý chúng mà không cần chỉ định bệnh nhân tới bác sĩ chuyên khoa. Những người có kết quả đáng lo ngại hơn sẽ được chỉ định tới bác sĩ đo mắt hoặc bác sĩ nhãn khoa tùy thuộc vào độ nghiêm trọng của tình trạng.

Ứng dụng này giúp tăng số lượng bệnh nhân được sàng lọc ở nơi chăm sóc ban đầu và

giảm thời gian chờ đợi. Trước phương pháp telemedicine này, thời gian chờ đợi trung bình để được sàng lọc là hơn 5 tháng.

Với công nghệ mới này, bệnh nhân có thể được sàng lọc với các bác sĩ chăm sóc ban đầu trong vòng khoảng 2 tuần. Và không phải tất cả các bệnh nhân đều cần sàng lọc nên các chuyên gia có thể tập trung thời gian và công sức cho những bệnh nhân cần họ nhất. Tại Việt Nam, ở Đà Nẵng, một trong những thành phố lớn nhất cả nước về quy mô và sự phát triển kinh tế, tác giả Quách Hữu Trung và Võ Thị Hồng Hương đã có những số liệu ban đầu về vai trò của Telemedicine qua nghiên cứu “Kiến thức và nhu cầu về sử



dụng dịch vụ khám chữa bệnh từ xa của bệnh nhân đái tháo đường tại thành phố Đà Nẵng” [3]. Nghiên cứu của tác giả được thực hiện trong tháng 3/2021 trên 105 bệnh nhân Đái tháo đường tại thành phố Đà Nẵng. Kết quả trong số 105 đối tượng tham gia khảo sát, chỉ có 5.7% đối tượng có hiểu biết đạt trên mức trung bình về dịch vụ khám chữa bệnh từ xa; có 27.6% người bệnh xác định có mong muốn sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ xa, có 52.4% đối tượng nghiên cứu phân vân. Có 04 yếu tố có mối liên quan đến nhu cầu người dân sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh từ xa gồm: đã từng nghe đến dịch vụ chăm sóc

sức khỏe từ xa ($p < 0.05$), nhận thức tích cực về dịch vụ ($p < 0.05$), kiến thức chung về khám chữa bệnh từ xa và đối tượng mắc các bệnh lý khác ngoài đái tháo đường ($p < 0.05$). Trong đó kết quả ghi nhận 100% đối tượng có kiến thức đạt trên mức trung bình thì đều khẳng định có nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh từ xa. Qua đó có thể thấy rằng, hiểu biết của người mắc bệnh đái tháo đường về dịch vụ khám chữa bệnh từ xa còn khá thấp, không có đủ thông tin về những lợi ích cũng như những dịch vụ tiện ích mà dịch vụ này mang lại, từ đó họ cũng e dè trong việc thể hiện nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh từ xa. Do vậy, cần có nhiều biện pháp tuyên truyền kiến thức

đến đông đảo người dân để góp phần cho sự thành công của ứng dụng mô hình dịch vụ này.

Hiện nay, đại dịch COVID-19 vẫn đang leo thang, với số ca nhiễm và số ca tử vong liên tục tăng trên toàn cầu. Ở các quốc gia có số ca mắc kỷ lục như Hoa Kỳ, hệ thống y tế có nguy cơ trở nên quá tải, các nhân viên y tế phải làm việc

liên tục không ngừng nghỉ trong nhiều giờ, cùng với sự thiếu thốn vật tư y tế như máy thở, khẩu trang y tế, dụng cụ bảo hộ... gián tiếp làm tăng nguy cơ lây nhiễm và tỷ lệ tử vong.

Tại Việt Nam và nhiều nước trên thế giới, các cơ quan chức năng đã ban hành hiệu lệnh cách ly xã hội để kiểm soát dịch COVID-19. Người dân được khuyến cáo ở nhà, không đi ra ngoài trừ những trường hợp thật sự cần thiết. Trong bối cảnh đó, một số bệnh viện và phòng khám tư nhân phải đóng cửa hoặc giảm hoạt động xuống mức tối thiểu, thì telemedicine – hay còn gọi là chăm sóc sức khỏe từ xa



đang nổi lên như là biện pháp nhằm đáp ứng nhu cầu của các bệnh nhân, đồng thời giảm nguy cơ lây nhiễm, giảm gánh nặng cho các bệnh viện. Các nghiên cứu trên đã cho thấy rằng thăm khám chăm sóc sức khỏe bệnh đái tháo đường từ xa có thể hiệu quả như việc thăm khám truyền thống trực tiếp tại phòng khám và được xem như một cách để quản lý nhóm một cách toàn diện đối với bệnh nhân đái tháo đường nguy cơ cao ở nông thôn,

những bệnh nhân sống ở khu vực địa lý hoặc các cộng đồng biệt lập về kinh tế xã hội, xa các cơ sở y tế, di chuyển hạn chế hoặc những nơi mà đại dịch Covid-19 đang diễn biến phức tạp như hiện nay. Bên cạnh đó, với việc số lượng người mắc bệnh đái tháo đường trên toàn thế giới ngày càng tăng và tỷ lệ những người không được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc sức khỏe lớn, việc hình thành các phương án thay thế nhằm tiết kiệm thời

gian, hiệu quả về chi phí, thân thiện với người bệnh và khả thi sẽ giúp điều trị bệnh nhân đái tháo đường một cách tối ưu. Telemedicine hay chăm sóc sức khỏe từ xa không chỉ là phương tiện có ích đối với người bệnh đái tháo đường Việt Nam trong giai đoạn COVID-19 hiện tại, mà còn đóng góp rất nhiều trong việc thực hiện thành công chăm sóc sức khỏe nhân dân ở nước ta.

THS.BS.NGUYỄN ĐỨC THÀNH

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt:

- [1]. Bộ Y tế (2020), Quyết định số 2628/QĐ-BYT về việc phê duyệt Đề án "Khám, chữa bệnh từ xa" giai đoạn 2020-2025.
- [2]. Bộ Y tế (2020), Quyết định số 749/QĐ-TTg ngày 03/6/2020 phê duyệt Chương trình chuyển đổi số quốc gia đến năm 2025.
- [3]. Quách, H. T., & Võ, T. H. H. (2021). Kiến thức và nhu cầu về sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh từ xa của bệnh nhân đái tháo đường tại thành phố Đà Nẵng. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, (46), 239-246. <https://doi.org/10.47122/vjde.2021.46.27>

Tiếng Anh:

- [4]. Ciemins E, Coon P, Peck R, Holloway B, Min SJ. Using telehealth to provide diabetes care to patients in rural Montana: findings from the promoting realistic individual self-management program. Telemed J E Health. 2011 Oct;17(8):596-602. doi: 10.1089/tmj.2011.0028. Epub 2011 Aug 22. PMID: 21859347; PMCID: PMC3208251.
- [5]. Daskivich LP, Vasquez C, Martinez C Jr, Tseng CH, Mangione CM. Implementation and Evaluation of a Large-Scale Teleretinal Diabetic Retinopathy Screening Program in the Los Angeles County Department of Health Services. JAMA Intern Med. 2017 May 1;177(5):642-649. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.0204. PMID: 28346590; PMCID: PMC5818774.
- [6]. European Lung Foundation (2019), Telemedicine.
- [7]. <https://www.news-medical.net/health/Types-of-Telemedicine.aspx>
- [8]. Ruiz de Adana MS, Alhambra-Expósito MR, Muñoz-Garach A, Gonzalez-Molero I, Colomo N, Torres- Barea I, Aguilar-Diosdado M, Carral F, Serrano M, Martínez-Brocca MA, Duran A, Palomares R; Diabetes Group of SAEDYN (Andalusian Society of Endocrinology, Diabetes, and Nutrition). Randomized Study to Evaluate the Impact of Telemedicine Care in Patients With Type 1 Diabetes With Multiple Doses of Insulin and Suboptimal HbA1c in Andalusia (Spain): PLATEDIAN Study. Diabetes Care. 2020 Feb;43(2):337-342. doi: 10.2337/dc19-0739. Epub 2019 Dec 12. PMID: 31831473.
- [9]. WHO (2020), Global Health Observatory data of telehealth, Geneva.

Nội dung bài báo được bảo trợ bởi Hội Người giáo dục Bệnh đái tháo đường Việt Nam.



Biến chứng mạn tính của đái tháo đường (ĐTĐ) ảnh hưởng đến nhiều cơ quan hệ thống và là nguyên nhân bệnh tật và tử vong cho bệnh nhân. Có thể chia thành các biến chứng do nguyên nhân mạch máu và không do nguyên nhân mạch máu (Bảng 1). Biến chứng mạch máu phân thành 2 nhóm: biến chứng mạch máu nhỏ và biến chứng mạch máu lớn. Các biến chứng mạn tính thường xuất hiện rõ ràng từ 10-20 năm sau khi đường huyết tăng cao. Ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 giai đoạn tăng đường huyết không triệu chứng thường kéo dài, vì vậy nên tầm soát biến chứng mạn ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 ngay tại thời điểm chẩn đoán.

BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyên nhân mạch máu

Biến chứng mạch máu lớn:

- Bệnh động mạch vành
- Bệnh động mạch ngoại biên
- Bệnh lý mạch máu não

Biến chứng mạch máu nhỏ:

- Bệnh thận do ĐTĐ
- Bệnh lý mắt:
 - Bệnh võng mạc
 - Phù hoàng điểm
- Bệnh thần kinh:
 - Bệnh thần kinh cảm giác
 - Bệnh thần kinh vận động
 - Bệnh thần kinh tự chủ

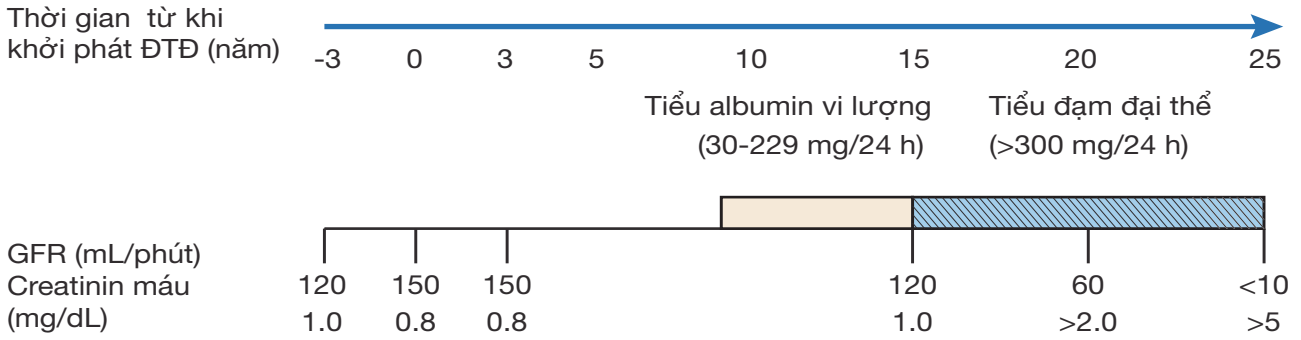
Không do nguyên nhân mạch máu

- Bệnh da do ĐTĐ
- Bệnh xương khớp
- Đục thủy tinh thể
- Tăng nhãn áp
- Nhiễm trùng: viêm túi mật hoại tử, viêm tai ngoài ác tính, hoại tử gai thận...

Bảng 1. Biến chứng mạn tính của đái tháo đường.

Bệnh thận do ĐTĐ là nguyên nhân hàng đầu của bệnh thận mạn và suy thận mạn giai đoạn cuối. Những bệnh nhân bị bệnh thận do ĐTĐ thường cũng bị bệnh võng mạc do ĐTĐ nhưng ngược lại thì biểu hiện không rõ ràng.

Diễn tiến theo thời gian của bệnh thận do ĐTĐ.



Các giai đoạn tổn thương thận do đái tháo đường: Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 1, tổn thương thận do đái tháo đường thường tiến triển qua các giai đoạn:

1. Tăng độ lọc cầu thận: tăng kích thước thận, tăng lưu lượng máu qua thận.
2. Tiểu albumin không thường xuyên: xuất hiện tổn thương đầu tiên ở cầu thận.
3. Tiểu albumin liên tục: tổn thương cầu thận dưới lâm sàng.
4. Tiểu đạm lượng nhiều và suy giảm độ lọc cầu thận. Bệnh nhân có thể biểu hiện hội chứng thận hư ở giai đoạn này và thường có tăng huyết áp.

5. Bệnh thận giai đoạn cuối: có những biểu hiện của hội chứng urê huyết cao. Bệnh nhân sắp sửa hoặc bắt đầu cần đến các biện pháp điều trị thay thế thận (chạy thận nhân tạo, ghép thận).

Tăng tưới máu cầu thận và tăng kích thước thận xảy ra ở những năm đầu tiên sau khi khởi phát ĐTĐ và là nguyên nhân gây tăng độ lọc cầu thận (GFR). Trong 5 năm đầu của bệnh ĐTĐ, dày màng đáy cầu thận, phì đại cầu thận và tăng thể tích trung mô, khi đó GFR trở về bình thường.

Sau 5-10 năm bị ĐTĐ típ 1, khoảng 40% bệnh nhân tiểu albumin vi lượng (30-300

mg/ngày). Sự xuất hiện của tiểu albumin vi lượng (bệnh thận tiềm ẩn) ở bệnh nhân ĐTĐ típ 1 là dự báo quan trọng cho sự tiến triển đến tiểu đạm đại thể (> 300mg/ngày) hay bệnh thận toàn phát. Huyết áp có thể tăng nhẹ từ thời điểm này. Một khi tiểu đạm đại thể xuất hiện, GFR giảm dần và khoảng 50% bệnh nhân sẽ tiến đến suy thận mạn giai đoạn cuối trong 7 đến 10 năm. Các thay đổi bệnh học giai đoạn sớm và sự bài xuất bất thường albumin có thể đảo ngược được khi kiểm soát đường huyết tốt. Tuy nhiên, khi bệnh thận toàn phát tiến triển, các thay đổi về bệnh học khó có thể đảo ngược được.

Bảng 2. Phân loại bệnh thận mạn theo KDIGO 2020

Bệnh thận mạn được định nghĩa là các bất thường cấu trúc hoặc chức năng kéo dài trên 3 tháng			Albumin niệu (mg/g)		
			A1	A2	A3
Giai đoạn	Độ lọc cầu thận ước tính eGFR (ml/phút/1,73m ²)		Bình thường đến tăng nhẹ	Tăng trung bình	Tăng nặng
			< 30	30 - 300	> 300
G1	Bình thường hoặc cao	≥ 90			
G2	Giảm nhẹ	60-89			
G3a	Giảm nhẹ đến trung bình	45-59			
G3b	Giảm trung bình đến nặng	30-44			
G4	Giảm nặng	15-29			
G5	Suy thận giai đoạn cuối	< 15			

Trong bảng phân loại giai đoạn bệnh thận này, màu xanh: nguy cơ thấp, màu vàng: nguy cơ trung bình, màu cam: nguy cơ cao, màu đỏ: nguy cơ rất cao. Bệnh thận mạn do ĐTD giai đoạn 1-2 được định nghĩa là có tổn thương thận thường biểu hiện bằng albumin niệu và $eGFR > 60\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$. Bệnh thận mạn ĐTD giai đoạn 3-5 được định nghĩa $eGFR$ giảm dần dưới mức $60\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$. Ở bất kỳ mức $eGFR$ nào, sự hiện diện của albumin trong nước tiểu kèm theo tăng nguy cơ tiến triển của bệnh thận mạn do ĐTD, bệnh tim mạch và tăng tỉ lệ tử vong. Do đó KDIGO khuyến cáo để đánh giá chính xác hơn bệnh thận mạn do ĐTD nên kết hợp theo dõi chặt chẽ albumin niệu với tất cả các giai đoạn của $eGFR$, điều này cũng quan trọng trong theo dõi và chọn lựa thuốc điều trị.

Bệnh nhân ĐTD có nguy cơ bị tổn thương thận cấp cao hơn so với người không bị ĐTD. Tổn thương thận cấp được chẩn đoán dựa vào tăng $\geq 50\%$ creatinin máu trong thời gian ngắn (trong vòng 7 ngày). Các yếu tố nguy cơ cho tổn thương thận cấp: bệnh thận mạn có sẵn, sử dụng các thuốc tổn thương thận (ví dụ thuốc kháng viêm không steroid), thuốc làm thay đổi lưu lượng máu ở thận (ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin)...

Trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2, biểu hiện bệnh thận không điển hình theo các bước trên:

- Albumin niệu vi lượng hay bệnh thận toàn phát có thể hiện diện tại thời điểm ĐTD típ 2 được chẩn đoán, do giai đoạn không triệu chứng kéo dài
- Tăng huyết áp (THA) thường đi kèm tiểu albumin vi lượng hay bệnh thận toàn phát ở ĐTD típ 2
- Albumin niệu vi lượng có thể ít là yếu tố dự đoán bệnh thận ĐTD do tiểu albumin có thể do các nguyên nhân khác không phải ĐTD như: THA, suy tim sung huyết, bệnh tiền liệt tuyến hay nhiễm trùng.

Theo dõi

Albumin niệu và $eGFR$ nên theo dõi định kỳ ít nhất 1 năm 1 lần giúp chẩn đoán kịp thời bệnh thận mạn do ĐTD, theo dõi diễn tiến bệnh thận mạn, phát hiện các bệnh thận khác kết hợp bao gồm tổn thương thận cấp, điều chỉnh liều thuốc phù hợp, đánh giá đáp ứng điều trị và xác định khi nào khám chuyên khoa thận.

Theo dõi kali máu ở những bệnh nhân đang dùng thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể angiotensin, lợi tiểu vì có nguy cơ tăng hoặc hạ kali máu. Khi $eGFR < 60\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$, cần tầm soát các biến chứng của bệnh thận mạn: tăng huyết áp, quá tải dịch, bất thường điện giải, toan chuyển hóa, thiếu máu, bệnh xương do chuyển hóa.

Khuyến cáo bệnh nhân có bệnh thận mạn do ĐTD được gửi đến chuyên khoa thận học khi:

- $eGFR < 30\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$.
- Khó chẩn đoán nguyên nhân: nghi ngờ có bệnh thận không

Điều trị tối ưu bệnh thận do ĐTD là điều trị phòng ngừa. Albumin niệu vi lượng nên được phát hiện sớm để điều trị hiệu quả. Can thiệp hiệu quả để làm chậm diễn tiến từ tiểu albumin vi lượng đến bệnh thận toàn phát gồm:

- Kiểm soát đường huyết tốt
 - Kiểm soát huyết áp
 - Sử dụng ức chế men chuyển hay ức chế thụ thể
 - Điều trị rối loạn lipid máu
- Kiểm soát đường huyết làm giảm tỉ lệ albumin niệu vi lượng xuất hiện và tiến triển. Tuy nhiên, một khi bệnh thận toàn phát xuất hiện, không có bằng chứng rõ ràng cho thấy cải thiện kiểm soát đường huyết sẽ làm chậm tiến triển của bệnh thận.

Điều trị

- Dinh dưỡng: bệnh nhân bị bệnh thận mạn do ĐTD chưa lọc thận nên duy trì chế độ ăn với lượng protein khoảng $0,8\text{g/kg}$ ngày, không khuyến cáo protein ở dưới mức này. Ở bệnh nhân đang lọc thận khuyến cáo ăn chế độ protein



phải do ĐTD hoặc bệnh thận khác thêm vào. Các dấu hiệu gợi ý: nước tiểu có hồng cầu, bạch cầu hoặc có trụ tế bào, albumin niệu tăng nhanh hoặc hội chứng thận hư, giảm nhanh độ lọc cầu thận, hoặc không có bệnh võng mạc ĐTD kèm theo.

- Khó điều trị hoặc khó kiểm soát các biến chứng của bệnh thận mạn.

cao hơn mức ở trên do suy dinh dưỡng thường xảy ra ở đối tượng này. Hạn chế muối với $\text{Na} < 2.300\text{mg}$ ngày có thể có ích trong kiểm soát huyết áp và giảm nguy cơ tim mạch. Tuy nhiên khuyến cáo sử dụng muối và kali cần cá nhân hóa tùy thuộc vào bệnh đồng mắc, các thuốc đang sử dụng.

- Kiểm soát glucose máu: kiểm soát glucose máu tích cực đạt

gần mức bình thường trong các nghiên cứu ngẫu nhiên tiền cứu lớn cho thấy làm chậm khởi phát và diễn tiến albumin niệu và giảm eGFR ở bệnh nhân ĐTD típ 1 và típ 2. Mục tiêu HbA1c khuyến cáo là < 7%, tuy nhiên cần cá nhân hóa tùy thuộc vào nguy cơ hạ đường huyết của bệnh nhân. Các thuốc hạ glucose máu có hiệu quả trực tiếp trên thận làm giảm tiến triển bệnh thận, giảm biến cố tim mạch và giảm nguy cơ hạ đường huyết được chứng minh qua các nghiên cứu lớn như ức chế kênh SGLT2 và đồng vận GLP-1 có thể ưu tiên chọn lựa ở bệnh nhân có bệnh thận mạn do ĐTD.

- Chọn lựa thuốc giảm glucose máu cho bệnh nhân có bệnh thận mạn: liều thuốc điều trị hạ glucose máu cần chỉnh liều khi độ lọc cầu thận < 30ml/phút/1,73m². Metformin là thuốc chọn lựa đầu tiên cho bệnh nhân ĐTD típ 2; chống chỉ định khi eGFR < 30ml/phút/1,73m² và ngưng tạm thời trước khi chụp hình ảnh có sử dụng thuốc cản quang ở bệnh nhân có eGFR 30- 60ml/phút/1,73m². FDA khuyến cáo các thuốc ức chế kênh đồng vận SGLT2 được sử dụng với eGFR ≥ 45ml/phút/1,73m².

- Kiểm soát huyết áp: huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng cho xuất hiện và tiến triển của

bệnh thận mạn do ĐTD. Điều trị tăng huyết áp làm giảm nguy cơ xuất hiện albumin niệu cũng như giảm các biến cố bệnh tim mạch. Ở bệnh nhân có bệnh thận mạn ĐTD, thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể angiotensin là thuốc chọn lựa đầu tay, có thể làm giảm nguy cơ tiến triển của bệnh thận mạn. Mục tiêu huyết áp < 140/90 mmHg được khuyến cáo để giảm tử vong tim mạch và giảm tiến triển bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD. Mục tiêu huyết áp thấp hơn (<130/80 mmHg) có thể xem xét ở một số bệnh nhân dựa trên đánh giá lợi ích và nguy cơ.

THS BS. PHẠM NHƯ HẢO

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. American Diabetes Association. Diabetes Care Jan 2021, 44 (Supplement 1) S34-S39; DOI: 10.2337/dc21-S003.
2. Facilitating Behavior Change and Well-being to Improve Health Outcomes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. American Diabetes Association. Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1): S53-S72. <https://doi.org/10.2337/dc21-S005>.
3. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. American Diabetes Association Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1): S73-S84. <https://doi.org/10.2337/dc21-S006>.
4. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. American Diabetes Association Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1): S111- S124. <https://doi.org/10.2337/dc21-S009>.
5. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. American Diabetes Association. Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1): S125 - S150. <https://doi.org/10.2337/dc21-S010>.
6. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. American Diabetes Association. Diabetes Care 2021 Jan; 44(Supplement 1): S151-S167. <https://doi.org/10.2337/dc21-S011>.
7. Greenspan's Basic and Clinical Endocrinology, 10th Edition. David Gardner, Dolores Shoback.
8. Williams Textbook of Endocrinology, 14th Edition. Shlomo Melmed Ronald Koenig Clifford Rosen Richard Auchus Allison Goldfine.
9. KDOQI CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR VASCULAR ACCESS: 2019 UPDATE. Charmaine E. Lok, Thomas S. Huber, Timmy Lee, Surendra Shenoy, Alexander S. Yevzlin, Kenneth Abreo, Michael Allon, Arif Asif, Brad C. Astor, Marc H. Glickman, Janet Graham, Louise M. Moist, Dheeraj K. Rajan, Cynthia Roberts, Tushar J. Vachharajani, and Rudolph P. Valentini.
10. KDIGO 2020 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group.

Nội dung bài báo được bảo trợ bởi Hội Người giáo dục Bệnh đái tháo đường Việt Nam.





SỨC KHỎE TÂM THẦN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

I. MỞ ĐẦU

Bệnh nhân đái tháo đường típ 1 và típ 2 là những người gia tăng nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần như trầm cảm, rối loạn lo âu và rối loạn ăn uống. Chính các vấn đề tâm thần này sẽ ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị đái tháo đường và có nguy cơ dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng trong ngắn hạn và dài hạn chẳng hạn như mù lòa, cắt cụt chi, đột quy, nhồi máu cơ tim, suy giảm nhận thức, giảm chất lượng cuộc sống và thậm chí tử vong. Một khi không được chẩn đoán và điều trị đúng mức, đái tháo đường sẽ trở thành gánh nặng về cả y tế lẫn kinh tế cho hệ thống chăm sóc sức khỏe và toàn xã hội. Bài viết này trình bày về các vấn đề sức khỏe tâm thần phổ biến ở bệnh nhân đái tháo đường típ 1 và típ 2 và đề xuất các chiến lược phát hiện sớm các rối loạn này để có thể có liệu pháp tư vấn và điều trị kịp thời.

II. CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN THƯỜNG GẶP Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

1. Trầm cảm:

Một trong những rối loạn tâm thần thường gặp và nguy hiểm nhất ở người bệnh đái tháo đường là trầm cảm. Nhìn chung, tỉ lệ trầm cảm của người bệnh đái tháo đường có thể lên đến 10%, con số này cao gấp 2 lần so với dân số chung, đặc biệt là bệnh nhân đái tháo đường thường có thời gian xuất hiện cơn trầm cảm dài hơn và nguy cơ tái phát cao hơn so với người không mắc đái tháo đường. Một số yếu tố có liên quan đến nguy cơ trầm cảm của người bệnh đái tháo đường bao gồm:

- Bệnh nhân nữ
- Bệnh nhân nghèo
- Thiếu sự trợ giúp của xã hội
- Cuộc sống có nhiều stress

- Kiểm soát đường huyết kém/có cơn hạ đường huyết tái phát

- Thời gian mắc đái tháo đường lâu

- Đã có các biến chứng của đái tháo đường

Người bệnh đái tháo đường bị trầm cảm sẽ gia tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng của đái tháo đường, nguyên nhân có thể là do bệnh nhân mất đi động lực sống, chăm sóc bản thân dẫn đến ít rèn luyện cơ thể về cả thể chất lẫn tinh thần và giảm sự tuân thủ điều trị. Trầm cảm hoàn toàn có thể được điều trị thành công ở người bệnh đái tháo đường bằng các liệu pháp tâm lý và các thuốc chống trầm cảm. Việc điều trị này ngoài cải thiện triệu chứng trầm cảm còn cải thiện đáng kể việc kiểm soát đường huyết của bệnh nhân đặc biệt là khi được phát hiện kịp thời.

2. Rối loạn lo âu

Rất nhiều bệnh nhân đái tháo đường có các bệnh lý rối loạn lo âu như rối loạn lo âu toàn thể, rối loạn hoảng sợ hoặc rối loạn căng thẳng sau sang chấn. Các dạng rối loạn lo âu này cũng là bệnh đồng mắc thường gặp với trầm cảm và thường xuất hiện khi bệnh nhân mới vừa được chẩn đoán đái tháo đường hoặc khi biến chứng đái tháo đường bắt đầu xuất hiện. Rối loạn lo âu sẽ làm cho việc điều trị đái tháo đường trở nên khó khăn hơn vì:

- Các rối loạn lo âu nghiêm trọng thường có triệu chứng trùng lặp với triệu chứng của cơn hạ đường huyết, làm cho bệnh nhân gặp khó khăn khi phân biệt đâu là cảm giác lo lắng và đâu là triệu chứng thực sự của hạ đường huyết để có thể điều trị kịp thời

- Cảm giác lo lắng về việc tiêm

thuốc hoặc lấy mẫu máu xét nghiệm có thể dẫn đến cơn hoảng sợ khi bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường

• Nỗi lo sợ hạ đường huyết là một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến rối loạn lo âu nặng nề ở bệnh nhân đái tháo đường. Chính nỗi lo sợ này có thể làm cho đường huyết của bệnh nhân khó kiểm soát và thường trên ngưỡng cho phép trong điều trị.

3. Rối loạn ăn uống:

Các dạng rối loạn ăn uống như chứng chán ăn tâm thần, chứng ăn-ói và chứng háu ăn (ăn vô độ) đều là các rối loạn thường gặp hơn ở bệnh nhân đái tháo đường so với dân số chung. Các triệu chứng trầm cảm thường đi kèm với các chứng rối loạn ăn uống và có thể ảnh hưởng lên khoảng gần một nửa số bệnh nhân đái tháo đường. Đái tháo đường típ 1 và phụ nữ trẻ là hai yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến khả năng xuất hiện các rối loạn ăn uống cũng như tình trạng giảm hoặc quên liều thuốc tiêm insulin. Hội chứng ăn đêm là một dạng

III. TẦM SOÁT CÁC RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG:

Mặc dù các vấn đề về tâm thần nêu trên đều có ảnh hưởng xấu đến việc điều trị kiểm soát đường huyết cũng như làm gia tăng các gánh nặng kinh tế, xã hội nhưng chỉ một phần ba số lượng bệnh nhân đái tháo đường có các vấn đề về tâm thần được chẩn đoán xác định và điều trị phù hợp. Theo các hướng dẫn điều trị của các Hiệp hội lớn trên thế giới, mà cụ thể là Hiệp hội đái tháo đường hoa Kỳ (ADA), bệnh nhân đái tháo đường cần được chăm sóc đa chuyên khoa, bao gồm: bác sĩ, điều dưỡng, chuyên viên dinh dưỡng, dược sĩ, các chuyên gia tâm thần có kinh nghiệm trong lĩnh vực đái tháo đường. Các khuyến cáo cũng chỉ rõ bệnh nhân đái tháo đường cần được định kỳ tầm soát các vấn đề về sức khỏe tâm lý như trầm cảm, rối loạn lo âu, rối loạn ăn uống, chức năng nhận

như trên toàn thế giới. Các rào cản chủ yếu của vấn đề này là do các khó khăn về mặt thực hành cũng như kinh phí tại các cơ sở y tế, ngoài ra, một khi được chẩn đoán, bệnh nhân đái tháo đường có các rối loạn tâm thần cần phải được theo dõi và điều trị lâu dài. Bên cạnh các khó khăn nêu trên, các thang điểm dùng để chẩn đoán các rối loạn tâm thần trên bệnh nhân đái tháo đường cũng cần phải phù hợp và có khả năng áp dụng lâm sàng tùy vào điều kiện của cơ sở y tế.

IV. KẾT LUẬN

Từ các góc nhìn về kinh tế, sức khỏe cộng đồng và nhân đạo, việc tầm soát, phát hiện và điều trị các rối loạn tâm thần ở bệnh nhân đái tháo đường vẫn là một vấn đề sức khỏe quan trọng cần được lưu ý. Bệnh nhân đái tháo đường trẻ tuổi là các đối tượng đặc biệt dễ bị ảnh hưởng bởi các vấn đề sức khỏe tâm thần, do đó cần có các biện pháp chăm sóc phù hợp cho họ để tránh các kết cục xấu về cả thể chất lẫn tâm lý. Các số liệu về tần suất cao cũng như chi phí điều trị đắt đỏ của các bệnh nhân đái tháo đường mắc các rối loạn tâm thần, cùng với các bằng chứng rõ ràng về ảnh hưởng của các hành vi tâm lý lên hiệu quả của việc tự chăm sóc và điều trị đái tháo đường đã cho thấy sự cấp thiết của việc cần phải tích hợp nội dung tầm soát, chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần vào quy trình chăm sóc sức khỏe thường quy cho bệnh nhân đái tháo đường. Điều này sẽ cải thiện không chỉ kết cục về sức khỏe của bệnh nhân đái tháo đường mà còn cả gánh nặng kinh tế cho toàn xã hội.

TS. BS ĐỖ ĐỨC MINH

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care. 2021;44(Suppl 1):S4-S6. doi:10.2337/dc21-Srev.
2. Ducat L, Philipson LH, Anderson BJ. The Mental Health Comorbidities of Diabetes. JAMA. 2014;312(7):691-692. doi:10.1001/jama.2014.8040.
3. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Robinson DJ, Luthra M, Vallis M. Diabetes and mental health. Can J Diabetes. 2013;37 Suppl 1:S87-92. doi:10.1016/j.cjcd.2013.01.026

Nội dung bài báo được bảo trợ bởi Hội Người giáo dục Bệnh đái tháo đường Việt Nam.



rối loạn ăn uống đã được báo cáo chủ yếu ở các bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có triệu chứng trầm cảm. Hội chứng này đặc trưng bởi tình trạng ăn hơn 25% tổng số năng lượng cho một ngày sau bữa ăn tối, bệnh nhân thường thức dậy vào ban đêm và ăn trung bình khoảng 3 lần một tuần. Hội chứng ăn đêm có thể dẫn đến tăng cân, kiểm soát đường huyết kém và gia tăng các biến chứng của bệnh đái tháo đường.

thức cũng như các lo lắng khác liên quan đến tình trạng bệnh lý đái tháo đường. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn có rất ít các đơn vị y tế có các dịch vụ chăm sóc, tư vấn sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân đái tháo đường tại Việt Nam cũng



DINH DƯỠNG PHÙ HỢP CHO NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2:

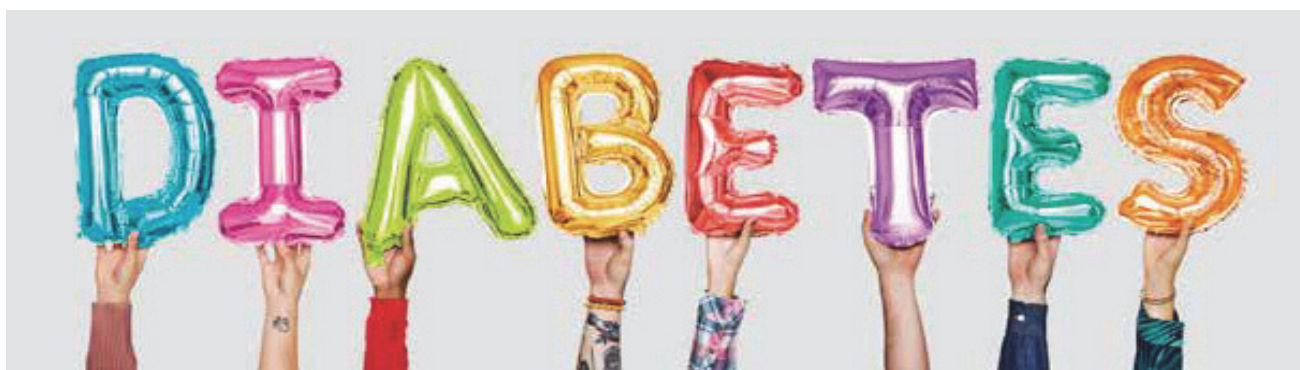
VAI TRÒ CỦA CARBOHYDRATE

Đái tháo đường được người Ai Cập và Ấn Độ cổ xưa mô tả lần đầu tiên cách đây khoảng 3000 năm với những biểu hiện lâm sàng tương tự như chúng ta đã biết ngày nay ^[1]. Thực ra chữ đái tháo đường ghép hai chữ: diabetes có nghĩa trong tiếng Hy Lạp là lấy chất lỏng từ bình chứa bằng ống bẻ cong, còn mellitus có nghĩa trong tiếng Latin là mật ong hay chất ngọt. Người Ấn Độ cổ xưa đã đề cập vai trò của chế độ ăn trong đái tháo đường típ 2 thông qua việc quan sát những người giàu mà ăn nhiều chất dầu, chất bột đường dễ mắc bệnh đái tháo đường ^[2]. Trong suốt Đại thế chiến lần thứ nhất và lần thứ hai, tỷ lệ tử vong đái

tháo đường giảm tại Đức và các quốc gia Châu Âu có thể liên quan tình trạng thiếu ăn. Ngược lại trong cùng thời điểm này, tử vong đái tháo đường không thay đổi ở nơi mà không có tình trạng thiếu ăn như Nhật và Bắc Mỹ ^[3]. Sau này theo thời gian, nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh đái tháo đường dần dần được hiểu rõ ràng hơn. Ngày nay, đái tháo đường được định nghĩa là một rối loạn chuyển hóa đặc trưng bởi hiện tượng tăng glucose máu do giảm tiết insulin hoặc giảm chức năng của insulin. Kiểm soát đường huyết kém có thể dẫn đến tổn thương nhiều cơ quan khác nhau như mắt, thận, não và hệ tim mạch ^[4]. Thực tế

bệnh sinh đái tháo đường rất phức tạp bao gồm các yếu tố không thay đổi được (tuổi, kiểu gen, chủng tộc) và các yếu tố thay đổi được (chế độ ăn uống, vận động thể lực và hút thuốc lá).

Như chúng ta đã biết, ba thành phần dinh dưỡng cơ bản trong chế độ ăn bao gồm chất carbohydrate, chất đạm và chất béo. Việc hạn chế bất kỳ một thành phần nào trong đó sẽ có thể làm tăng tỷ lệ năng lượng calo từ hai thành phần còn lại. Bài viết sau đây nhằm cung cấp các kiến thức về chế độ dinh dưỡng cho người bệnh đái tháo đường chủ yếu là chất carbohydrate.



I/ KHÁI QUÁT VỀ CARBOHYDRATE

1. Carbohydrate là gì?

Carbohydrate là một hợp chất của carbon, hydro và oxy, được tiêu hóa và chuyển hóa trực tiếp thành glucose hoặc oxid hóa thành pyruvate. Carbohydrate phân loại thành monosaccharide, disaccharide, oligosaccharide và polysaccharide (tinh bột) tùy vào mức độ polymer hóa. Tuy nhiên, điều quan trọng cần xem xét phân loại carbohydrate dựa trên đặc tính sinh lý (thường đo

dựa vào chiều dài chuỗi saccharides (đường đơn và đường phức). Ngày nay, carbohydrate là nguồn năng lượng chính chiếm 70-80% lượng calories mỗi ngày tại các nước có thu nhập thấp và trung bình. Tại Việt Nam, mức carbohydrate tiêu thụ hàng ngày tính trên mỗi người dân tăng từ 1540 (năm 1961) đến 1770 kcal (năm 2013) [5].

2. Nhu cầu carbohydrate ở người đái tháo đường so với người khỏe mạnh [6].

Carbohydrate là một nguồn

dựa trên nhu cầu glucose cho não bộ hoạt động nhưng nhu cầu năng lượng này có thể được đáp ứng thông qua một số quá trình chuyển hóa của cơ thể bao gồm sự ly giải glucose, sự tân sinh glucose (từ thành phần glycerol của acid béo hoặc acid amin từ chất đạm) và/hoặc sự tạo keton ở những người có chế độ ăn với rất ít carbohydrate.

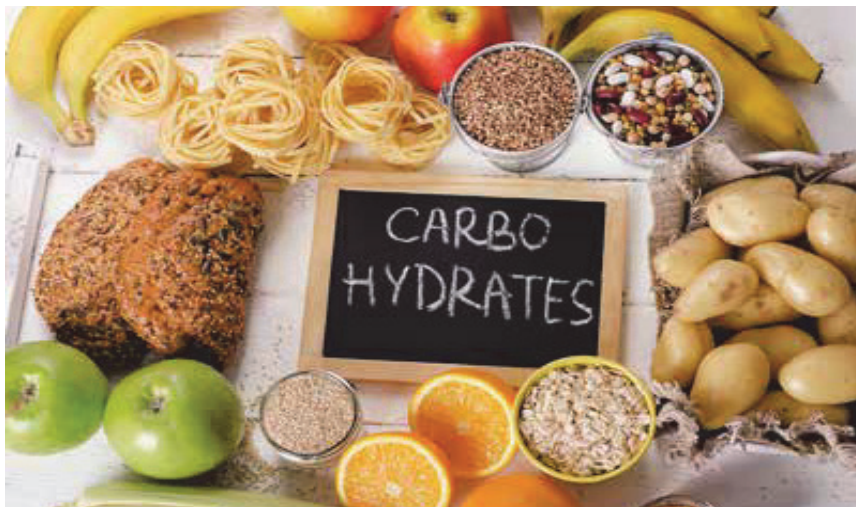
3. Mối liên quan chỉ số đường huyết (GI: glycemic index) và chỉ số tải đường huyết (GL: glycemic loading) với mức glucose huyết [6].

Ngày nay, chỉ số đường huyết và chỉ số tải đường huyết để xếp loại thức ăn chứa carbohydrate dựa vào tác động trên mức đường huyết được tiếp tục sử dụng ở người bệnh đái tháo đường và người bệnh có nguy cơ đái tháo đường. Chỉ số đường huyết cung cấp một chỉ tiêu khái quát tốt đánh giá mức đường huyết sau ăn bởi vì dự báo đáp ứng tăng đường huyết đỉnh (hoặc gần đỉnh), độ dao động đường huyết tối đa và những thuộc tính khác của đường cong của đáp ứng đường huyết này. Tuy nhiên, việc định nghĩa khác nhau về ngưỡng cắt của thức ăn có chỉ số đường huyết cao/thấp trong một số nghiên cứu có thể gây khó khăn trong việc áp dụng chỉ số đường huyết và chỉ số tải đường huyết trong thực tế lâm sàng.

II/ CARBOHYDRATE VÀ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Carbohydrate và tỷ lệ đái tháo đường mới mắc

Kết quả nghiên cứu đoàn hệ tại Mỹ trong 24 năm cho thấy những phụ nữ có chế độ ăn carbohydrate với tỷ lệ chất xơ tinh bột-ngũ cốc cao có nguy cơ mắc đái tháo đường cao (RR=1,23), trong khi đó nguy cơ giảm đi khi ăn chất xơ toàn bộ (RR=0,80); chất xơ từ ngũ cốc (RR=0,71) và chất xơ từ trái cây (0,79) [7]. Thức ăn với lượng carbohydrate tinh luyện và nước ngọt giải khát thường có tỷ lệ carbohydrate-xơ cao.



Các biến chứng mạn tính của đái tháo đường bao gồm biến chứng mạch máu nhỏ (võng mạc, thận và bệnh thần kinh) và biến chứng mạch máu lớn (bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch máu não và bệnh động mạch ngoại biên). Đường huyết sau ăn, chế độ ăn có mức chỉ số đường huyết cao và chỉ số tải đường huyết cao có thể góp phần xuất hiện các biến chứng này.

Kết quả một nghiên cứu cho thấy tình trạng cải thiện mức lọc cầu thận và các chỉ dấu bệnh thận ở những người thừa cân/béo phì không kèm bệnh đái tháo đường hay bệnh thận có chế độ ăn với chỉ số đường huyết thấp ($GI \leq 45$), thành phần carbohydrate thấp (40% tổng mức calories) đồng thời tăng mức calories từ chất đạm và chất béo [15]. bằng chỉ số đường huyết – GI Glycemic index) hơn là tính chất hóa học

năng lượng sẵn sàng cho cơ thể sử dụng và có tác động chủ yếu lên mức đường huyết sau ăn. Thức ăn với tỷ lệ khác nhau trong thành phần từ chất đường, tinh bột và chất xơ cũng có mức tác động tăng đường huyết khác nhau. Một số trường hợp thức ăn làm đường huyết tăng chậm và xuống chậm; đôi khi làm tăng nhanh và xuống nhanh. Chất lượng carbohydrate trong thức ăn lý tưởng bao gồm giàu chất xơ, vitamin, khoáng chất đồng thời giảm thêm vào đường, muối và chất béo nên được xem xét trong kế hoạch ăn uống được cá thể hóa tất cả các thành phần dinh dưỡng tối ưu. Tuy nhiên lượng carbohydrate ăn vào bao nhiêu là tối ưu cho sức khỏe thì không biết. Mặc dù lượng carbohydrate cho người lớn không đái tháo đường từ 19 tuổi trở lên được khuyến nghị là khoảng 130g/ngày một phần

Chính vì thế, hiệp hội Đái tháo đường Mỹ khuyến cáo tỷ lệ carbohydrate-xơ không quá 10:1 trong chế độ ăn [8].

Tại Nhật Bản, những nam giới béo phì tiêu thụ lượng carbohydrate cao có tỷ lệ đái tháo đường mới mắc nhiều hơn nam giới không béo phì. Do đó, cần giới hạn lượng carbohydrate mỗi ngày từ 50-65% để ngăn ngừa đái tháo đường [9].

2. Carbohydrate và kiểm soát đái tháo đường

Đường huyết sau ăn là một trong những mục tiêu quan trọng cần kiểm soát ở người đái tháo đường. Cả số lượng và loại carbohydrate có thể tác động lên sự tiết insulin và mức đường huyết sau ăn [10]. Nhìn chung, chế độ ăn với mức calo cao từ thành phần carbohydrate có thể liên hệ mức HbA1c cao [11]. Tuy nhiên, chế độ ăn với lượng carbohydrate thấp (dưới 45% mức tổng calories) có vẻ kiểm soát đường huyết tốt hơn so với chế độ ăn với lượng carbohydrate cao nhưng về lâu dài cũng không khác biệt có lẽ do khó có thể duy trì chế độ ăn carbohydrate thấp ở người đái tháo đường trong thời gian dài [12].

3. Carbohydrate và sự thoái lui bệnh đái tháo đường

Tỷ lệ chuyển từ rối loạn dung nạp glucose thành đái tháo đường thực sự khoảng 7-10% mỗi năm trong nghiên cứu DPP

(Diabetes Prevention Program). Hiệu quả này chủ yếu thông qua cải thiện tình trạng béo phì. Như chúng ta đã biết, béo phì làm gia tăng nguy cơ vấn đề sức khỏe nghiêm trọng, tuy nhiên các can thiệp giảm cân bằng chế độ ăn và vận động có thể giảm nguy cơ đái tháo đường lên đến 58% [13]. Ngoài ra, chế độ ăn giàu đạm có thể làm thoái lui tình trạng tiền đái tháo đường so với chế độ ăn giàu carbohydrate ở người béo phì. Chế độ ăn giàu đạm có thể làm tăng độ nhạy insulin; giảm các yếu tố sinh đái tháo đường, ít gây viêm và stress oxy hóa khi ăn nhiều carbohydrate [14].

4. Carbohydrate và biến chứng đái tháo đường

Các biến chứng mạn tính của đái tháo đường bao gồm biến chứng mạch máu nhỏ (võng mạc, thận và bệnh thần kinh) và biến chứng mạch máu lớn (bệnh tim thiếu máu cục bộ, bệnh mạch máu não và bệnh động mạch ngoại biên). Đường huyết sau ăn cao, chế độ ăn có mức chỉ số đường huyết cao và chỉ số tải đường huyết cao có thể góp phần xuất hiện các biến chứng này. Kết quả một nghiên cứu cho thấy tình trạng cải thiện mức lọc cầu thận và các chỉ dấu bệnh thận ở những người thừa cân/béo phì không kèm bệnh đái tháo đường hay bệnh thận có chế độ ăn với chỉ số đường huyết thấp ($GI \leq 45$), thành phần carbohydrate thấp

(40% tổng mức calo) đồng thời tăng mức calo từ chất đạm và chất béo [15].

Ngoài ra, ở người đái tháo đường típ 2, chế độ ăn rau đậu với chỉ số đường huyết thấp có hiệu quả giảm HbA1c, giảm mức huyết áp tâm thu và tăng HDL-cholesterol so với chế độ ăn giàu chất xơ không hòa tan từ bột mì. Vì thế, chế độ ăn có rau đậu từ ngũ cốc nguyên hạt không những cải thiện lượng chất đạm và chất xơ ăn vào mà còn cải thiện đặc tính tăng mức đường huyết của thức ăn và vì thế góp phần giảm nguy cơ bệnh tim mạch ở người đái tháo đường típ 2 [16].

Tóm lại, việc tiêu thụ quá mức lượng carbohydrate trong chế độ ăn có thể liên quan đến tác động bất lợi ở người đái tháo đường. Tuy nhiên, ngoài số lượng carbohydrate, chất lượng carbohydrate trong thức ăn cũng đóng vai trò quan trọng không kém. Do đó, “carbohydrate tốt” là ngũ cốc nguyên hạt, rau xanh, rau đậu, trái cây nguyên xác, các loại hạt nên đưa vào chế độ ăn. Ngược lại, “carbohydrate” xấu là chất đường tinh chế như bánh mì trắng, thức uống có đường ngọt, nước ép trái cây, các loại bánh cookie nên cân nhắc hạn chế. Cân bằng và điều chỉnh cái mà chúng ta ăn là vấn đề then chốt để có một chế độ ăn lành mạnh và có thể duy trì trong thời gian dài [17].

BS. VÕ TUẤN KHOA

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Frank LL. Diabetes mellitus in the texts of old Hindu medicine (Charaka, Susruta, Vagbhata). Am J Gastroenterol 1957;27:76-95.
2. Seidell JC. Dietary fat and obesity: An epidemiologic perspective. Am J Clin Nutr 1998;67 3 Suppl:546S-50.
3. Lumey LH, Van Poppel FW. The Dutch famine of 1944-45: Mortality and morbidity in past and present generations. Soc Hist Med 1994;7:229-46.
4. Alberti K, Davidson MB, DeFronzo RA, Drash A, Genuth S, Harris MI, et al. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 1998;21:S5.
5. <https://ourworldindata.org/diet-compositions> (truy cập ngày 14/10/2021).
6. Evert AB, Dennison M, Gardner CD, et al. Nutrition Therapy for Adults With Diabetes or Prediabetes: A Consensus Report. Diabetes Care. 2019;42(5):731-754. doi:10.2337/dci19-0014.
7. Al Essa HB, Bhupathiraju SN, Malik VS, Wedick NM, Campos H, Rosner B, et al. Carbohydrate quality and quantity and risk of type 2 diabetes in US women. Am J Clin Nutr 2015; 102 : 1543-53.
8. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: The American Heart Association's strategic impact goal through 2020 and beyond. Circulation 2010; 121 : 586-613.
9. Sakurai M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Nagasawa SY, et al. Dietary carbohydrate intake, presence of obesity and the incident risk of type 2 diabetes in Japanese men. J Diabetes Invest 2016; 7 : 343-51.
10. Barclay AW, Petocz P, McMillan-Price J, Flood VM, Prvan T, Mitchell P, et al. Glycemic index, glycemic load, and chronic disease risk - A meta-analysis of observational studies. Am J Clin Nutr 2008; 87 : 627-37.
11. Shadman Z, Khoshniat M, Poorsoltan N, Akhoundan M, Omidvar M, Larjani B, et al. Association of high carbohydrate versus high fat diet with glycated hemoglobin in high calorie consuming type 2 diabetics. J Diabetes Metab Disord 2013; 12 : 27.
12. Snorgaard O, Poulsen GM, Andersen HK, Astrup A. Systematic review and meta-analysis of dietary carbohydrate restriction in patients with type 2 diabetes. BMJ Open Diabetes Res Care 2017; 5 : e000354.
13. Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. Diabetes Care 2002; 25 : 2165-71.
14. Stentz FB, Brewer A, Wan J, Garber C, Daniels B, Sands C, et al. Remission of pre-diabetes to normal glucose tolerance in obese adults with high protein versus high carbohydrate diet: Randomized control trial. BMJ Open Diabetes Res Care 2016; 4 : e000258.
15. Juraschek SP, Chang AR, Appel LJ, Anderson CA, Crews DC, Thomas L, et al. Effect of glycemic index and carbohydrate intake on kidney function in healthy adults. BMC Nephrol 2016; 17 : 70.
16. Jenkins DJ, Kendall CW, Augustin LS, Mitchell S, Sahye-Pudaruth S, Blanco Mejia S, et al. Effect of legumes as part of a low glycemic index diet on glycemic control and cardiovascular risk factors in type 2 diabetes mellitus: A randomized controlled trial. Arch Intern Med 2012; 172 : 1653-60.
17. Mohan V, Unnikrishnan R, Shobana S, Malavika M, Anjana RM, Sudha V. Are excess carbohydrates the main link to diabetes & its complications in Asians? Indian J Med Res. 2018;148(5):531-538. doi:10.4103/ijmr.IJMR_1698_18.

Nội dung bài báo được bảo trợ bởi Hội Người giáo dục Bệnh đái tháo đường Việt Nam.

ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở PHỤ NỮ MANG THAI





Đái tháo đường thai kỳ nếu không được phát hiện và kiểm soát tốt có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của mẹ bầu và thai nhi.

1. MỤC TIÊU KIỂM SOÁT GLUCOSE (ADA 2017)

Đối với đái tháo đường thai kỳ:

- + Glucose máu mao mạch lúc đói của mẹ $\leq 5,3$ mmol/L
 - + Glucose máu mao mạch 1 giờ sau ăn $\leq 7,8$ mmol/L.
 - + Glucose máu mao mạch 2 giờ sau ăn $\leq 6,7$ mmol/L.
- Đối với người bệnh đái tháo đường mang thai.
- + Glucose máu mao mạch lúc đói $\leq 5,3$ mmol/L.
 - + Glucose máu mao mạch 1 giờ sau ăn $\leq 7,8$ mmol/L.
 - + Glucose máu mao mạch 2 giờ sau ăn $\leq 6,7$ mmol/L.
 - + HbA1C $< 6 - 6,5\%$ và không có hạ đường máu quá mức.

2. ĐIỀU TRỊ BẰNG DINH DƯỠNG

Mục tiêu:

- + Đạt được mức glucose bình thường
- + Tránh tăng keton máu
- + Tăng cân hợp lý
- + Thai khỏe mạnh

Điều trị dinh dưỡng cần cá thể hóa. Khuyến cáo gợi ý với phụ nữ bị đái tháo đường thai kỳ có cân nặng lý tưởng cần 30 kcal/kg/ngày; phụ nữ quá cân cần 22-25 kcal/kg/ngày; phụ nữ béo phì giảm 30% nhu cầu năng lượng hoặc hạn chế ở mức < 22 kcal/kg/ngày; phụ nữ thiếu cân cần 40 kcal/kg/ngày. Lượng carbohydrat nên phân bổ thành nhiều bữa để tránh tăng glucose máu sau ăn, tỷ lệ carbohydrat chiếm khoảng 40% nguồn cung cấp năng lượng nhưng đảm bảo không làm tăng keton máu. Ăn uống hợp lý các loại carbohydrat như bánh mì, cơm, khoai tây, trái cây ngọt, nước ép trái cây,... có chỉ số đường cao. Có thể sử dụng các loại thực phẩm có chỉ số đường thấp.

Protein chiếm khoảng 20% nguồn cung cấp năng lượng, lipid chiếm 40% nguồn cung cấp năng lượng, trong đó mỡ bão hòa chiếm dưới 7%. Cần cung cấp đủ các vitamin, khoáng chất cần thiết cho bà mẹ. Theo dõi cân nặng bệnh nhân thường xuyên.

3. LUYỆN TẬP

Nên khuyến cáo phụ nữ có thai luyện tập nếu không có chống chỉ định về sản khoa. Phụ nữ mang thai nên duy trì mức vận động cường độ nhẹ đến trung bình với khoảng thời gian 20 - 30 phút/lần, 3 lần/tuần.


4. ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC


Chỉ định sử dụng insulin:


- + Mức glucose thường xuyên cao hơn mục tiêu điều trị
 - + Thai to
- Loại insulin sử dụng và liều lượng insulin đúng theo chỉ định của bác sĩ.

Hướng Dẫn Sử Dụng Bút Tiêm Insulin


1 Làm ấm và đồng nhất thuốc


 Tháo nắp bút tiêm


 Lăn tròn bút tiêm 10 lần

 Di chuyển bút tiêm lên xuống 10 lần cho đến khi dung dịch đồng nhất


2 Gắn kim


 Vặn kim thẳng và chặt vào bút tiêm


 Tháo nắp lớn bên ngoài kim

 Tháo nắp nhỏ bên trong


3 Đuổi bọt khí


 Xoay nút chọn liều tiêm để chọn 2 đơn vị

 Hướng kim lên trên, gõ nhẹ vào đầu bút tiêm vài lần


 Ấn nút bấm liều tiêm hoàn toàn


4 Định liều tiêm


 Xoay nút chọn liều tiêm để chọn số đơn vị bạn cần tiêm theo y lệnh của bác sĩ

Ví dụ: 24 đơn vị 

5 Tiêm thuốc

 Ấn nút bấm liều tiêm xuống hoàn toàn đến khi số không nằm ngang với vạch chỉ liều tiêm

 Giữ nguyên kim ít nhất 6 giây

 Đưa kim vào trong nắp lớn vặn tháo kim ra, đẩy nắp bút tiêm và bảo quản nơi mát

LƯU Ý KHI DÙNG INSULIN Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Insulin là thuốc tiêm điều trị đái tháo đường. Hiện nay có rất nhiều loại insulin với cách sử dụng khác nhau. Nếu người bệnh không nắm rõ dẫn tới sử dụng sai, dễ gây ra tai biến hoặc không kiểm soát được đường huyết

INSULIN LÀ GÌ?

Insulin là một hormon có tác dụng làm giảm đường huyết do tế bào beta của tuyến tụy tiết ra. Insulin được tiết ra liên tục suốt 24 giờ trong ngày và phụ thuộc vào mức đường huyết của cơ thể: Đường huyết tăng sẽ kích

thích tụy sản xuất và bài tiết insulin. Các nghiên cứu đều cho thấy tăng tiết insulin nhiều sau các bữa ăn. Khi bệnh nhân mắc đái tháo đường (ĐTĐ) phụ thuộc insulin, nghĩa là phải tiêm insulin bổ sung mỗi ngày, thì điều quan trọng là bệnh nhân cần biết tính một đơn vị insulin để điều chỉnh lượng bột đường trong bữa ăn. Chúng ta đều nhìn thấy trên vỏ lọ thuốc insulin thường có ký hiệu số lượng/nồng độ insulin là IU (international unite). Đây là đơn vị quốc tế chuẩn hóa, theo đó, 1 IU insulin thường làm giảm được 10-15g đường ăn vào. Nếu muốn ăn thêm

chất bột đường cần phải tính lượng ăn thêm đó để tăng số đơn vị insulin tác dụng nhanh tương ứng.

CÁC LOẠI INSULIN THƯỜNG GẶP

Dựa vào nguồn gốc insulin được chia làm 3 loại:

- Insulin có nguồn gốc động vật (insulin lợn, insulin bò) được chiết xuất từ tụy, lợn, bò. Nhược điểm của loại insulin này là hay gây dị ứng. Hiệu quả hạ đường huyết không bằng insulin người nên đã không được sản xuất và ngừng sử dụng ở nhiều nước trên thế giới.

- Insulin “người” được sản xuất bằng công nghệ sinh học cao cấp như insulin actrapid, insulatard, insunova R... Ưu điểm của loại insulin này là ít gây dị ứng, hiệu quả hạ đường huyết tốt, thường dùng trước khi ăn, nhưng có nhược điểm giá thành đắt.

- Các đồng phân insulin (insulin analog) như: Glargin (lantus), lispro, aspart. Ưu điểm là ít gây dị ứng, hiệu quả hạ đường huyết tốt, phù hợp với sinh lý, có thể dùng trước bữa ăn hoặc làm insulin nền. Nhưng cũng như insulin “người”, nó có giá thành khá đắt.

KỸ THUẬT TIÊM INSULIN

Dựa vào thời gian tác dụng insulin được chia thành:

- Insulin tác dụng rất nhanh là đồng phân insulin (lispro, aspart...) tác dụng sau tiêm dưới da 5 -10 phút, đỉnh tác dụng 1 giờ và hết tác dụng sau 3-4 giờ, thường được sử dụng trước các bữa ăn.

- Insulin tác dụng nhanh (actrapid, scilin R, insunova R) có màu trong, dùng để tiêm dưới da, hoặc truyền tĩnh mạch. Nếu được tiêm dưới da, insulin này bắt đầu có tác dụng sau 30 phút, đỉnh tác dụng sau 2 giờ và kéo dài 4-6 giờ.

Insulin tác dụng nhanh có ưu điểm thời gian tác dụng ngắn và mạnh để làm giảm đường huyết sau ăn. Nhược điểm là thời gian tác dụng ngắn nên phải tiêm nhiều mũi trong ngày.

- Insulin bán chậm (NPH, Lente) ở dạng nhũ dịch, chỉ tiêm dưới da. Sau tiêm 1 giờ insulin bắt đầu có tác dụng, đạt đỉnh tác dụng sau 8 - 10 giờ và tác dụng kéo dài 12 - 20 giờ.

- Insulin pha trộn sẵn (mixtard, scilin M 30/70) là loại insulin trộn lẫn giữa 2 loại insulin tác dụng nhanh và insulin tác dụng trung gian theo một tỷ lệ nhất định. Loại trộn sẵn có ưu điểm cùng lúc có 2 tác dụng ngay làm giảm đường huyết sau ăn do insulin tác dụng nhanh và tác dụng kéo dài do insulin tác dụng trung gian đảm nhận.

- Insulin tác dụng kéo dài như: Insulin glargin (lantus) là loại đồng phân insulin có tác dụng kéo dài 24 giờ, hấp thu ổn định, gần như không có đỉnh tác dụng, do đó được sử dụng làm insulin nền tốt hơn, ít gây hạ đường huyết.

CÁC DẠNG THUỐC VÀ DỤNG CỤ TIÊM

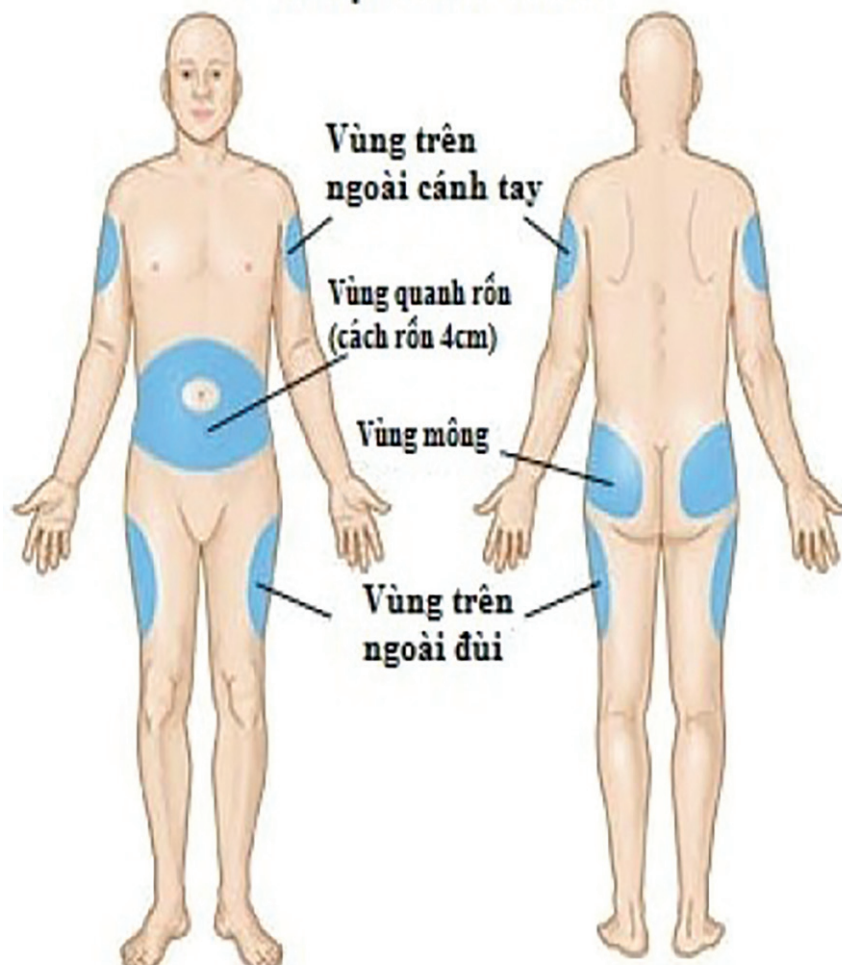
Một người bệnh có thể phải dùng nhiều loại insulin trong một ngày, nên cần biết rõ mình đang tiêm loại insulin nào, loại xi-lanh nào để tránh tiêm nhầm.

Dạng lọ insulin dùng bơm tiêm insulin (xi-lanh): Nồng độ insulin dựa

hoặc dùng loại 1ml có 40 vạch trên thân bơm tiêm (1 vạch tương đương với một đơn vị insulin). Bơm tiêm 40 đơn vị thường có nắp đỏ.

Dạng bút tiêm insulin: 1ml có 100 đơn vị insulin đóng trong ống 3 ml (300 đơn vị insulin/ống). Vì vậy nên hỏi ý kiến bác sĩ khi dùng để không tiêm sai liều thuốc chỉ định.

Sơ đồ vị trí chích Insulin



theo số đơn vị trong 1 ml. Loại 1ml có 40 đơn vị insulin đựng trong 1 lọ 10ml (400 đơn vị insulin/lọ). Loại 1ml có 100 đơn vị insulin đựng trong 1 lọ 10ml (1000 đơn vị insulin/lọ).

Nếu dùng loại insulin có 100 đơn vị/ml thì sử dụng loại bơm tiêm insulin 0.3ml (có 30 vạch trên bơm tiêm); 0.5ml (có 50 vạch trên bơm tiêm). Ở các bơm tiêm này, 1 vạch trên bơm tiêm tương ứng với 1 đơn vị insulin.

Nếu dùng loại insulin có 40 đơn vị/ml thì sử dụng loại bơm tiêm 1ml có 80 vạch trên thân bơm tiêm (2 vạch tương đương với 1 đơn vị insulin)

VỊ TRÍ TIÊM INSULIN

Tất cả tổ chức dưới da trên cơ thể đều có thể dùng để tiêm, tuy nhiên trên thực tế thường dùng vùng đùi, cánh tay, bụng, hông, lưng. Chọn một vùng tiêm cho vài ngày vào những giờ tiêm nhất định, sau khi hết điểm tiêm mới chuyển sang vùng khác. Mỗi mũi tiêm cách nhau 2 – 4cm.

TS.BS ĐỖ ĐÌNH TÙNG



NHỮNG LOẠI THỰC PHẨM NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CẦN ĂN UỐNG HỢP LÝ



Đối với người bệnh tiểu đường (đái tháo đường) dinh dưỡng có vai trò quan trọng trong kiểm soát đường huyết. Những loại thực phẩm sau người bệnh cần ăn uống hợp lý sẽ giúp cho việc điều trị bệnh có hiệu quả hơn...

Chất béo chuyển hóa không tốt cho người bệnh tiểu đường

Chất béo trans được coi là loại chất béo có hại nhất. Chất béo độc hại này thường có trong các loại thực phẩm chế biến sẵn như bánh ngọt, khoai tây chiên, gà rán, thịt rán... Chúng làm tăng cholesterol xấu, làm tăng nguy cơ mắc bệnh tim. Chất béo chuyển hóa cũng có liên quan đến nguy cơ cao mắc bệnh tiểu đường

Đồ uống có đường

Nước ngọt, nước hoa quả và nước tăng lực chứa nhiều đường hoặc xi-rô ngô có hàm lượng fructose cao.

Vượt quá định mức mỗi ngày có liên quan đến chứng viêm trong cơ thể, nguy cơ phát triển các bệnh tiểu đường, bệnh tim và ung thư.

Khoai tây chiên

Mặc dù muối không ảnh hưởng đến lượng đường trong máu, nhưng điều quan trọng đối với người bệnh tiểu đường là hạn chế ăn thực phẩm có nhiều natri, đặc biệt là khoai tây chiên và thịt chế biến (xúc xích, thịt hun khói). Thường xuyên ăn những thực phẩm này làm tăng huyết áp và làm trầm trọng thêm các triệu chứng tiểu đường.

Rượu

Uống quá nhiều rượu có thể gây ra kháng insulin. Ngoài ra, rượu có thể làm trầm trọng thêm tổn thương thần kinh liên quan đến bệnh tiểu đường.

Ngũ cốc tinh chế

Bột mì trắng và gạo trắng là hai loại



ngũ cốc tinh chế được dùng phổ biến nhất hiện nay. Đối với lúa mì và lúa gạo thì phần dinh dưỡng chứa nhiều enzyme, acid amin, vitamin, chất xơ nhất lại nằm ở lớp vỏ cám bên ngoài và mầm của nó. Thế nhưng ngũ cốc tinh chế lại được chà sát hết lớp vỏ nâu ấy để tăng vị ngon và tăng thời gian sử dụng. Khi vào cơ thể các loại ngũ cốc tinh chế này lập tức biến thành đường khi chúng vào ruột. Đặc biệt khi dùng các món ăn được chế biến từ bột mì và gạo trắng làm cơ thể chúng ta bị thiếu hụt Vitamin nhóm B (đó là những loại vitamin cần thiết cho việc tiêu hóa và chuyển hóa các chất đường bột), chúng ta phải huy động nguồn vitamin B lấy ra từ các bộ phận khác trong cơ thể và dẫn đến hàng loạt rối loạn như: Kích thích thần kinh, rối loạn tiêu hóa, mệt mỏi, thiếu máu, giảm thị lực, rối loạn nhịp tim, tăng đường huyết...

PGS.TS TRẦN ĐÌNH TOÁN



NHỮNG THÓI QUEN XẤU MÀ NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG HAY MẮC PHẢI



Để đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất ngoài việc tuân thủ chế độ uống thuốc thì người bệnh đái tháo đường cần có một ăn uống, luyện tập phù hợp, và phải thực hiện chúng một cách nghiêm túc. Nhưng rất nhiều bệnh nhân đái tháo đường lại có những thói quen xấu làm ảnh hưởng đến rất xấu đến bệnh tình của mình.

THÓI QUEN ÍT HOẶC KHÔNG TẬP THỂ DỤC

Nhiều nghiên cứu cho thấy việc ít hoặc không tập thể dục làm gia tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch

– chuyên hóa như béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, ...; nguy cơ mắc các bệnh lý ác tính: ung thư đại tràng, ung thư vú, ung thư tiền liệt tuyến...; nguy cơ mắc các bệnh lý tâm thần kinh: trầm cảm, sa sút trí tuệ, rối loạn lo âu, mất ngủ...; nguy cơ mắc các bệnh lý cơ xương khớp: thoái hóa khớp, loãng xương, gout (thống phong), ...

Việc vận động thể dục đúng theo Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ là vận động ít nhất 30 phút mỗi ngày và 5 ngày trong tuần. Với những bệnh nhân lớn tuổi hoặc có sẵn nhiều bệnh

lý làm hạn chế việc tập thể dục.

Nếu chúng ta thường xuyên tập thể dục đều đặn sẽ có những lợi ích sau đây:

Giảm nguy cơ mắc các bệnh lý (đã nêu trên) do việc ít hoặc không vận động gây ra.

Cuộc sống ít bệnh tật giúp chúng ta có cơ hội sống lâu hơn và vì vậy, chúng ta sẽ có thêm nhiều thời gian vui sống bên gia đình và cống hiến cho xã hội. Thật vậy, đối với gia đình, chúng ta có cơ hội nhìn thấy con cháu mình trưởng thành, có thời gian chăm sóc cha mẹ và hạnh phúc bên vợ chồng nhiều hơn. Đối với xã



hội, chúng ta có cơ hội phát triển sự nghiệp, củng cố vị trí trong xã hội hoặc tối thiểu công việc cũng hỗ trợ chúng ta thêm phần kinh phí để đem lại một cuộc sống ổn định hơn.

THÓI QUEN ĂN UỐNG NHIỀU CHẤT ĐƯỜNG VÀ BÉO

Ăn uống không đúng cách là tiêu thụ những thức ăn quá nhiều chất đường, chất béo. Cùng việc thiếu hụt hẳn thành phần đạm, khoáng chất, yếu tố vi lượng.

Những ví dụ về thực phẩm giàu chất đường, chất béo tại Việt Nam: chè, trà sữa, nước ngọt, kem; thức ăn nhanh chiên xào như khoai tây chiên, gà chiên, bánh tiêu, bột chiên, cá viên chiên, ...

Khi tiêu thụ quá nhiều thực phẩm giàu chất đường, béo, chúng ta sẽ dễ bị béo phì. Từ đó gia tăng mắc các bệnh lý tim mạch; chuyển hóa như đái tháo đường, nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, ... Bệnh lý cơ xương khớp như viêm đa khớp và bệnh lý ác tính như ung thư nội mạc tử cung, ung thư vú, ung thư đại tràng.

Vì vậy, chúng ta hãy tránh xa thức

ăn nhiều chất đường béo và có thể thực hiện như sau:

Mỗi khi thèm ăn thức ăn giàu đường/béo, hãy thay thế bằng rau luộc, canh, các loại hạt. Khi thèm uống đồ ngọt hãy thay thế bằng nước lọc.

Hạn chế đến những nơi có bán nhiều thức ăn nhanh. Khi biết trước phải đến những nơi bán thức ăn nhanh, hãy ăn uống lành mạnh trước ở nhà để tạo cảm giác no bụng.

Tham gia nhóm những người thừa cân, béo phì để cùng nhau chia sẻ kinh nghiệm giảm cân.

Lập danh sách những tác hại của béo phì mang lại và cài đặt vào màn hình điện thoại tự nhắc nhở mỗi ngày.

Hãy lựa chọn một hình tượng cá thể cùng giới và có các chỉ số cơ thể lý tưởng mà bạn ngưỡng mộ để tạo động lực mỗi ngày.

THÓI QUEN UỐNG RƯỢU BIA

Nếu như thói quen ít vận động là “kẻ giết người thầm lặng” thì thói quen uống rượu bia được ví von như đưa chất độc vào cơ thể một cách chậm rãi theo thời gian. Lúc đầu, rượu bia

có thể mang lại cảm giác hưng phấn tạm thời; nhưng về lâu dài sẽ đem lại nhiều tác hại nguy hiểm.

Rượu bia gây ra bệnh lý tiêu hóa như viêm gan, suy gan, xơ gan, ung thư gan, viêm tụy cấp, viêm tụy mạn; gia tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch – chuyển hóa như gout, đái tháo đường, nhồi máu cơ tim. Bệnh lý thần kinh như rối loạn tâm thần và hành vi; bệnh thần kinh ngoại biên do rượu, bệnh cơ do rượu, hội chứng cai rượu. Về sinh sản gia tăng nguy cơ vô sinh, sảy thai, dị tật thai nhi,...

Việc tiêu thụ nhiều rượu bia còn gây mất kiểm soát lý trí. Dẫn đến nhiều hậu quả thương tâm như tai nạn giao thông, bạo hành gia đình, án mạng giết người,...

Chúng ta nên ngừng ngay việc tiêu thụ quá nhiều rượu bia mỗi ngày; để bản thân khỏe mạnh, gia đình hạnh phúc. Cũng như góp phần cho một xã hội trật tự, công bằng và an ninh. Để có thể cai rượu bia, chúng ta cần: Lập danh sách những tác hại của rượu bia và hiển thị chúng trên màn hình điện thoại nhằm tự nhắc nhở.

Tham gia thảo luận cùng những nhóm nhỏ để chia sẻ kinh nghiệm

cai rượu.

Về nhà với gia đình ngày sau giờ làm, không tụ tập bạn bè nhậu nhẹt. Đối với trường hợp cần phải uống rượu bia để tiếp khách và không thể từ chối thì:

+ Không quá 2 ly mỗi ngày cho đàn ông dưới 40 tuổi.

+ Không quá 1 ly mỗi ngày cho đàn ông từ 40 tuổi trở lên.

+ Không quá 1 ly mỗi ngày cho phụ nữ.

Yêu cầu sự hỗ trợ từ phía gia đình, bạn bè như nhờ người nhà vớt bỏ hết rượu bia tích trữ, người nhà quản lý chặt chẽ khi ta lên cơn nghiện rượu bia, yêu cầu bạn bè không được rủ rê đi nhậu.

Bỏ ống heo tiền đi nhậu và hãy tự nhủ phần tiền này sẽ hỗ trợ cho gia đình trang trải cuộc sống hàng ngày.

THÓI QUEN HÚT THUỐC LÁ

Có hơn 5000 thành phần hóa học được tìm thấy trong khói thuốc lá. Với hàng trăm thành phần trong số đó gây hại đến sức khỏe con người (xem hình bên dưới).

Trong đó, thành phần nguy hiểm nhất là nicotine. Nicotine tồn tại trong cơ thể từ sáu đến tám giờ tùy theo tần suất hút thuốc lá. Những tác hại của nicotine gây ra bao gồm nhiều bệnh lý như: bệnh lý tim mạch – chuyển hóa như xơ vữa động mạch, nhồi máu cơ tim; tai biến mạch máu não, đái tháo đường, bệnh động mạch ngoại biên,... Bệnh lý hô hấp như hen phế quản, viêm phế quản mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính,.. Bệnh lý ác tính như ung thư phổi, ung thư bàng quang, ung thư máu, ung thư cổ tử cung, ung thư thanh quản, ung thư gan, ung thư dạ dày, ...

Hút thuốc lá không chỉ gây nguy hiểm cho bản thân người hút; mà cả người thân trong gia đình khi hít phải khói thuốc cũng dẫn đến nhiều tác hại nghiêm trọng. Phụ nữ có thai sẽ bị vô sinh, sảy thai, dị tật thai nhi, sinh non, trẻ sinh nhẹ cân. Trẻ em sẽ bị viêm tai, viêm phế quản, viêm phổi, sâu răng, hen phế quản cấp. Do đó, ngừng hút thuốc lá chính là bảo vệ cho tương lai của bản thân và gia đình chúng ta.

Để cai được thuốc lá chúng ta có thể tiến hành những cách như sau:

Cắt giảm số lượng thuốc lá hút mỗi ngày cho đến ngừng hút.

Mỗi lần chỉ hút nửa điếu thuốc.

Thay thế thói quen hút thuốc lá bằng thói quen mới như tập thể dục.

Viết xuống 5 lý do khiến chúng ta muốn bỏ thuốc lá và dán trên tường hoặc hiển thị trên màn hình điện thoại để tự nhắc nhở mỗi ngày.

Mang theo cần tây, kẹo cao su không đường, kẹo cứng, ống hút hay tăm xỉa răng để khi cần có thể ngậm trong miệng.

Bỏ số tiền để dành do không mua thuốc lá vào ống heo tiết kiệm.

Hạn chế đến những nơi có nhiều khói thuốc lá như vũ trường, quán nhậu, ...

Như vậy, chúng ta có thể thấy thói quen xấu quả thực có rất nhiều tác hại không chỉ cho bản thân người bệnh đái tháo đường (tiểu đường) nói riêng mà còn cho gia đình và xã hội nói chung. Những thói quen này đều có thể từng bước từ bỏ được; quan trọng là chúng ta có sẵn sàng hành động và kiên trì thực hiện đến cùng hay không?.



QUÁ TRÌNH TIẾN TRIỂN BỆNH LÝ THẬN CỦA NGƯỜI "ĐÁI THÁO ĐƯỜNG"



Bệnh thận do đái tháo đường là nguyên nhân thường gặp nhất gây suy thận giai đoạn cuối. Cứ 3 người bị suy thận ở giai đoạn cuối thì có một người phải lọc máu.

Về tiến triển chung bệnh thận đái tháo đường tiến triển qua các giai đoạn sau:

Giai đoạn tăng lọc của cầu thận: Có nhiều bằng chứng cho thấy tăng tỷ lệ lọc cầu thận và tăng dòng máu đến thận ở giai đoạn sớm dù chưa làm thay đổi chức năng cũng có thể đã bắt đầu quá trình phá hủy thận, bởi chúng đã làm tăng áp lực lọc ở cầu thận.

Giai đoạn này thường kết hợp với

tăng kích thước cầu thận, tăng thể tích thận, tăng tỷ lệ lọc cầu thận. Giai đoạn tổn thương này sẽ có khả năng phục hồi nếu kiểm soát tốt glucose máu.

Giai đoạn microalbumin niệu dương tính: Thường kèm theo tăng huyết áp nhẹ ($\geq 140/90$ mmHg), lúc này có thể đã có phì đại tim trái. Tổn thương giai đoạn này có thể làm chậm lại nhờ điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển.

Giai đoạn tổn thương thận: Tổn thương thận từ giai đoạn này là một quá trình tịnh tiến, quá trình này sẽ tiến triển nhanh hơn nếu có những đợt nhiễm trùng kèm theo; tình trạng

huyết áp xấu đi rõ rệt; protein niệu xuất hiện, có thể kèm theo hội chứng thận hư, có tăng lipid máu, tăng nguy cơ thiếu máu cơ tim. Các tổn thương ở giai đoạn này sẽ chậm lại nếu dùng các thuốc ức chế men chuyển và giữ không bị nhiễm trùng tiết niệu.

Giai đoạn cuối: Can thiệp ở giai đoạn này buộc phải là lọc máu hoặc ghép thận. Các tổn thương kèm theo là bệnh lý mạch máu ngoại vi lan tỏa, bệnh lý võng mạc tăng sinh, bệnh lý thần kinh. Tiên lượng giai đoạn này xấu, thường kéo dài được khoảng 3 năm.

TẠP CHÍ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT VỀ TIỀN MÃN KINH

Tiền mãn kinh là một quá trình diễn ra tự nhiên và bắt buộc phải trải qua trong vòng đời của người phụ nữ. Tiền mãn kinh thường bắt đầu trong khoảng tuổi từ 40 đến 50, những trường hợp mãn kinh trước tuổi 40 được coi là sớm và những trường hợp mãn kinh sau tuổi 55 được coi là muộn. Thời kỳ tiền mãn kinh có thể ngắn từ 5 đến 7 tháng nhưng cũng có thể kéo dài từ 5-15 năm.

TIỀN MÃN KINH LÀ GÌ?

Tiền mãn kinh (Perimenopause) là thuật ngữ y học chỉ giai đoạn xảy ra từ khi hoạt động của buồng trứng giảm và xuất hiện những biểu hiện lâm sàng đầu tiên của mãn kinh đến khi mãn kinh hoàn toàn, đánh dấu sự kết thúc của thời kỳ có thể sinh đẻ.

TRIỆU CHỨNG CỦA TIỀN MÃN KINH

Các triệu chứng tiền mãn kinh có thể xuất hiện với mức độ nặng nhẹ khác nhau tùy từng người, có thể bao gồm: Rối loạn kinh nguyệt: Đây là triệu chứng dễ nhận thấy nhất. Do sự thay đổi về hormone sinh dục, phụ nữ trong giai đoạn tiền mãn kinh có thể gặp phải một số vấn đề về kinh nguyệt như:

Khó có thể xác định thời gian rụng trứng.

Khoảng thời gian giữa các chu kỳ kinh nguyệt trở nên ngắn hoặc dài hơn bình thường.

Lượng máu bị mất thay đổi

Có thể mất kinh ở một vài chu kỳ.

Bốc hỏa hay nóng bừng: Là dấu hiệu phổ biến nhất trong các triệu chứng tiền mãn kinh với khoảng 2/3 phụ nữ gặp phải hiện tượng này. Bốc hỏa là

cảm giác đột ngột nóng và đổ nhiều mồ hôi trong thời gian ngắn, thường xảy ra xung quanh mặt và phần trên của cơ thể. Một số người còn gặp tình trạng bốc hỏa kèm theo tim đập nhanh. Khi cơn bốc hỏa qua đi, sẽ có giảm giác ớn lạnh, mệt mỏi và uể oải.

Cơn bốc hỏa có thể diễn ra trong khoảng thời gian từ 30 giây đến 30 phút, đa số là 2-3 phút. Tần suất xuất hiện bốc hỏa cũng biến đổi tùy từng người, có người bốc hỏa mỗi giờ một cơn, có người chỉ thỉnh thoảng mới bốc hỏa, nhưng cũng có những người không trải qua triệu chứng này. Đổ mồ hôi đêm: Triệu chứng này cũng diễn ra tương tự như bốc hỏa. Nguyên nhân của hiện tượng này đến nay vẫn chưa được lý giải một cách rõ ràng. Một số giả thuyết cho rằng những thay đổi ở vùng dưới đồi (vùng

não giúp điều chỉnh nhiệt độ của cơ thể) khiến nó đọc thông tin sai lệch và cơ thể bắt đầu quá trình điều hoà nhiệt bằng cách làm giãn các mạch máu dưới da. Điều này khiến cho cơ thể nóng lên và đổ mồ hôi, da chuyển sang màu đỏ.

Thay đổi vóc dáng cơ thể do chuyển hoá chậm và tăng cân: Việc nồng độ hormone estrogen giảm khiến cơ thể có xu hướng làm chậm quá trình trao đổi chất và tích trữ nhiều chất béo hơn. Do đó, nhiều phụ nữ có biểu

hiện tăng cân trong giai đoạn này. Các vấn đề liên quan đến âm đạo: Lượng estrogen giảm sẽ khiến các mô âm đạo bị mất chất bôi trơn và độ đàn hồi. Việc này làm cho âm đạo trở nên mỏng, khô, dễ rách, kém linh hoạt và dẫn tới một số hệ quả sau:

Có nguy cơ cao bị rách và chảy máu âm đạo khi giao hợp.

Các hoạt động tình dục diễn ra khó khăn hoặc gây đau đớn.

Ham muốn quan hệ tình dục trở nên suy giảm rõ rệt.

Để nhiễm trùng đường tiết niệu.

Tiểu tiện bị rối loạn: tiểu són, tiểu không tự chủ.

Các vấn đề về tâm lý: Sự thay đổi nồng độ estrogen cũng tác động đến não và thần kinh. Điều này ảnh hưởng tới tâm trạng và giấc ngủ. Theo ước tính, có khoảng 1/4 phụ nữ trải qua thời kỳ tiền mãn kinh với các

triệu chứng trầm cảm, lo âu, mất ngủ, và tính khí thay đổi thất thường. Thay đổi về da và tóc: Trong giai đoạn này, da người phụ nữ trở nên khô ráp hơn, giảm tính đàn hồi, dễ bị nhăn vùng quanh mắt. Những vết đốm đồi mồi, nám, tàn nhang bắt đầu xuất hiện rõ rệt.

Tóc mất dần sắc tố và chuyển màu, rụng nhiều hơn.

Móng tay trở nên giòn, bề mặt móng gỗ ghề và dễ gãy.

sung sự thiếu hụt mà cơ thể không đáp ứng được. Dựa vào tình trạng sức khoẻ hiện tại và bệnh sử gia đình, các bác sĩ sẽ đưa ra liều lượng estrogen phù hợp để làm dịu các triệu chứng. Nếu bệnh nhân vẫn còn tử cung thì progesterone cần được kết hợp để tránh nguy cơ mắc ung thư nội mạc tử cung.

Vaginal estrogen: Để làm dịu chứng khô âm đạo, estrogen có thể được đưa trực tiếp vào âm đạo và được hấp thụ bởi các mô âm đạo. Điều này có thể làm âm đạo bớt khô ráp và làm dịu một số triệu chứng liên quan đến âm đạo.

Thuốc chống trầm cảm: Một số loại thuốc gọi là “thuốc ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin” (selective serotonin reuptake inhibitors-SSRIs) có tác dụng làm dịu hiện tượng bốc hỏa và các triệu chứng tâm lý khác như lo âu, muộn phiến.

Trước khi sử dụng bất cứ biện pháp điều trị nào, người bệnh nên thảo luận chi tiết với bác sĩ về những lợi ích và nguy cơ với mỗi phương pháp. Phòng ngừa tiền mãn kinh

Tiền mãn kinh là một quá trình diễn ra tự nhiên và bắt buộc phải trải qua trong vòng đời của người phụ nữ. Tuy nhiên, đôi khi mãn kinh xảy ra sớm là do một bệnh nào đó hoặc bởi tác dụng phụ của thuốc. Vì vậy, các chuyên gia khuyến cáo nếu có những lo lắng về thời kỳ tiền mãn kinh và các triệu chứng khó chịu mà nó gây ra thì nên đến các cơ sở y tế thăm khám để được tư vấn và chăm sóc sức khỏe tốt hơn.

Bên cạnh đó, lối sống và thói quen sinh hoạt lành mạnh có thể giúp giảm nhẹ các triệu chứng gặp phải trong quá trình này. Một số cách có thể thực hiện như sau:

- Ngủ đủ giấc.

- Thường xuyên tập thể dục, cố gắng có những vận động thể chất ít nhất 30 phút mỗi ngày.

- Ăn uống lành mạnh, bổ sung nhiều rau, củ, quả vào thực đơn.

- Giữ tinh thần luôn luôn vui vẻ, thoải mái, tránh để bị stress: có thể tập yoga hoặc thiền, các bài tập dưỡng sinh,...

BÁC SĨ TUẤN PHƯƠNG

CÁC BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ TIỀN MÃN KINH

Vì là quá trình diễn ra tự nhiên nên hầu hết các trường hợp không cần sự can thiệp y tế hay điều trị. Tuy nhiên, khi các triệu chứng khiến người phụ nữ thực sự khó chịu thì việc điều trị tiền mãn kinh là cần thiết. Khái niệm điều trị tiền mãn kinh được dùng để nói đến việc điều trị các triệu chứng khó chịu gây ra trong thời kỳ này. Tùy thuộc vào mức độ nặng nhẹ của các triệu chứng, các phương pháp chính có thể sử dụng bao gồm:

Liệu pháp hormone: là lựa chọn tốt nhất để điều trị triệu chứng bốc hỏa và đổ mồ hôi ban đêm. Trong phương pháp này, bác sĩ sẽ cho bệnh nhân sử dụng thuốc là dẫn chất estrogen (có thể trong thuốc uống, cao dán hoặc dạng kem) nhằm bổ



ĐỪNG CHỦ QUAN VỚI NHIỄM KHUẨN, NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN



Nhiễm khuẩn, nhiễm độc ăn uống là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây theo đường tiêu hoá, thường do vi khuẩn gây ra do thức ăn bị nhiễm bẩn trong quá trình cầm nắm, lưu trữ, bảo quản, chế biến. Bệnh thường khởi phát đột ngột sau khi ăn phải thức ăn đã bị ô nhiễm bởi vi sinh vật gây bệnh hoặc độc tố của chúng. Đây là một vấn đề sức khỏe nghiêm trọng có thể gây tình trạng bệnh lý nguy hiểm, có thể dẫn đến tử vong. Có nhiều loại vi khuẩn gây nên tình trạng này như độc tố có tụ cầu vàng, E.coli, phẩy khuẩn tả, E.coli O157 - H7, Salmonella, Rotavirus... Trong đó nguyên nhân thường xuyên và hay gặp nhất là do Salmonella (thường hàn) và độc tố của tụ cầu vàng.

Thời tiết chuyển mùa, thiếu nước sạch, điều kiện vệ sinh không đảm bảo, môi trường ô nhiễm, ảnh hưởng của phong tục tập quán,... là những điều kiện hết sức thuận lợi cho các loại mầm bệnh phát triển gây ra nhiễm khuẩn nhiễm độc thức ăn. Điều đáng lo ngại là phần lớn người bệnh do sự chủ quan, không biết cách xử trí, tự ý sử dụng thuốc không đúng cách làm cho bệnh cảnh lâm sàng trở nên phức tạp hơn. Triệu chứng nhận biết: Sau bữa ăn 6 - 12 giờ, tình trạng ngộ độc xuất hiện đột ngột với các triệu chứng: Sốt cao 38 - 39, rét run, đau mỗi toàn thân; Đau bụng, đau quặn bụng, đau thượng vị rồi đi ngoài, phân lỏng, nhiều nước lẫn nhớt thức

ăn chưa tiêu, ngày đi 3 - 10 lần hoặc hơn; Nôn sau 1 - 2 lần ỉa lỏng; nôn thốc, nôn tháo những thức ăn chưa xuống ruột, chua, nhiều nước, ngày 2 - 3 lần hoặc hơn làm bệnh nhân càng bị mất nước và điện giải. Có thể chỉ có nôn mà không có ỉa lỏng. Với thể nặng, mất nước nhiều: Huyết áp thấp, mạch nhanh, dễ có truy tìm mạch.

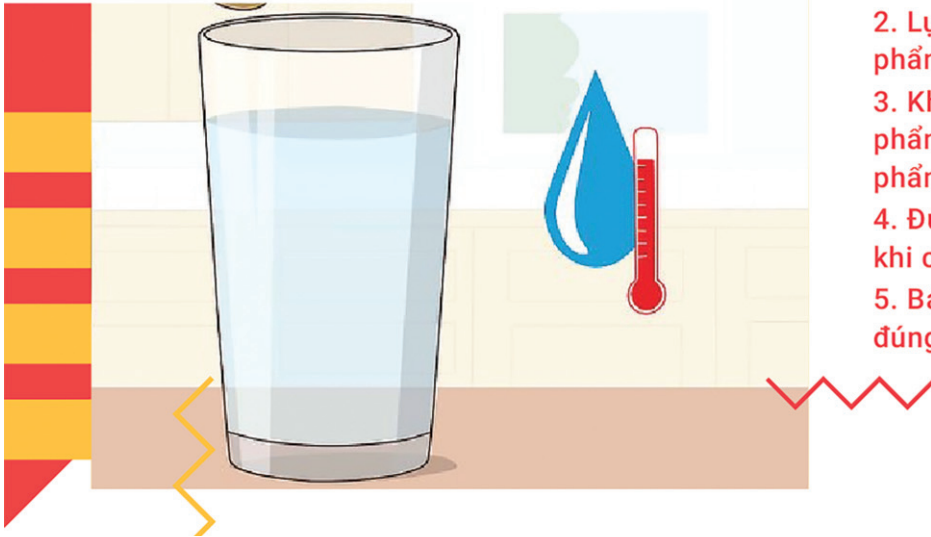
XỬ TRÍ KHI BỊ NHIỄM KHUẨN, NHIỄM ĐỘC THỨC ĂN

Tại nhà: Cần phải xử trí ngay như sau:

Bù nước và điện giải là vấn đề quan trọng nhất, đặc biệt nếu tiêu chảy cấp xảy ra ở trẻ em, phải cho trẻ

DỰA VÀO NGUYÊN NHÂN ĐỂ LỰA CHỌN BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ PHÙ HỢP

BỔ SUNG NƯỚC, CHẤT LỎNG VÀ ĐIỆN GIẢI |
SỬ DỤNG KHÁNG SINH



TOP 5 BIỆN PHÁP PHÒNG TRÁNH NHIỄM TRÙNG, NHIỄM KHUẨN THỰC PHẨM

1. Rửa sạch tay, dụng cụ làm bếp
2. Lựa chọn nguồn thực phẩm đảm bảo
3. Không để lẫn thực phẩm sống và thực phẩm chín
4. Đun lại thức ăn trước khi cất vào tủ lạnh
5. Bảo quản thực phẩm đúng cách

ống bù nước ngay vì ở trẻ em thể trọng cơ thể nhỏ, khi tiêu chảy bị mất nước và điện giải, sẽ nhanh chóng gây giảm khối lượng tuần hoàn và rối loạn nước điện giải. Ngay tại nhà, cần bù nước bằng dung dịch oresol hoặc viên hydrit. Cần chú ý pha dung dịch bù nước phải theo đúng hướng dẫn sử dụng, không được chia nhỏ gói oresol hoặc viên hydrit để pha làm nhiều lần. Nếu không có Oresol, có thể pha nước gạo rang với muối ăn. Thường bù từ 1 - 2 lít/ngày. Dung dịch bù nước đã pha nếu quá 12 giờ không uống hết phải bỏ đi. Khi các triệu chứng không có dấu hiệu thuyên giảm phải đưa ngay đến cơ sở y tế.

Dùng thuốc tại cơ sở y tế

Thuốc kháng tiết ở ruột non: Thuốc có tác dụng ức chế men encephalinase (là men phụ trách thoái hóa encephalin nội sinh ở não và ruột) làm giảm tiết ở ruột do độc tố của vi khuẩn tả hoặc do viêm mà không làm giảm dịch tiết cơ bản khác. Thuốc hấp thu nhanh qua ống tiêu hóa, đạt đỉnh điểm sau khi uống 1 giờ, thời gian tác dụng khoảng 8 giờ. Thuốc đôi khi gây buồn ngủ, cần thận trọng khi dùng cho phụ nữ có thai và cho con bú.

Các chất hấp phụ: là những silicat

thiên nhiên hoặc nhựa polyacryl có khả năng hút nước rất nhiều làm tăng độ đặc của phân. Thuốc không được hấp thu vào máu và được đào thải theo phân mang theo các chất mà chúng đã hấp phụ, do đó không dùng chung với nhóm làm giảm nhu động ruột. Ngoài ra cần chú ý dùng các thuốc khác cách xa thuốc này khoảng 2 tiếng. Một số thuốc hay dùng của nhóm này như gellopectose (gồm có pectin, cellulose, silice, dextrin - maltose, natri clorit), sacolen (thành phần có lactoprotein methyl-elic)...

PHÒNG NGỪA

Cần thực hiện an toàn vệ sinh thực phẩm bằng cách ăn chín uống sôi, rửa tay bằng xà phòng trước khi ăn và sau khi đi vệ sinh. Đối với trẻ bú bình, cần phải rửa sạch, đun sôi bình sữa trước khi cho trẻ bú. Những người chế biến thực phẩm phải rửa tay thật kỹ sau khi đi vệ sinh, sau khi thay tã lót hay sau khi chăm sóc vật nuôi, trước khi xử lý thực phẩm để chế biến thức ăn, nếu không, người chế biến có thể gây ô nhiễm thực phẩm bởi các vi sinh vật có trong phân. Cải thiện vệ sinh môi trường sống, sử dụng nguồn nước sạch, cung cấp

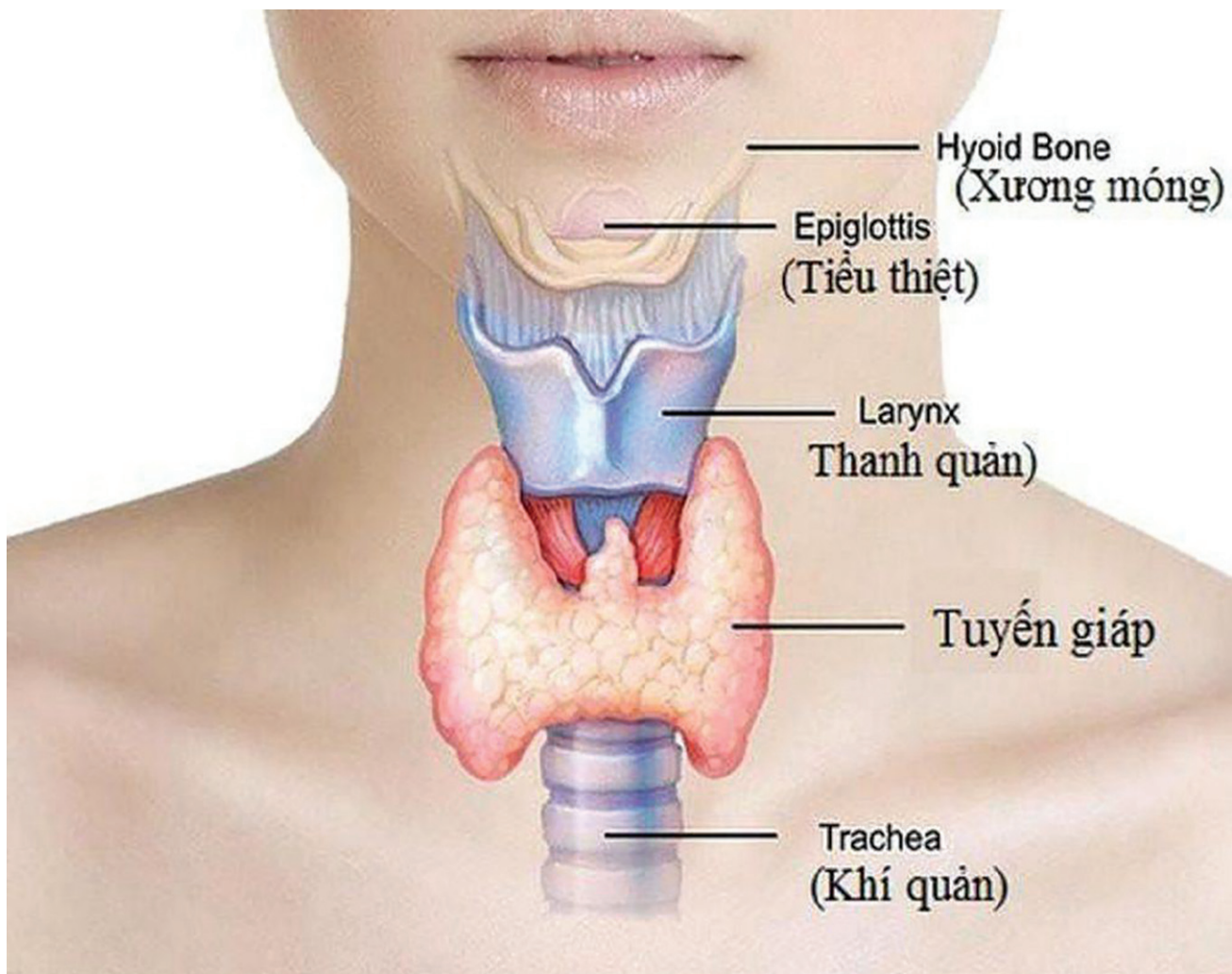
thiết bị vệ sinh cho cộng đồng. Cần phải giáo dục tập quán vệ sinh ăn uống, cách bảo quản thực phẩm cho các cơ sở, những người hành nghề cung cấp và chế biến thực phẩm. Tránh dùng thực phẩm hay nguyên liệu không an toàn như trứng bị vỡ đập, thịt cá, hải sản không tươi. Phải phân biệt khu vực cho nguyên liệu sống và thực phẩm chín để tránh nhiễm khuẩn chéo. Không nên để thực phẩm đã chế biến ở nhiệt độ phòng quá lâu, nên xem hạn sử dụng in trên bao bì là chỉ số an toàn, chất lượng của thực phẩm.

Đối với trái cây, rau, củ, quả tươi phải rửa thật kỹ dưới vòi nước sạch trước khi dùng. Các loại thực phẩm đã nấu sẵn, thức ăn ngay hay thực phẩm dễ ôi thiu thì phải dùng càng sớm càng tốt.

Nên rửa tay, dao, thớt ngay sau khi xử lý xong thực phẩm tươi sống (thịt, cá, gia cầm sống).

Đối với thức ăn là các loại hải sản thì phải nấu chín để làm giảm nguy cơ ngộ độc, không nên ăn sống vì dễ nhiễm ký sinh trùng. Cần phải làm lạnh thực phẩm kịp thời, không nên để thức ăn ở nhiệt độ phòng quá 2 giờ.

TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP



Thuốc điều trị cường giáp giúp ngăn chặn khả năng sản xuất hormone tuyến giáp khi tuyến giáp hoạt động quá mức. Tuy nhiên, bạn cần phải đi khám bác sĩ ngay nếu xuất hiện các triệu chứng như sốt hoặc đau họng trong khi dùng các loại thuốc cường giáp.

BỆNH CƯỜNG GIÁP LÀ GÌ?

Khi một bệnh nhân thực hiện xét nghiệm máu có kết quả lượng

thyroxin trong máu cao và lượng hormone kích thích tuyến giáp (TSH) thấp hoặc không tồn tại cho thấy tuyến giáp của người đó đang hoạt động quá mức. Trong đó, chỉ số hormone kích thích tuyến giáp trong máu rất quan trọng vì đó là hormone báo hiệu tuyến giáp của bệnh nhân sản xuất nhiều thyroxine hơn, trở thành dấu hiệu của bệnh cường giáp. Bác sĩ sẽ kiểm tra và cố gắng phát hiện ngón tay của bệnh nhân có tình trạng run nhẹ khi chúng duỗi ra,

phản xạ hoặc hoạt động quá mức, thay đổi mắt và da ấm, ẩm hay không. Đồng thời tiến hành kiểm tra tuyến giáp của bệnh nhân xem khi nuốt có mở rộng, mắt mờ hay mềm không và kiểm tra tình trạng mạch của bệnh nhân nhanh, chậm hoặc không đều.

Khi tổng hợp các kết quả khám lâm sàng và cận lâm sàng, bác sĩ sẽ đưa ra kết luận bệnh nhân có bị mắc bệnh cường giáp hay không. Tuy nhiên, trong một số trường hợp xét

nghiệm máu tuyến giáp có thể cho kết quả sai khi người bệnh đang sử dụng biotin- một loại vitamin B bổ sung, cũng có thể được tìm thấy trong vitamin tổng hợp. Vậy nên, bệnh nhân nên báo cho bác sĩ biết bệnh nhân đang sử dụng thuốc biotin hoặc vitamin tổng hợp với biotin để đảm bảo kết quả xét nghiệm chính xác. Nếu bệnh nhân có sử dụng biotin, hãy ngừng dùng biotin ít nhất 12 giờ trước khi lấy máu.

Khi bệnh nhân được chẩn đoán cường giáp, bác sĩ sẽ chỉ định bệnh nhân thực hiện thêm một số xét nghiệm để xác định rõ nguyên nhân mắc bệnh như: Xét nghiệm hấp thu radioiodine, quét tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp.

MỘT SỐ LOẠI THUỐC ĐIỀU TRỊ CƯỜNG GIÁP

Có nhiều cách khác nhau để điều trị tuyến giáp hoạt động quá mức hay còn gọi là cường giáp. Trước khi lựa chọn sử dụng loại thuốc phù hợp với bản thân thì bệnh nhân nên xin tư vấn của bác sĩ, bác sĩ sẽ xem xét nguyên nhân gây bệnh, tuổi tác, tình trạng sức khỏe tổng thể và mức độ nghiêm trọng của các triệu chứng để đưa ra loại thuốc phù hợp.

Methimazole và propylthiouracil là các loại thuốc điều trị cường giáp giúp kiểm soát các triệu chứng và có

thể mang lại lợi ích lâu dài. Tuy nhiên, những loại thuốc này thường sẽ làm giảm các triệu chứng của bạn trong vòng 3 tháng, mặc dù bạn có thể sẽ phải sử dụng thuốc này đến 18 tháng để giúp giảm nguy cơ tái phát. Điều quan trọng methimazole có tác dụng phụ ít nghiêm trọng hơn, vì vậy nó được kê đơn thường xuyên hơn.

Dưới đây là một số loại thuốc điều trị cường giáp phổ biến

1. Thuốc i-ốt phóng xạ

Đây là loại thuốc được sử dụng bằng đường uống để giúp thu nhỏ tuyến giáp của bệnh nhân. Thuốc có hiệu quả sau 3 đến 6 tháng sử dụng. Các bác sĩ đã kê đơn sử dụng thuốc phóng xạ i-ốt để điều trị bệnh cường giáp trong hơn 60 năm qua, đây là loại thuốc được coi là an toàn và được sử dụng để điều trị hơn 70% người lớn bị cường giáp. Liều lượng bức xạ được sử dụng trong quá trình điều trị iốt phóng xạ là rất thấp, nhưng có một số biện pháp phòng ngừa cần phải thực hiện sau khi điều trị:

Tránh tiếp xúc gần gũi kéo dài với trẻ em và phụ nữ mang thai trong một vài ngày hoặc vài tuần

Phụ nữ nên tránh mang thai ít nhất 6 tháng

Đàn ông không nên làm cha một đứa trẻ trong ít nhất 4 tháng

Điều trị iốt phóng xạ không thích hợp cho phụ nữ đang mang thai hoặc cho

con bú. Nó cũng không thích hợp nếu tuyến giáp hoạt động quá mức của bạn đang gây ra các vấn đề nghiêm trọng về mắt.

Tuy nhiên, do tác dụng chính của thuốc là làm nhỏ tuyến giáp, làm cho tuyến giáp của bệnh nhân hoạt động chậm lại khiến bệnh nhân dễ có nguy cơ bị suy giáp. Khi điều này xảy ra, tuyến giáp của bệnh nhân trở nên kém hoạt động, lúc này bệnh nhân cần dùng thuốc giúp thay thế hormone tuyến giáp hằng ngày.

2. Thuốc chống tuyến giáp

Trong một số trường hợp, khi tuyến giáp hoạt động quá mức được điều trị bằng các loại thuốc ngăn chặn khả năng sản xuất hormone tuyến giáp như methimazole và propylthiouracil trong đó thuốc methimazole có ít tác dụng phụ nghiêm trọng nên được các bác sĩ sử dụng trong đơn thuốc nhiều hơn, thường xuyên hơn. Những loại thuốc này giúp kiểm soát, làm giảm các triệu chứng của bệnh trong vòng 3 tháng và mang lại lợi ích lâu dài. Mặc dù vậy nhưng bệnh nhân nên sử dụng thuốc cho đến 18 tháng để giảm nguy cơ bệnh tái phát trở lại.

Tuy nhiên, theo một số nghiên cứu đã cho thấy có khoảng 3% bệnh nhân sử dụng thuốc chống tuyến giáp xuất hiện các phản ứng của dị ứng như phát ban và nổi mề đay. Trong một số trường hợp nặng hơn,





những loại thuốc này có thể gây ra một tình trạng gọi là mất bạch cầu hạt, làm giảm số lượng tế bào bạch cầu của bệnh nhân. Khi trường hợp này xảy ra, bệnh nhân có tỷ lệ mắc một loại nhiễm trùng nào đó tăng lên so với ở người bình thường. Bên cạnh đó, gan của bệnh nhân cũng có khả năng có nguy cơ tổn thương. Nếu bệnh nhân phát hiện các triệu chứng như sốt, đau họng trong khi sử dụng các loại thuốc này thì nên khám bác sĩ ngay lập tức.

3. Thuốc chặn beta

Những loại thuốc này không có tác dụng thay đổi lượng hormone tuyến giáp trong cơ thể của bệnh nhân nhưng nó có thể giúp bệnh nhân kiểm soát được các triệu chứng cường giáp bằng cách ngừng sản sinh kích thích tố dư thừa ở tuyến giáp. Thông thường, thuốc beta-blocker được sử dụng để điều trị huyết áp cao hoặc giúp làm chậm nhịp tim. Một khi mức độ hormone tuyến giáp của bệnh nhân đã được kiểm soát thì bệnh nhân có thể giảm liều lượng sau đó dừng lại. Nhưng một số người vẫn cần tiếp tục uống thuốc trong vòng vài năm hoặc trong suốt cuộc sống.

Tuy nhiên, khi sử dụng loại thuốc này trong vài tháng đầu tiên thì bệnh nhân có thể gặp phải một số tác dụng phụ như cảm thấy mệt mỏi, nhức đầu, chóng mặt, nhiệt độ cơ thể

cao, đau khớp, gặp các vấn đề về rối loạn tiêu hóa (đau bụng, hương vị thay đổi), ngứa phát ban,... nhưng ở mức độ nhẹ thì bệnh nhân vẫn có thể sử dụng thuốc

Một tác dụng phụ ít phổ biến hơn nhưng nghiêm trọng hơn vẫn là sự giảm đột ngột về số lượng tế bào bạch cầu của bệnh nhân có thể dẫn tới nhiễm trùng. Khi bệnh nhân có những triệu chứng của mất bạch cầu hạt như nhiệt độ cao, đau họng, ho dai dẳng thì nên sắp xếp cho một xét nghiệm máu để kiểm tra số lượng tế bào máu trắng của bệnh nhân

4. Phẫu thuật

Phẫu thuật thường không được khuyến cáo khi bệnh nhân mắc cường giáp, nhưng ở những bệnh nhân sử dụng thuốc chống tuyến giáp hoặc điều trị bằng i-ốt phóng xạ mà không thể đáp ứng lại được tình trạng bệnh thì bác sĩ có thể khuyên bệnh nhân nên cắt bỏ tuyến giáp. Bệnh nhân có những triệu chứng như:

Tuyến giáp của bạn bị sưng nặng
Có vấn đề nghiêm trọng về mắt gây ra bởi một tuyến giáp hoạt động quá mức

Không thể có các phương pháp điều trị khác, ít xâm lấn hơn triệu chứng của quý vị trở lại sau khi thử các phương pháp điều trị khác

Phẫu thuật đồng nghĩa với việc tuyến giáp của bệnh nhân sẽ được loại bỏ

hoàn toàn khỏi cơ thể. Tuy nhiên, phẫu thuật luôn đi kèm với những rủi ro như làm hỏng dây thanh âm và tuyến cận giáp của bệnh nhân (nó nằm ở phía sau tuyến giáp). Những tuyến này giúp kiểm soát lượng canxi trong máu của bệnh nhân. Sau khi phẫu thuật, khi bệnh nhân tham gia các hoạt động thì cần phải sử dụng thuốc để cung cấp cho cơ thể số lượng hormone mà tuyến giáp tiết ra. Nếu tuyến cận giáp của bệnh nhân cũng được loại bỏ thì cần phải bổ sung một loại thuốc khác nhằm giữ cho mức độ canxi trong máu của bệnh nhân được ổn định.

Giống như tất cả những loại thuốc điều trị khác, thuốc điều trị cường giáp cũng mang lại cho bệnh nhân những ưu điểm và hạn chế riêng. Mỗi loại thuốc đều có tác dụng điều trị rất tốt cho bệnh nhân nhưng vẫn còn tồn tại những tác dụng phụ không mong muốn. Tuy nhiên, nếu những tác dụng phụ này không ảnh hưởng quá nhiều tới sinh hoạt hàng ngày, sức khỏe của người bệnh thì họ vẫn có thể tiếp tục sử dụng. Để tránh tình trạng tái phát cường giáp, bệnh nhân nên kiên trì sử dụng thuốc đều đặn và kéo dài khoảng 18 tháng, tùy thuộc vào tình trạng của bệnh nhân.

SKĐS



TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY

PHẦN I: BỆNH ẢNH HƯỞNG NHIỀU TỚI CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG !!!

TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY

Xảy ra ở cả nam và nữ.
Tuổi hay gặp từ 25 – 64.
Tuổi khởi phát thường từ 13.
Khoảng 2,8% dân số bị đổ mồ hôi.

NGUYÊN NHÂN

Vô căn chiếm khoảng 82% tuổi thiếu niên, Bệnh sẽ giảm đi khi trên 50 tuổi.
Các trường hợp có thể gây tăng tiết mồ hôi có căn nguyên như:
Bệnh đái tháo đường
Bốc hỏa trong thời kỳ mãn kinh
Các vấn đề về tuyến giáp

Lượng đường trong máu thấp
Một số loại ung thư
Đau tim
Rối loạn hệ thần kinh
Nhiễm trùng
Một số loại thuốc cũng có thể dẫn đến đổ mồ hôi nhiều, ví dụ như opioid.

KHI NÀO CẦN THĂM KHÁM

Khi gặp 1 trong các yếu tố sau:
Đổ mồ hôi làm gián đoạn thói quen hàng ngày của bạn.
Đổ mồ hôi gây rất bối rối và bất tiện trong nhiều tình huống trong sinh hoạt.
Bạn đột nhiên ra mồ hôi nhiều hơn bình thường.
Bạn bị đổ mồ hôi đêm mà không

có lý do rõ ràng
PHÂN ĐỘ theo độ ẩm.
Độ 0: Không hoặc ướn nhẹ
Độ 1: Tay ẩm
Độ 2: Ướt đậm
Độ 3: Nhỏ giọt

ẢNH HƯỞNG

Trầm cảm và thiếu tự tin.
Bối rối khi quần áo và bàn tay ướt
Thay đổi quần áo hơn 2 lần mỗi ngày
Thay đổi những hoạt động đã theo đuổi
Tránh hoặc ngại bắt tay với người đối diện
Ảnh hưởng với công việc hoạt động hằng ngày
Bỏ những cuộc họp mặt với bạn bè và gia đình

PHẦN II: CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ !!!

ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT

1. Dùng muối nhôm

Cơ chế làm tắc các ống tiết mồ hôi và làm teo các tế bào tiết mồ hôi.

Hiệu quả ngắn hạn cải thiện 98% trường hợp tăng tiết mồ hôi nhẹ sau 3 tuần.

Hạn chế của phương pháp này là bỏng, có cảm giác kim châm, kích thích da.

2. Liệu pháp ion

Làm thay đổi một phần cấu trúc ống tuyến và khả năng bài tiết của tuyến.

Kết quả ngắn hạn tốt đạt trên 80%.

Giới hạn phương pháp này là gây kích ứng da, khô và tróc da.

3. Tiêm Botulinum toxin A

Botulinum ngăn cản phóng thích chất acetylcholine kết quả hết tiết mồ hôi.

Kết quả điều trị tăng tiết mồ hôi nách đạt 90% sau tiêm 1 tuần và kéo dài 7 tháng.

Trong đổ mồ hôi tay, kết quả đạt 90% kéo dài trong 4 – 6 tháng.

Hạn chế của phương pháp này là đau.

4. Điều trị toàn thân

Dùng thuốc anticholinergic, ức chế acetylcholine kết quả hết tiết mồ hôi.

Hiệu quả cao trong thời gian ngắn hạn

Hạn chế là nhiều tác dụng phụ của thuốc gây khô miệng, nhìn mờ, căng tức đường tiêu hóa, táo bón và nhịp tim nhanh

5. Phương pháp không phẫu thuật khác

Tập thư giãn, thôi miên, thay đổi sinh hoạt lối sống....

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Điều trị tăng tiết mồ hôi tay bằng phẫu thuật cắt hạch thần kinh giao cảm ngực là biện pháp triệt để nhất.

1. Phẫu thuật cắt hạch thần kinh giao cảm ngực kinh điển

Mổ ngực

Đường mổ ở cổ trước

Đường mổ trên xương đòn

Đường mổ qua hõm nách

Đường mổ cạnh sống phía sau

Các phương pháp cắt hạch thần kinh giao cảm ngực kinh điển hiện tại ít được sử dụng do những hạn chế: đường mổ nhỏ khó thao tác trong lúc phẫu thuật, tổn thương mô nhiều, nhiều biến chứng...

2. Phẫu thuật nội soi cắt hạch thần kinh giao cảm

Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hạch thần kinh giao cảm được thực hiện tại Việt Nam từ năm 1996, phẫu thuật này được áp dụng tại khoa Phẫu thuật Tim mạch - Lồng ngực bệnh viện đa khoa Xanh pôn vài năm sau đó.

Hiện nay phẫu thuật này đã thành thường quy để điều trị bệnh tăng tiết mồ hôi tay, tắc động mạch ngoại biên mãn tính chi trên, hội chứng Raynaud, rối loạn phản xạ giao cảm tại Trung tâm kỹ thuật cao Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn....

ƯU ĐIỂM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐỐT HẠCH GIAO CẢM.

Thời gian mổ nhanh.

Vết mổ nhỏ, hầu như không để lại sẹo, đảm bảo tính thẩm mỹ.

Ít đau sau mổ, bệnh nhân có thể ra viện sớm.

Sau mổ bệnh nhân không phải kiêng khem.

Hoạt động của các tuyến mồ hôi khác trong cơ thể không bị ảnh hưởng.

Không ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động sau khi đốt.

BS TRẦN NHẬT





BỆNH TRĨ

Nguyên nhân gây bệnh trĩ



Táo bón



Ăn ít chất xơ



Đi vệ sinh quá lâu



Gắng sức

Phương pháp điều trị

Ăn nhiều rau xanh



Uống nhiều nước

Dấu hiệu nhận biết

Máu trên giấy vệ sinh



Chảy máu

Rèn luyện sức khỏe



Khó chịu, ngứa rát



Đau khi đi cầu



Tắm nước ấm mỗi ngày

BỆNH TRĨ: Hemorrhoids

PHẦN I: CƠ BẢN VỀ BỆNH TRĨ TRĨ LÀ GÌ?

Là tình trạng bệnh lý xuất hiện do sự dẫn quá mức của các đám rối tĩnh mạch vùng hậu môn - trực tràng. Hậu quả là gây sưng tấy, đau, hay chảy máu hậu môn đặc biệt sau mỗi lần đại tiện.

NGUYÊN NHÂN TRĨ

Búi trĩ có thể phát triển do áp lực gia tăng ở phần dưới trực tràng do:

- Rặn khi đi cầu
- Ngồi lâu trên bồn cầu
- Tiêu chảy hoặc táo bón mạn tính
- Béo phì
- Mang thai
- Giao hợp qua đường hậu môn

Chế độ ăn ít chất xơ
Bệnh trĩ gia tăng theo tuổi vì cấu trúc mô nâng đỡ các tĩnh mạch ở trực tràng và hậu môn bị trở nên lỏng lẻo và nhão dần.

PHÂN ĐỘ TRĨ

Theo độ sa của trĩ nội, áp dụng cho trĩ nội.

- Độ I: không sa,
- Độ II: sa khi đại tiện nhưng tự co hồi,
- Độ III: sa không tự co hồi, phải đẩy lên
- Độ IV: là luôn sa hoặc bị tắc mạch.

PHÂN LOẠI TRĨ

Trĩ nội:
Là hiện tượng các búi trĩ hình thành bên trong ống hậu môn,

Xuất phát trên đường lược.

Trĩ ngoại:

Các búi trĩ hình thành bên ngoài hậu môn,

Xuất phát phía dưới đường lược.

Trĩ hỗn hợp:

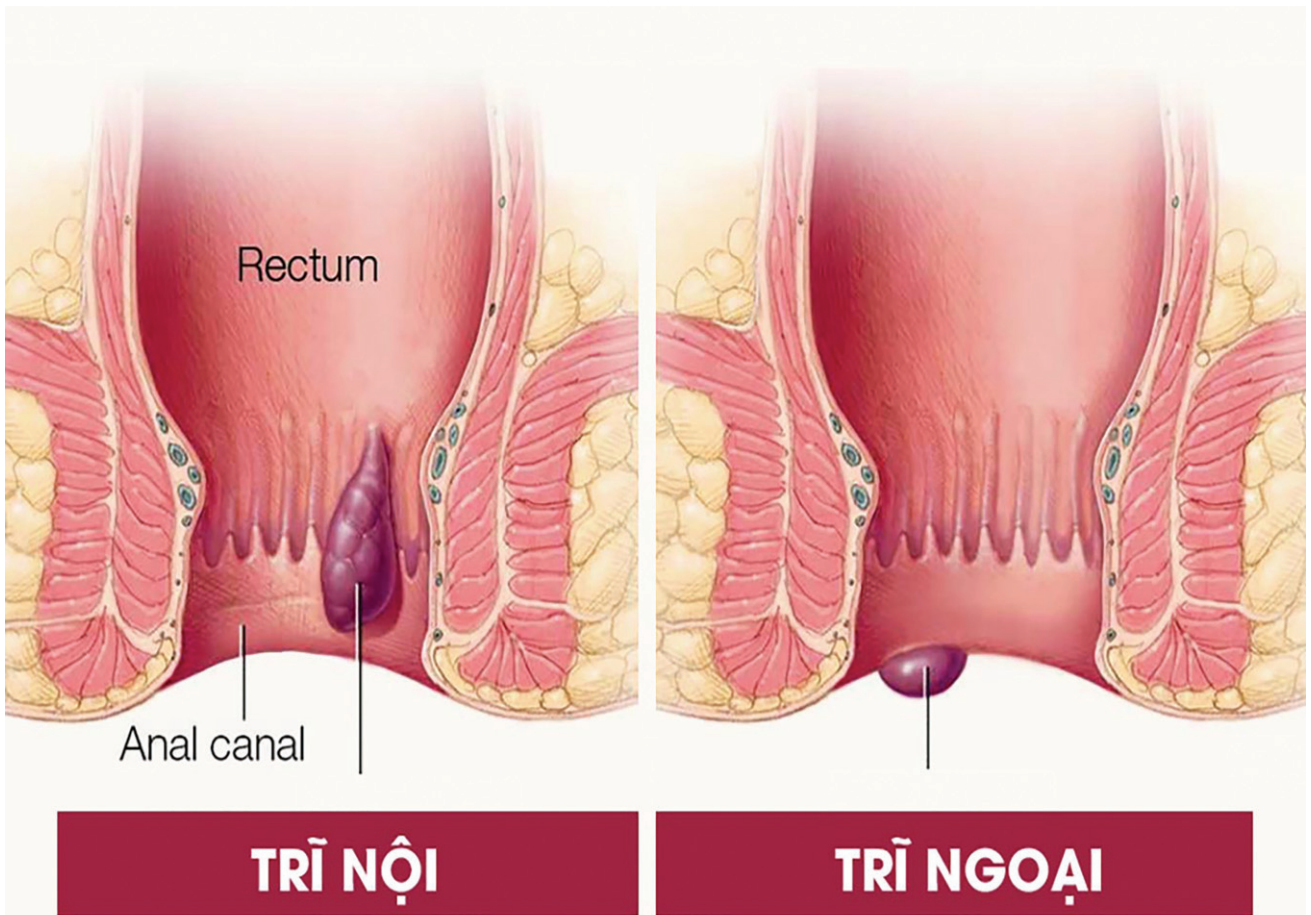
Khi trĩ nội và trĩ ngoại để lâu không điều trị, các búi trĩ liên kết với với nhau tạo thành trĩ hỗn hợp.

Xuất phát bất kỳ đâu trong ống hậu môn

DẤU HIỆU BỆNH TRĨ

Các dấu hiệu và triệu chứng của trĩ có thể bao gồm:

- Chảy máu: sớm và thường gặp nhất.
- Ngứa, kích thích ở vùng hậu môn
- Đau, khó chịu, do nứt, tắc hoặc nghẹt.



TRĨ NỘI

TRĨ NGOẠI

Sung vùng quanh hậu môn
 Một khối nhô lên gần hậu môn, rất hoặc đau
 Triệu chứng trĩ thường phụ thuộc vào vị trí:
 Trĩ ngoại gây khó chịu nhất,
 Trĩ nội thường ít hoặc không gây đau

Khi trĩ có trĩ NỘI và các búi nhỏ, độc lập nhau. Thì chỉ định thắt trĩ, tiêm xơ búi trĩ...
 Tiêm xơ, thắt trĩ không nên áp dụng trĩ NGOẠI vì người bệnh cực kỳ đau đớn sau đó.
 LASER là gì?... là phương tiện hỗ trợ trong phương pháp điều trị

Dao mổ cắt,
 Kéo mổ thông thường, :
 Dao điện đơn cực,
 Dao điện lưỡng cực,
 Ngoài ra có LASER, siêu âm, hàn mô...

PHẦN II: ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ KHÔNG PHẪU THUẬT

ĐIỀU TRỊ NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT 1. THUỐC - ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT

Thuốc chỉ có tác dụng hỗ trợ điều trị.
 Thuốc uống: Daflon 0.5g
 Thuốc cầm máu nếu bị chảy máu
 Thuốc giảm đau nếu đau nhiều.
 Paracetamol, các thuốc NSAID
 Thuốc tại chỗ: đặt, bôi, bơm vào hậu môn: một số các tên sau Proctolog, Healit rectan, Hemoclin...
 Thuốc chống táo bón nếu có táo bón.

2. THỦ THUẬT - ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT

PHẦN III: ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ CÓ PHẪU THUẬT

KHI NÀO NÊN PHẪU THUẬT

Từ trĩ độ III trở lên.
 Các búi trĩ ngoại sa,
 Các loại trĩ hỗn hợp từ loại II
 Đau không cải thiện khi dùng thuốc...

PHẪU THUẬT CHIA 2 NHÓM

1. CẮT TRĨ

Can thiệp vào búi trĩ, cắt bỏ.
 Phương pháp. Milligan Morgan, Ferguson,...
 Có thể bằng nhiều phương tiện khác nhau.

2. TREO TRĨ

Không can thiệp cắt vào búi trĩ.
 Búi trĩ vẫn còn đó sau phẫu thuật.
 Bao gồm một số phương pháp.
 Sử dụng dụng cụ PPH (Procedure for Prolapse and Hemorrhoids)-tên thường nghe ở VN là Longo.
 Khâu treo triệt mạch trĩ bằng chỉ khâu, tên khác là THD (Transanal hemorrhoidal dearterialization) sử dụng hướng dẫn siêu âm hoặc không.

PHẦN IV: CHÚ Ý QUAN TRỌNG!!!

Triệu chứng bệnh trĩ, chỉ cần thay đổi thói quen ăn uống, sinh hoạt. Sau một thời gian sẽ hết.
 Sử dụng thuốc sẽ hỗ trợ điều trị và giảm các triệu chứng. Chứ KHÔNG chữa khỏi mãi mãi.

Phẫu thuật cắt trĩ KHÔNG làm khỏi hẳn. Nhưng mang lại kết quả lâu dài nhất, và tái phát ít nhất.

Phương pháp nào cũng có tỷ lệ tái phát nhất định. Phẫu thuật chuẩn tại các cơ sở y tế có chuyên môn sâu và trang thiết bị hiện đại Sẽ giảm nguy cơ tái phát.

Không có phương pháp tốt nhất, chỉ có phương pháp phù hợp nhất Tùy thuộc với đặc điểm bệnh trĩ của từng người.

Thực hiện chế độ ăn uống, sinh hoạt và tập luyện hợp lý để có kết quả điều trị lâu dài và ít tái phát.

Khỏi chỉ mang tính thời gian, tái phát lâu hay nhanh phụ thuộc thói quen ăn uống, giữ gìn của người bệnh.

Như vậy kết luận: THẬT HOANG ĐƯỜNG !!!! Khi một số quảng cáo nói, cách này thuốc kia chữa dứt điểm không tái phát bệnh trĩ.

PHẦN V: KHI CÓ 1 TRONG 5 DẤU HIỆU SAU HÃY NGHĨ ĐẾN TRÍ!!!

Hãy nghĩ đến bệnh trĩ khi có một trong những dấu hiệu như sau:

Đại tiện ra máu: Ban đầu, máu chảy ra rất ít, chỉ dính ở giấy vệ sinh hoặc lẫn trong phân, về sau máu chảy ra nhiều thành từng giọt hoặc từng tia tùy thuộc vào cấp độ bệnh trĩ.

Đau rát hậu môn: Người bệnh có cảm giác đau rát hậu môn khi đại tiện, nhất là khi bị táo bón hoặc tiêu chảy. Thường thì cơn đau sẽ kéo dài vài giờ đồng hồ sau khi đại tiện, nhưng khi bệnh nặng thì cơn đau luôn âm ỉ và khó chịu.

Ngứa hoặc kích thích ở vùng hậu môn. Có thời điểm vùng hậu môn ngứa ngáy khó chịu luôn muốn gãi ngứa. Đồng thời người bệnh luôn cảm giác vướng víu sau đi vệ sinh, cảm giác đi không hết hay vừa đi xong lại muốn đi tiếp...

Sa khối vùng quanh hậu môn: Búi trĩ khi phát triển to sẽ sa ra ngoài và có thể tự co lên được, nhưng về sau búi trĩ sa ra ngoài và không thể tự

co lên được, gây ra cho người bệnh nhiều bất tiện.

Hậu môn tiết dịch nhầy: Khi búi trĩ sa ra ngoài, hậu môn luôn tiết dịch nhầy gây mùi khó chịu. Đây là dấu hiệu bệnh trĩ khi bệnh đang phát triển về những giai đoạn cuối.

Khi thấy những dấu hiệu bị trĩ nên chủ động đến các cơ sở y tế chuyên khoa uy tín để thăm khám, không nên nghe quảng cáo có cánh, điều trị bệnh ngay từ giai đoạn đầu sẽ hiệu quả cao.

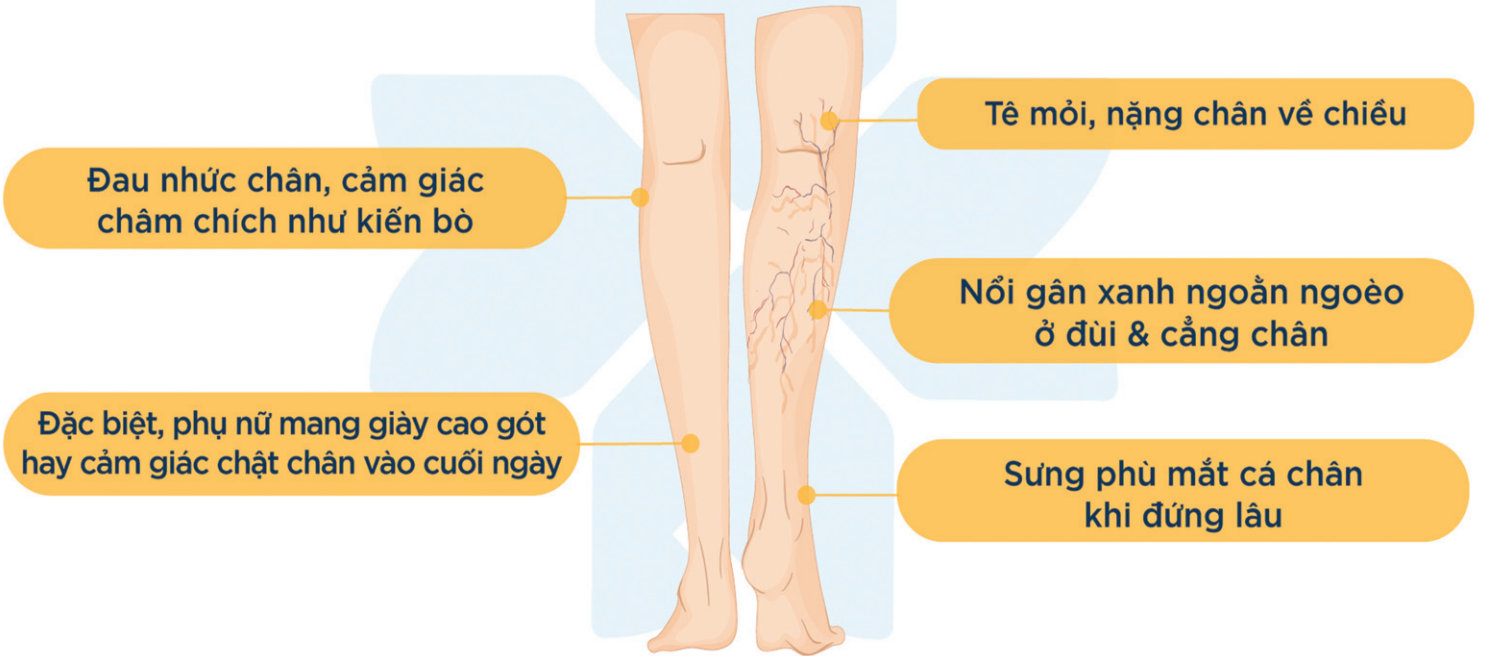
Bệnh trĩ nếu để lâu thì sẽ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như: Mất máu, nghẹt búi trĩ, hoại tử,... Nặng nhất có thể dẫn đến ung thư hóa.

Khi bạn có các dấu hiệu triệu chứng trên hãy liên hệ với các chuyên gia hoặc đi khám để được nghe tư vấn điều trị.



DẤU HIỆU NHẬN BIẾT

SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHÂN



SUY GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

PHẦN I: SÁT THỦ GÂY TỬ VONG THÂM LẶNG !!!

GIÃN TĨNH MẠCH CHI DƯỚI

Là bệnh lý thường gặp, với Tỷ lệ mắc ngày càng tăng đi cùng Giai đoạn đầu các triệu chứng có thể thoáng qua, không rõ ràng, giảm khi nghỉ ngơi, nên người bệnh ít chú ý và dễ bị bỏ qua.

Giai đoạn muộn gây huyết khối tĩnh mạch di chuyển đến phổi gây tắc mạch phổi, tim, não, dẫn đến TỬ VONG.

YẾU TỐ NGUY CƠ

Tuổi cao nguy cơ tăng
Giới nữ hay gặp hơn

Thừa cân, béo phì tăng nguy cơ.
Nghề nghiệp đứng hoặc ngồi lâu,...

BIỂU HIỆN:

Giãn các tĩnh mạch nông dưới da, mất tính thẩm mỹ
Cảm giác nặng nề, mỏi, đau nhức ở chân, đặc biệt khi đứng hoặc ngồi lâu
Ngứa, dị cảm
Chuồn rút vào buổi tối

BIẾN CHỨNG

Phù nề chi dưới,
Thay đổi sắc tố da,
Tĩnh mạch giãn nổi rõ trên da
Viêm da ứ trệ

Loét da lâu lành
Huyết khối tĩnh mạch sâu.

ĐIỀU TRỊ:

Biện pháp không xâm lấn như
Kiểm soát yếu tố nguy cơ,
Thuốc hỗ trợ tĩnh mạch,
Đi tất (vớ) áp lực,
Liệu pháp can thiệp như
Tiêm xơ,
Phẫu thuật,
Sóng cao tần (RFA),
Laser nội mạch (EVLA).

PHẦN II: ĐIỀU TRỊ LASER NỘI TĨNH MẠCH (EVLA) !!!

Là phương pháp điều trị hiện đại sử

dụng năng lượng laser để loại bỏ các tĩnh mạch bị bệnh từ bên trong mà KHÔNG CẦN PHẪU THUẬT.

Đây là phương pháp điều trị được rất nhiều bệnh nhân lựa chọn bởi Tính hiệu quả nhanh chóng
Tính thẩm mỹ cao.

Hầu hết chỉ cần điều trị một lần,
Sau điều trị người bệnh không còn cảm giác nặng nề, mỏi, đau nhức ở chân, cải thiện chất lượng cuộc sống.

TẠI SAO NÊN ĐIỀU TRỊ SUY GIÃN TĨNH MẠCH BẰNG LASER NỘI TĨNH MẠCH?

Ngoài việc loại bỏ phần lớn các triệu chứng của bệnh suy giãn tĩnh mạch, laser nội tĩnh mạch còn mang lại nhiều ưu điểm vượt trội như:

KHÔNG ĐỂ LẠI SẼO

Độ an toàn cao, ít biến chứng

Ít đau và không đau

Thời gian điều trị và phục hồi nhanh chóng

Sau khi điều trị, bệnh nhân có thể xuất viện ngay trong ngày, sinh hoạt và làm việc bình thường

Bài tập có thể thực hiện ở 3 tư thế (tùy điều kiện công việc)



Ở mỗi tư thế, thực hiện lần lượt các động tác sau:



1

Gập duỗi các ngón chân cùng chiều



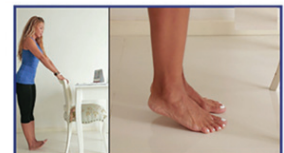
2

Gập duỗi ngón cái ngược chiều với các ngón còn lại



3

Gập duỗi cổ chân



4

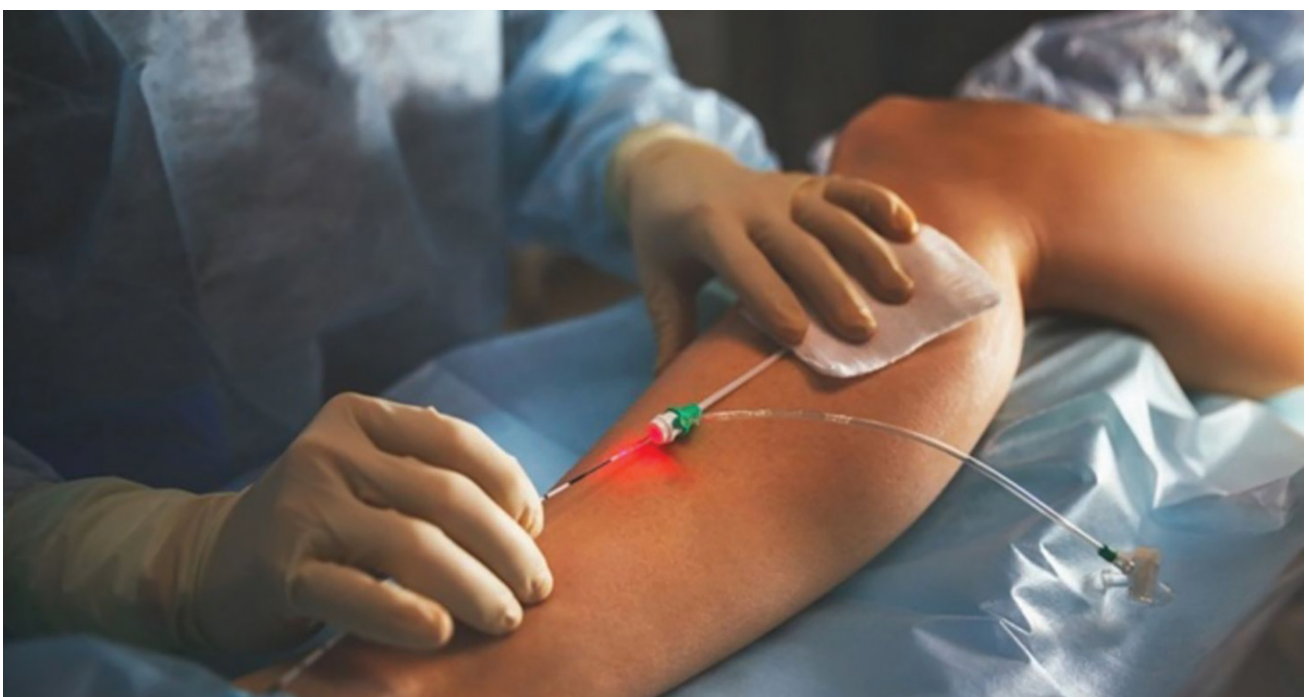
Xoay cổ chân



Mỗi động tác lặp lại 30 lần

Tư thế nằm là tư thế tốt nhất, nên được áp dụng

Xoay cổ chân, gập duỗi các ngón chân ở tư thế đứng, ngồi hoặc nằm có tác dụng phòng ngừa và cải thiện triệu chứng suy giãn tĩnh mạch



TẢN MẠNH VỀ BỆNH SUY GIẢN TĨNH MẠCH MÃN TÍNH

NẾU... THÌ...!!!

Nếu ví cơ thể là một thành phố thu nhỏ

Thì Tĩnh mạch (vein) là hệ thống giao thông một chiều di chuyển "chất" về nơi xử lý.

Nếu Thành phố có đèn xanh, đèn đỏ, CSGT để điều tiết giao thông một chiều.

Thì Tĩnh mạch có hệ thống "van" ngăn dòng máu "chạy" ngược lại.

Nếu đèn xanh đèn đỏ dùng lâu sẽ hỏng, CSGT không đứng chốt, giao thông hỗn loạn.

Thì van tĩnh mạch cũng vậy. Van này bị tổn thương và tĩnh mạch bị giãn, máu chạy loạn xạ trong mạch dẫn đến ứ đọng.

Nếu kẹt xe, tắc đường nó rối loạn giao thông như thế nào
Thì tĩnh mạch suy "van" máu cũng chảy rối loạn y chang như thế.

VÌ ĐÂU NÊN NỖI NẾU...THÌ...???

Một chiếc xe cứu thương hay một xe buýt bị chết máy giữa ngã tư đều gây kẹt xe và ùn ào như nhau.

Ở tĩnh mạch cũng vậy khi một van bị suy dòng chảy bị nghẽn sẽ dẫn đến tĩnh mạch nổi lên trên da chân như cột đình khảm rỗng, phượng.

Bệnh thường ở các nghề phải đứng quá lâu hay ít vận động như

Giáo viên,
Nhân viên bán hàng,
Nhân viên văn phòng,

Trên cơ thể

Quá nặng cân,

Sử dụng quá nhiều thuốc tránh thai,

Ở những người có thói quen

Hút thuốc lá.

Lười vận động,

Mang giày cao gót liên tục,

Đặc biệt các mẹ bầu thì càng bị nặng vì xe đã kẹt đã tắc lại còn bị cản trở bởi "quả núi" ở phía trên chứa em bé ngày càng lớn nhanh.

Bệnh này không lây nhưng nó lại di truyền (theo thống kê lên đến 80% người mắc là có cha, mẹ mắc bệnh). Bệnh xảy ra ở nữ nhiều hơn ở nam và càng lớn tuổi thì càng dễ mắc bệnh.



CHĂM SÓC ĐÚNG CÁCH KHI TRẺ BỊ SỐT



Sốt là tình trạng tăng nhiệt độ của cơ thể trên mức bình thường. Khi con bị sốt, nhiều bậc cha mẹ xử trí lúng túng, thiếu kinh nghiệm hoặc lo lắng quá mức. Do đó, hiểu biết cách chăm sóc trẻ bị sốt là rất cần thiết, hãy tham khảo tư vấn từ bác sĩ Nhi khoa. Ở trẻ em, sốt được xác định khi nhiệt độ cơ thể vượt các mức sau: 38 độ C đo ở hậu môn; 37,5 độ C đo ở miệng; 37,2 C độ đo ở nách. Các dấu hiệu và triệu chứng cho thấy trẻ bị sốt thường là: trẻ cáu gắt hơn bình thường, khó chịu trong người, chạm vào người trẻ thấy nóng, vã mồ hôi...

5 BƯỚC CHĂM SÓC TRẺ BỊ SỐT

Khi trẻ bị sốt, bố mẹ không nên lo lắng quá, cần nhanh chóng thực hiện các bước sau:
Nới lỏng quần áo

Cho trẻ mặc quần áo thoáng mát, tránh mặc quần áo dày khó thoát nhiệt. Nếu trẻ đang đóng bím thì nên cởi bím và cho bé mặc quần.

Bổ sung nước và điện giải cho trẻ
Oresol là loại nước bổ sung điện giải tốt nhất cho trẻ nếu trẻ bị sốt kèm theo tiêu chảy hay nôn, tuy nhiên loại nước này khá khó uống khiến trẻ dễ nôn. Do đó, nên cho trẻ uống từng ít một và nghỉ 5 - 10 phút sau mỗi lần uống.

Chú ý khi pha oresol: bố mẹ cần pha cả gói với số lượng nước theo hướng dẫn, không pha 1/2 hay 1/3 gói vì sẽ làm thay đổi nồng độ các chất điện giải trong dịch dẫn đến những hậu quả đáng tiếc như: trẻ bị co giật, rối loạn tri giác,...

Ngoài ra, nếu bệnh nhi khó khăn trong hợp tác uống oresol, bố mẹ có thể thay thế bằng các chế phẩm

khác như nước lọc, nước trái cây hoặc sữa.

Dùng thuốc hạ sốt cho trẻ

Nếu trẻ sốt $\geq 38,5$ độ C (≥ 38 độ C ở các trẻ có tiền sử sốt cao co giật) cần cho trẻ dùng thuốc hạ sốt. Paracetamol là loại thuốc được khuyến cáo dùng khi chưa loại trừ được trẻ có sốt xuất huyết Dengue hay không.

Ibuprofen chỉ được dùng nếu trẻ không bị sốt xuất huyết Dengue, dùng theo chỉ định của bác sĩ.

Miếng dán hạ sốt: Miếng dán hạ sốt không có tác dụng hạ sốt mà chỉ có tác dụng tạo cảm giác mát, dễ chịu tại vị trí dán.

Chườm ấm

Khi trẻ bị sốt nên kết hợp chườm ấm để hạ sốt cho trẻ. Chườm ấm sẽ khiến lỗ chân lông giãn nở, giãn các mạch máu ngoại vi, tăng khả năng

tản nhiệt, từ đó hạ sốt.

Bố mẹ dùng khăn nhúng vào nước ấm (có thể kiểm tra độ ấm của nước bằng cách nhúng khuỷu tay và cảm giác ấm như khi tắm em bé là được). Nếu nước nguội thì phải pha thêm nước nóng hoặc thay bằng chậu nước ấm khác, kiểm tra nhiệt độ rồi lại lau người cho trẻ.

Sau 15 - 30 phút, đo lại thân nhiệt của trẻ, dừng chườm khi nhiệt độ của trẻ < 37,5 độ C.

Khi chườm, cần chú ý lau nhẹ nhàng, tránh chà xát khiến trẻ đau rát, mẩn đỏ.

Cho trẻ ăn

Khi bị sốt trẻ sẽ kém ăn hơn ngày thường, do đó bố mẹ chỉ cho trẻ ăn nếu trẻ muốn, không nên ép buộc trẻ ăn nếu trẻ không thích.

Nên cho trẻ đến gặp bác sĩ khi có 1 trong các dấu hiệu sau:

- + Trẻ dưới 3 tháng tuổi có sốt \geq 38,5 độ C;
- + Trẻ mệt mỏi;
- + Có phát ban trên da;
- + Có tiêu chảy hoặc nôn nhiều;
- + Trẻ có dấu hiệu mất nước;
- + Có sốt nhiều hơn 3 ngày;
- + Trẻ có vấn đề bệnh lý mạn tính

như: bệnh tế bào máu ác tính, bệnh lý tim mạch, ung thư hoặc Lupus.

Sốt là không thể tránh khỏi và trẻ chỉ có thể thoải mái trở lại khi hết sốt, do đó hãy tìm đến chăm sóc y tế khi cần thiết.

Xử trí co giật do sốt tại nhà

Co giật do sốt xảy ra ở khoảng 2 - 5% trẻ, độ tuổi thường gặp là từ 6 tháng - 5 tuổi đặc biệt từ 12 - 18 tháng. Co giật do sốt thường xảy ra trong ngày đầu tiên bị bệnh, và khi nhiệt độ của trẻ lớn hơn 39 độ C. Con co giật thường kéo dài 1 - 2 phút và không gây tổn thương não cũng như sự phát triển về trí tuệ của trẻ sau này.

Một số trường hợp cơn co giật kéo dài trên 10 phút, đặc biệt là những bệnh nhân co giật khu trú, hoặc những bệnh nhân co giật nhiều hơn 1 cơn trong 24h có nguy cơ tiến triển thành động kinh.

Phần lớn co giật do sốt sẽ tự hết trong vài phút. Nếu trẻ có co giật do sốt, cha mẹ cần bình tĩnh và thực hiện các bước sau:

Đặt trẻ nằm nghiêng ở bề mặt phẳng, đảm bảo trẻ không bị rơi. Bắt đầu tính giờ. Loại bỏ những đồ vật

sắc, cứng gần trẻ. Nới lỏng quần áo. Quan sát cơn giật của trẻ. Không đặt bất kỳ thứ gì vào miệng trẻ. Không động vào trẻ hoặc ôm trẻ.

Dự phòng co giật

Có thể hạn chế phần nào co giật do sốt bằng việc kiểm soát tốt cơn sốt của trẻ. Cho trẻ sử dụng thuốc hạ sốt nhóm paracetamol hoặc ibuprofen lúc bắt đầu có sốt để làm trẻ thoải mái hơn, và giúp hạ sốt. Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc này không được khuyến cáo ở những bệnh nhân không có sốt.

Phần lớn các trường hợp, điều trị dự phòng co giật không được khuyến cáo, vì nguy cơ và tác dụng không mong muốn của việc dùng thuốc chống co giật hằng ngày lớn hơn so với lợi ích của nó.

LỜI KHUYÊN CỦA THẦY THUỐC

Đến cơ sở y tế gần nhất càng sớm càng tốt sau cơn co giật đầu tiên của trẻ, mặc dù cơn giật chỉ kéo dài vài phút. Gọi cấp cứu nếu cơn co giật kéo dài hơn 5 phút, hoặc đi kèm với các triệu chứng như: Nôn, gáy cứng, rối loạn nhịp thở, li bì.





HẠ SỐT AN TOÀN

Dùng khăn ẩm lau toàn thân, đặc biệt lau nhiều ở trán, 2 hốc nách và bẹn, thay khăn 2-3 phút/lần. Tuyệt đối không dùng nước lạnh, nước pha rượu hoặc cồn để lau



KHÔNG Ủ ẤM

Mặc quần áo thấm hút mồ hôi, không ủ ấm, nằm nơi thoáng mát, tránh gió



UỐNG NHIỀU NƯỚC

Uống nhiều nước hoặc các dung dịch khác như sữa, nước trái cây, tốt nhất là uống nước oreson để bù nước cho cơ thể



UỐNG THUỐC HẠ SỐT

Khi trẻ sốt trên 38,5 độ C phải cho trẻ uống thuốc hạ sốt theo liều lượng quy định



NHẬP VIỆN

Đưa trẻ đến bệnh viện khi trẻ bắt đầu có một số biểu hiện bất thường như sốt cao liên tục (trên 39 độ C), khô khè, khó thở, ngủ li bì, khó đánh thức, co giật kèm tay chân lạnh, nôn hết những gì đã bú hoặc ăn, mô ác phồng cao, cổ cứng, xuất huyết, bở bủ, tiêu chảy....

! LƯU Ý

- Theo các chuyên gia, hiện nay có nhiều loại thuốc hạ sốt trên thị trường với các thành phần khác nhau như Paracetamol, Ibuprofen, Aspirin...
- Những thuốc có chứa Paracetamol được tin dùng cho trẻ do ít tác dụng phụ và an toàn nhất
- Thuốc có nhiều dạng và có thể dùng đường uống hoặc đặt hậu môn
- Cần nhắc khi dùng thuốc có thành phần Aspirin và Ibuprofen để hạ sốt cho trẻ vì Aspirin có thể gây tổn thương não, còn Ibuprofen có thể gây các phản ứng khó chịu đến đường tiêu hóa

! TUYỆT ĐỐI KHÔNG LÀM NHỮNG VIỆC SAU

DỪNG TAY ĐO THÂN



Cách xác định thân nhiệt cho trẻ bằng thói quen dùng tay sờ trán sẽ không chính xác. Có thể xác định sơ bộ bằng cách dùng tay sờ nách trẻ, nhưng không nên sờ tay chân vì khi sốt cao, tay chân có thể bị lạnh, khiến việc đánh giá tình trạng bị sai

DỪNG MIẾNG DÁN THAY



Cơ chế hạ nhiệt của miếng dán được quảng cáo là hấp thu nhiệt và phân tán ra ngoài nhưng thực tế chưa có nghiên cứu khoa học nào chứng minh tác dụng của phương pháp này

CHườM LẠNH



Khi thấy con sốt cao, một số người tìm mọi cách để làm mát cơ thể cho con như chườm túi đá lạnh, lau người bằng nước lạnh, nước pha rượu hoặc cồn, chà chanh... Tuy nhiên, bác sĩ cảnh báo những phương pháp này không những không hiệu quả trong việc hạ sốt mà còn có thể gây nguy hiểm cho trẻ.

Khi chườm lạnh, sờ da trẻ sẽ thấy mát hơn nhưng thực tế nhiệt độ cơ thể không giảm, thậm chí trẻ có thể bị ốm nặng hơn vì ngấm lạnh vào người. Hơn nữa, việc chườm hay lau người bằng nước lạnh khi cơ thể trẻ đang nóng có thể gây chênh lệch nhiệt độ quá mức, dẫn tới bóng lạnh và suy hô hấp

CẠO GIÓ



Cạo gió để cắt sốt là quan niệm có ở nhiều nơi. Tuy nhiên các chuyên gia cho biết, cạo gió có thể khiến trẻ dễ bị bầm tím da, thậm chí là chảy máu, khó đông máu hay nhiễm trùng từ các dụng cụ cạo gió trên da

CÁCH CHĂM SÓC BỆNH NHÂN BASEDOW



Điều trị và chăm sóc đúng cách giúp người bệnh basedow đạt được trạng thái bình giáp và không xuất hiện các biến chứng, thoải mái về tinh thần

Đối với bệnh nhân basedow nếu được điều trị phù hợp thường sẽ có tiên lượng tốt. Tuy nhiên khả năng tái phát tương đối cao, lên tới trên 50% ở những bệnh nhân được điều trị bằng thuốc kháng giáp trạng tổng hợp.

Một số bệnh nhân có thể xuất hiện bệnh mắt, tim mạch và những hậu quả tâm lý mặc dù được điều trị tích cực. Đặc biệt bệnh nhân có nguy cơ tử vong do nguyên nhân tim mạch,

mạch máu não, gãy xương. Ngoài ra người bệnh trong quá trình điều trị cũng dễ bị béo phì và kháng insulin. Do đó, việc chăm sóc bệnh nhân basedow cần chú ý đến các nội dung sau:

Chăm sóc tinh thần cho người bệnh
Người bệnh nên ở phòng thoáng mát, yên tĩnh tránh căng thẳng, stress và thực hiện theo hướng dẫn của bác sĩ trong quá trình điều trị.

CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH

Bệnh nhân nghỉ ngơi tránh đi lại nhiều. Nếu điều trị ngoại trú, người

bệnh không được lao động nặng. Chế độ ăn uống nên chọn thức ăn phù hợp với tình trạng bệnh, ví dụ: thức ăn giàu calo, ăn đồ mát, uống nước mát, tăng cường rau xanh, quả tươi, không sử dụng các chất kích thích.

CẦN CHĂM SÓC MẮT NGƯỜI BỆNH ĐÚNG CÁCH

Người bệnh cần hạn chế muối trong chế độ ăn và nằm đầu cao khi ngủ để giúp giảm tình trạng phù quanh mắt. Sử dụng dung dịch nhỏ mắt sinh lý để tránh bị khô mắt, dùng thuốc mỡ vào ban đêm, dùng kính màu tránh tình trạng sợ ánh sáng và



CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG HỢP LÝ

dùng kính che kín để phòng tổn thương do gió và bụi. Cùng với đó, bệnh nhân basedow nên luyện tập những cơ ngoài mắt có thể phòng được chứng song thị và khám mắt thường xuyên để phát hiện tình trạng tấy đỏ hoặc loét giác mạc.

NGĂN NGỪA CÁC BIẾN CHỨNG CHO NGƯỜI BỆNH

Điều trị và chăm sóc đúng cách giúp người bệnh basedow đạt được trạng thái bình giáp và không xuất hiện các biến chứng, thoái mái về tinh thần. Hàng ngày cần theo dõi sát mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở, trạng thái tinh thần như: bệnh nhân có lo lắng, hốt hoảng, vật vã, sốt

cao, vã mồ hôi, nôn mửa, khát nước, mạch có loạn nhịp không... Người bệnh được theo dõi chặt chẽ tình trạng trước, trong và sau khi dùng thuốc; người bệnh cần được hướng dẫn vệ sinh thân thể: tắm, gội bằng nước sạch, thay ga trải giường để tránh mắc các bệnh về da.

GIÁO DỤC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH VÀ NGƯỜI NHÀ

Người bệnh cần được giải thích để giảm sự lo lắng và yên tâm điều trị về bệnh của mình, nếu điều trị tích cực bệnh sẽ ổn định và tránh được các biến chứng. Bên cạnh đó, người bệnh nên xin tư vấn của bác sỹ điều trị về hướng dẫn cách dùng thuốc,

cách chọn thức ăn phù hợp.

Lưu ý: Bệnh nhân basedow cần kiểm tra sức khỏe định kỳ theo lịch hẹn và khi có các dấu hiệu bất thường. Sau khi điều trị bệnh nhân sẽ đạt được kết quả mong đợi như:

Tinh thần và thần kinh ổn định

Mạch trở về bình thường

Mắt người bệnh được chăm sóc đúng cách

Bệnh nhân hết lo lắng, yên tâm điều trị

Không xuất hiện cơn bão giáp trạng

Bệnh nhân đỡ mệt, lên cân.

THS. BS HỒNG LOAN

TÌM HIỂU VỀ LIỆU PHÁP OZON MÁU



Liệu pháp ozone máu là một liệu pháp hữu ích giúp tăng cường hệ miễn dịch, hỗ trợ điều trị 33 bệnh lý nguy hiểm được ứng dụng tại nhiều quốc gia Châu Âu.

1. OZONE LÀ GÌ?

Ozone (O₃) là dạng năng lượng cao của oxy (O₂), tính oxy hoá mạnh hơn oxy và clo. Do đặc tính khử trùng mạnh mẽ, ozone được ứng dụng trong khử khuẩn nguồn nước và làm chất thanh lọc nước uống trên toàn thế giới.

Trong y tế, với quy trình chuyên biệt và nồng độ ozone phù hợp, liệu pháp Liệu pháp Ozone máu sẽ đem lại lợi ích sinh học tối đa cho cơ thể. GS. Andzej Barcikowsky thuộc Học viện Y khoa Warszawa (Nga) viết trong cuốn sách Ozone Therapy: “Không

thể tìm được một chất khí nào có những tác dụng đối với cơ thể con người nhiều như ozone”.

2. ỨNG DỤNG CỦA OZONE TRONG Y TẾ

Hiệp hội Ozone Quốc tế tổ chức Đại hội Ozone Quốc tế 2 lần/năm đã thu hút các bác sỹ và chuyên gia trên 25 quốc gia, như Brazil, Đức, Nga, Tây Ban Nha, Ý, Thổ Nhĩ Kỳ, Áo... Hơn 3,000 tài liệu ở Đức nghiên cứu tính an toàn trong 5 năm và các nhà sản xuất báo cáo hơn 7,000 bác sỹ ở châu Âu sử dụng ozone một cách an toàn, hiệu quả, thậm chí có người dùng trong 40 năm.

Liệu pháp ozone hỗ trợ các ca bệnh ung thư, đái tháo đường, hoạt hóa miễn dịch đối với các bệnh dị ứng và cải thiện sức đề kháng vốn có của

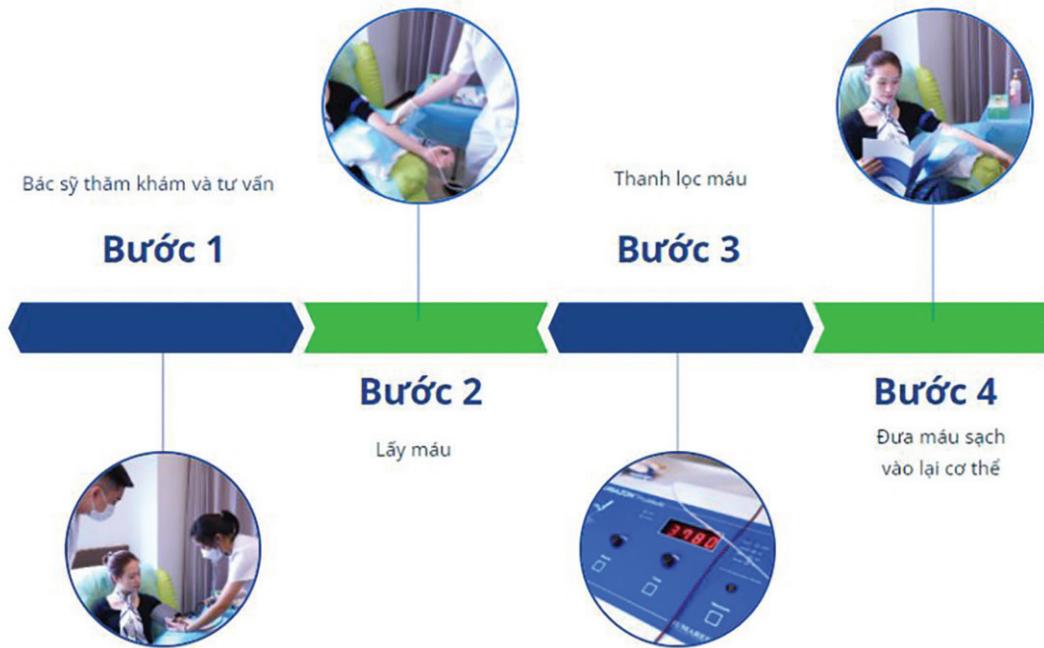
cơ thể. Ozone y tế không gây bỏng mắt và không ảnh hưởng tới da, mũi và tai. Ngoài ra, ozone còn được dùng để khử trùng nước y tế và không gian trong bệnh viện.

3. TÁC DỤNG CỦA LIỆU PHÁP LIỆU PHÁP OZONE MÁU

Khi ozone y tế đi vào máu, nó bị phân tách thành O₂ và O, các tế bào khô mạnh sản sinh ra các enzym chống oxy hóa và hấp thụ O₂, từ chối O, nguyên tử oxy còn lại sẽ trung hòa các tế bào bị bệnh.

Với nồng độ phù hợp, ozone khi được đưa vào máu sẽ kích hoạt hệ thống miễn dịch, từ đó tăng sức đề kháng giúp phòng chống bệnh tật. Khi tiếp xúc với ozone y tế, các tế bào miễn dịch sẽ tạo ra một loạt các hoạt động và phản ứng miễn dịch có lợi cho cơ

Quy trình thanh lọc máu Ozone theo tiêu chuẩn của Đức



thể, chống lại các tác nhân gây bệnh.

Các chuyên gia trên thế giới cũng đã chứng minh, thanh lọc máu bằng ozone sẽ giúp chúng ta trẻ hóa cơ thể, ngăn ngừa và làm chậm lại quá trình lão hóa, đào thải gốc tự do, nâng cao sức đề kháng bảo vệ cơ thể, giải quyết cơ bản các vấn đề sức khỏe liên quan đến lão hóa.

Hơn nữa, giới khoa học và các bác sỹ ở nhiều bệnh viện trên thế giới đã liệt kê 33 căn bệnh nguy hiểm phổ biến có tiến triển tích cực khi trị liệu bằng ozone gồm:

- Thiếu máu các chi do bệnh xơ vữa động mạch và tiểu đường gây ra
- Thiếu năng tuần hoàn não và cơ tim
- Các bệnh ngoài da (mụn nhọt, mẩn ngứa, dị ứng)
- Đái tháo đường, kháng insulin
- Nhiễm trùng, các biến chứng đái tháo đường
- Viêm ruột già và hậu môn
- Bệnh thiên đầu thống
- Bệnh rối loạn trí nhớ, Stress
- Viêm gan và xơ gan
- Nồng độ cholesterol trong máu cao
- Rối loạn mỡ máu, các bệnh chuyển hóa
- U hạch, Ung thư, Gout
- Bệnh viêm khớp dạng thấp

- Lão suy, Alzheimer, Herpes, Parkinson...

- Phục hồi sức khoẻ sau bệnh nặng.
- Suy yếu hệ thống miễn dịch.
- Các bệnh về cơ xương khớp và cột sống.
- Các bệnh về đường tiêu hóa,...

4. ĐỐI TƯỢNG NÀO NÊN THANH LỌC MÁU BẰNG OZONE?

Bệnh nhân cần phục hồi sau khi mắc Covid-19

Liệu pháp Ozone máu sẽ giúp kích thích khả năng miễn dịch của cơ thể, nhờ đó chống lại nhiễm trùng và chữa lành tổn thương do virus SARS-CoV-2 gây ra.

Người mắc bệnh ung thư

Bệnh nhân ung thư cần phải thực hiện xạ trị để khống chế tế bào ung thư. Tuy nhiên, xạ trị không chỉ tiêu diệt tế bào ung thư mà còn ảnh hưởng đến các tế bào thường. Ngoài ra, xạ trị còn để lại nhiều tác dụng phụ như: rụng tóc, phù nề, mẩn kinh sớm, phỏng rộp da, mệt mỏi,...

Liệu pháp Ozone máu sẽ giúp hạn chế các biến chứng do xạ trị gây ra, đồng thời làm giảm đau đớn và những áp lực trong quá trình điều trị. Người mắc bệnh tim mạch

Khi sử dụng liệu pháp Ozone, hoạt tính chống oxy hóa tăng lên đồng thời giảm các quá trình peroxid hóa lipid dẫn đến sự phục hồi cấu trúc màng và sự cân bằng điện giải, loại bỏ các rối loạn dẫn truyền cục bộ, hạ lipid máu làm giảm nguy cơ hội chứng rối loạn nhịp.

Người mắc bệnh tiểu đường, các biến chứng

Liệu pháp Ozone góp phần giảm nguy cơ biến chứng của bệnh tiểu đường. Ozone có thể điều chỉnh stress oxy hóa bằng cách kích hoạt hệ thống miễn dịch và chống oxy hóa của cơ thể. Đồng thời, ozone còn có khả năng chống viêm hiệu quả giúp hỗ trợ điều trị viêm loét chi – biến chứng nguy hiểm nhất của bệnh tiểu đường.

Người mắc các bệnh về, xương, khớp
Dựa trên đặc tính điều hòa miễn dịch và chống viêm của ozone, liệu pháp thanh lọc máu với ozone được áp dụng trong điều trị thoái hóa khớp hoặc viêm khớp hoạt động của khớp gối và vai.

Người mắc các bệnh về gan

Ozone y tế hỗ trợ tích cực trong việc điều trị viêm gan do virus cũng như các nguyên nhân khác như rượu bia hay gan nhiễm mỡ. Liệu pháp này

được ứng dụng điều trị viêm gan A, viêm gan B tại nhiều quốc gia trên thế giới.

Người muốn chủ động chăm sóc sức khỏe, tăng sức đề kháng, đẩy lùi bệnh tật

Liệu pháp Ozone máu là xu hướng mới giúp chăm sóc sức khỏe chủ động một cách toàn diện giúp tăng cường sức đề kháng, đẩy lùi bệnh tật, đặc biệt là các căn bệnh thường gặp phải trong độ tuổi trung niên.

5. CHỐNG CHỈ ĐỊNH CỦA LIỆU PHÁP OZONE MÁU

GS. Andzej Barcikowsky cũng cho biết thêm không nên áp dụng liệu pháp Ozone đối với những người bị chứng cường tuyến giáp, phụ nữ đang mang thai, người bị ngộ độc cồn, cần nhắc với các trường hợp đang mắc bệnh cấp tính.

6. QUY TRÌNH LIỆU PHÁP OZONE MÁU

Liệu trình thanh lọc máu gồm 10 lần, mỗi lần chỉ diễn ra trong khoảng 30-50 phút. Trong quá trình thực hiện, bệnh nhân vẫn hoàn toàn tỉnh táo.

+ Bước 1: Thăm khám

Bác sĩ sẽ thăm khám để nắm bắt tình trạng sức khỏe của bệnh nhân và tư vấn liệu trình hiệu quả nhất.

+ Bước 2: Lấy máu

Bác sĩ lấy một lượng máu phù hợp với thể trạng của bệnh nhân, sau đó đưa vào máy Ozone y tế.

+ Bước 3: Thanh lọc máu

Ozone (O₃) hòa trộn với máu, chia tách thành O₂ và O. Các hồng cầu khỏe tiếp nhận O₂ để nuôi dưỡng tế bào khỏe mạnh, còn hồng cầu yếu tiếp nhận O để trung hòa tế bào bị bệnh.

+ Bước 4: Đưa máu sạch trở lại cơ thể

Sau quá trình thanh lọc bằng ozone, máu sẽ được truyền trở lại cơ thể.

7. THIẾT BỊ HỖ TRỢ LIỆU PHÁP OZONE MÁU

Máy Humazon ProMedic được kiểm chứng đạt tiêu chuẩn DIN EN ISO 9001:2008 và DIN EN ISO 13485:2003 của CHLB Đức.

Dụng cụ y tế như ống tiêm, kim tiêm, bình chứa máu mỗi lần đều được thay mới, những đồ dùng đã sử dụng đều được tiêu hủy nên rủi ro bị truyền nhiễm thấp. Nếu thực hiện ở bệnh viện có cơ sở vật chất đảm bảo thì có thể nói rằng liệu pháp thanh lọc máu Ozone đảm bảo vô khuẩn, không lây nhiễm chéo, không bệnh truyền nhiễm.

8. CHỌN LIỆU PHÁP OZONE MÁU

VỚI BÁC SĨ UY TÍN

Trước đây, để sử dụng liệu pháp thanh lọc, thải độc máu Ozone với quy trình tiêu chuẩn của châu Âu, gần 10,000 người Việt Nam phải sang Đức ít nhất 2 lần/năm.

Hãng German Health Solutions – CHLB Đức đã chuyển giao độc quyền công nghệ Liệu pháp Ozone máu tại Việt Nam. Thay vì phải sang nước ngoài, người bệnh hoàn toàn có thể trải nghiệm liệu trình y học hiện đại đạt chuẩn quốc tế cùng dịch vụ đẳng cấp đem lại hiệu quả điều trị cao ngay tại Thủ đô.

Liệu pháp Ozone máu đã được ứng dụng tại một số nơi nhưng thường bị quảng cáo quá mức, liều Ozone không chỉ định đúng với các cơ thể với các bệnh lý khác nhau, đáp ứng khác nhau; một số nơi không do bác sĩ thực hiện, hoặc bác sĩ thực hiện không được đào tạo chuyên sâu nên hiệu quả không cao, chỉ định không đúng, gây tổn kém.

Liệu pháp Ozone máu đang ngày càng phổ biến tại Việt Nam, tuy nhiên người bệnh hãy chọn các Bác sĩ uy tín, có chuyên môn cao, có khả năng chỉ định đúng, biết chọn liều điều trị hiệu quả, đánh giá trước và sau liệu pháp mới đạt được hiệu quả cao.

THÙY LINH



ĐỘC TỐ AGEs VÀ CÁCH ĐỂ LOẠI RA KHỎI CƠ THỂ



Bác sĩ đo AGE cho bệnh nhân.

AGE viết tắt từ cụm từ tiếng Anh Advanced Glycation Endproducts, có nghĩa là các sản phẩm glycat hóa bền vững (đôi khi còn gọi là glycosyl hóa không enzyme). AGE là sản phẩm cuối cùng của phản ứng tạo liên kết ngang giữa đường và protein hoặc lipid hoặc peptides.

AGE viết tắt từ cụm từ tiếng Anh Advanced Glycation Endproducts, có nghĩa là các sản phẩm glycat hóa bền vững (đôi khi còn gọi là glycosyl hóa không enzyme). AGE là sản phẩm cuối cùng của phản ứng tạo liên kết ngang giữa đường và protein hoặc lipid hoặc peptides. Chất này đã được phát hiện có mối liên quan với nhiều bệnh tật và các vấn đề sức

khỏe như bệnh tiểu đường, bệnh tim, bệnh thận, bệnh mất trí nhớ, bệnh Alzheimer, đột quỵ, viêm khớp, loãng xương, lão hóa da, vết thương khó lành, bệnh lý vông mạc, bệnh nha chu và nhiều bệnh khác...

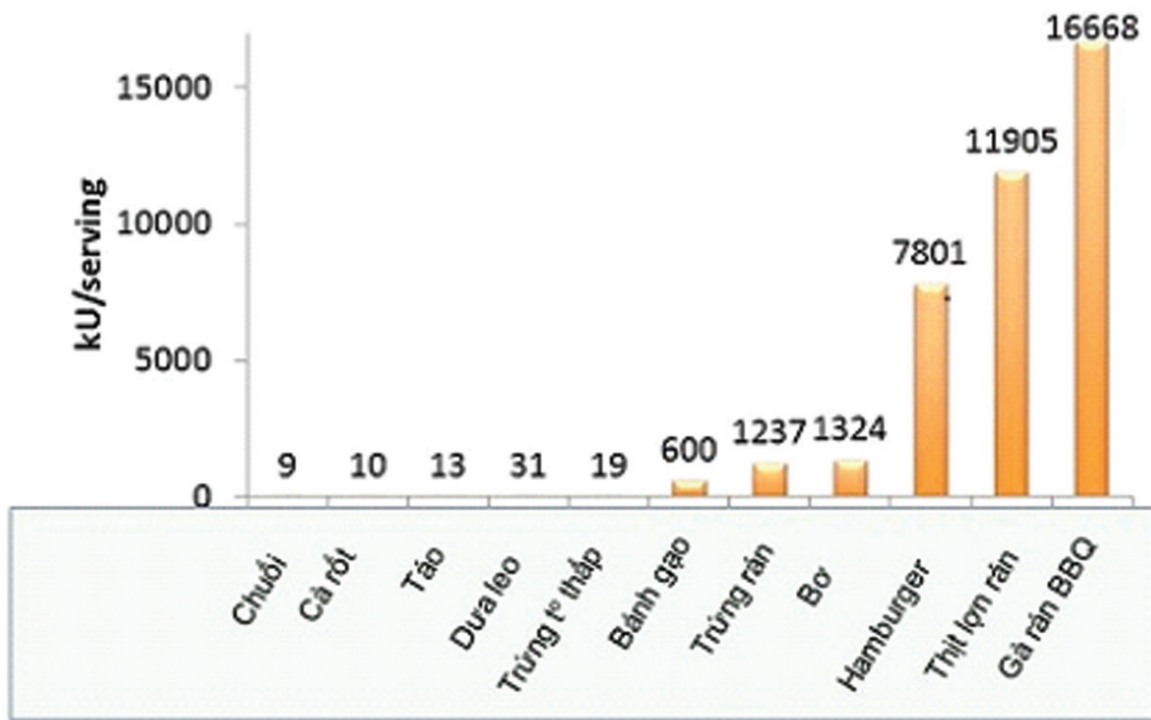
AGE được tích lũy trong cơ thể chúng ta từ 2 nguồn: nguồn ngoại sinh và nội sinh. Nguồn ngoại sinh từ thức ăn, nước uống chúng ta ăn vào cơ thể chúng ta hàng ngày. AGE nội sinh là AGE do cơ thể chúng ta tự tạo ra bởi phản ứng glycat hóa, phản ứng xảy ra giữa protein và đường dư. Theo thời gian AGE tích lũy theo tuổi tác, ngày càng nhiều và gây hại cho cơ thể. Câu hỏi đặt ra cho các nhà nghiên cứu và chăm sóc sức khỏe là

làm thế nào để định lượng AGE và cách thức để làm giảm chất độc AGE trong cơ thể. Có nhiều cách kiểm tra AGE và cho các kết quả và ý nghĩa khác nhau:

Cách đo Chỉ số AGE:

- Xét nghiệm máu: AGE định lượng qua xét nghiệm máu, là một trong những chỉ số dùng để đánh giá bệnh đái tháo đường (gọi là chỉ số HA1C (Hoặc HbA1C)). HA1C là một chỉ số vàng giúp bác sĩ kiểm tra độ ổn định của đường huyết. Tuy nhiên chỉ số này chỉ kiểm tra được lượng AGE trong máu, chứ không phải tại mô và trên da.

- Xét nghiệm nước tiểu: phép đo này có nhiều hạn chế vì xét nghiệm tiến



Hàm lượng AGE trong một số thực phẩm.

hành trên mẫu nước tiểu đào thải ra khỏi cơ thể, những yếu tố bên ngoài có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của kết quả.

- Sinh thiết da: Cần lấy một phần mô da và chuyển tới phòng xét nghiệm. Đây là phương pháp gây tổn thương nhất nhưng đồng thời cũng cho kết quả chính xác nhất.

Cả ba phương pháp trên đều là những xét nghiệm xâm lấn. Với sự phát hiện về đặc tính phát huỳnh quang của AGE, trên thị trường đã xuất hiện những thiết bị mới để đo AGE dễ dàng và chính xác hơn.

- Máy đọc AGE (AGE Reader): là một thiết bị y khoa có giá trị cho việc chuẩn đoán bệnh được dùng bởi các bác sĩ, chuyên gia trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe để đo lượng AGE trong mô. Máy AGE Reader là một máy quang phổ kế chỉ mức độ phát huỳnh quang của AGE trong da. Phương pháp không xâm lấn này được thử nghiệm và đã chứng minh có độ chính xác tương đương phương pháp sinh thiết da.

Máy quét TruAge (TruAge Scanner): là một máy đo AGE có độ chính xác tương tự với tiêu chuẩn của y tế. TruAge Scanner được phát triển dựa

trên cơ sở của máy AGE Reader, tuy nhiên nó được xếp loại là thiết bị tham khảo hơn là một thiết bị y tế, và được vận hành bởi các nhân viên đã được huấn luyện.

Chúng ta có thể biết được chỉ số AGE thông qua các phép đo, nhưng quan trọng & ý nghĩa hơn là phương thức ngăn ngừa sự tích lũy và giảm AGE trong cơ thể. Việc hạ thấp AGE không chỉ giúp chúng ta chống lại sự lão hóa trên da mà còn giúp ngăn ngừa và giảm sự lão hóa của các mô, các cơ quan bên trong cơ thể con người, đó mới là yếu tố quan trọng.

Các giải pháp ngăn ngừa và làm giảm sự tích lũy AGE trong cơ thể: Hiểu biết về AGE: Trước khi bắt đầu, chúng ta cần phải nhận thức đúng về AGE. Giờ đây AGE vẫn còn là một khía cạnh mới của khoa học. Hàng trăm các bài báo, công trình nghiên cứu khoa học đã được xuất bản với các nội dung về tác dụng gây hại của AGE và cách thức để giảm tác dụng bất lợi này.

Tập thể dục/vận động thể lực thường xuyên:

Khi tập thể dục/vận động sẽ làm tiêu hao lượng đường và chất béo dư thừa trong cơ thể giúp chúng ta có

một hệ miễn dịch khỏe hơn. Tập thể dục thường xuyên cũng giúp giảm đáng kể lượng AGE và tác dụng bất lợi của AGE.

Duy trì chế độ ăn lành mạnh và đủ dinh dưỡng:

AGE rất phổ biến trong thực phẩm. Khi chúng ta ăn thực phẩm chứa AGE, lượng hấp thụ vào cơ thể khoảng 30%. Như vậy để giảm AGE chúng ta phải giảm yếu tố nguy cơ tăng AGE cao, và tăng yếu tố làm giảm AGE. Với thực phẩm ăn uống chúng ta cần lưu ý:

- Tránh ăn thực phẩm chế biến sẵn, giàu đường, nấu quá lâu, đã bị caramen hóa.

- Nên ăn trái cây, rau quả vì sẵn có lượng AGE thấp đồng thời chứa các chất chống oxy hóa tự nhiên có thể làm giảm AGE

- Giảm ăn chất béo bão hòa, thịt mỡ và thực phẩm chế biến ở nhiệt độ cao (chiên-rán, nướng...)

- Nên tăng ăn cá, quả họ đậu, hạt và thực phẩm được nấu ở nhiệt độ thấp như luộc, hấp, chần, kho rim.

Giảm stress (căng thẳng) trong cuộc sống và ngủ đủ cũng là 2 nhân tố tốt để giảm lượng AGE trong cơ thể. Như vậy cùng với việc điều chỉnh chế

Nhóm thử nghiệm	AGE(pg/mL)
Nhóm trắng	26.4±3.74
Nhóm chứng	36.9±4.67 **
Nhóm liều thấp	32.7±4.26 **
Nhóm liều trung bình	31.4±4.32 *
Nhóm liều cao	30.1±5.19 **

Bảng 1: Hàm lượng AGE ở các nhóm với * P < 0.05; ** P < 0.01,



Quả Noni giàu hoạt chất sinh học iridoids.

độ ăn và lối sống, vận động đã giúp ngăn ngừa sự hình thành và tích lũy AGE trong cơ thể. Tuy nhiên, nếu chúng ta có lượng AGE cao và cần phải giảm thì có cách nào can thiệp? Đó là chủ đề nghiên cứu của nhiều nhà khoa học trong thời gian gần đây.

Các can thiệp sức khỏe tiềm năng: Song song với các giải pháp trên đi từ chế độ ăn và lối sống, các nhà nghiên cứu cũng tìm kiếm các chất có thể làm giảm lượng AGE trong cơ thể. AGE là chủ đề của các nghiên cứu hiện nay. Có 3 hướng tiếp cận điều trị: chống lại sự hình thành AGE, làm bẻ gãy liên kết ngang của AGE sau khi chúng được hình thành và chống lại tác dụng bất lợi của

AGE.

- Các hợp chất ức chế sự hình thành AGE được thử trong phòng thí nghiệm (phòng lab) bao gồm Vitamin C, benfotiamine, pyridoxamine, alpha-lipoic acid, taurine, pimegin, aspirin, carnosine, metformin, pioglitazone, và pentoxifylline.

- Các hợp chất có thể chống lại tác dụng bất lợi của AGEs, đã thử trong phòng thí nghiệm bao gồm resveratrol

- Các chất có thể giúp liên kết AGE hình thành bao gồm Alagebrium và Nphenacyl thiazolium bromide Những cây thuốc giàu hoạt chất sinh học iridoids cũng là tâm điểm trong các nghiên cứu, đặc biệt nghiên cứu về tác dụng giảm AGE của iridoids.

Thử nghiệm in vitro (trong ống nghiệm), mức độ ức chế hình thành AGE của các sản phẩm bổ sung hoạt tính sinh học giàu iridoids là Original, Extra, Max tương ứng là 7,72; 14,24; 19,38 %. Các nghiên cứu tiền lâm sàng trên sản phẩm Max giàu nguồn iridoids từ quả Sơn thù, noni, việt quất và lá oliu cho thấy, Max có tác dụng giảm AGE đáng kể. Dưới đây là tóm tắt số liệu nghiên cứu về việc giảm AGE khi dùng Max đã được đăng tải trên báo khoa học Advance Journal of Food Science and Technology, Mỹ, năm 2012.

Nhóm trắng: chuột khỏe mạnh, bình thường; Nhóm chứng: chuột đái tháo đường; Nhóm liều thấp: chuột đái tháo đường liều dùng 2 ml Max 25%, 2 lần/ngày; Nhóm liều trung bình: chuột đái tháo đường liều dùng 2 ml Max 50%, 2 lần/ngày; Nhóm liều cao: chuột đái tháo đường liều dùng 2 ml Max 100%, 2 lần/ngày.

Nghiên cứu tiền lâm sàng cho thấy Iridoids giảm đáng kể lượng AGE. Gần Max cũng đã và đang thử nghiệm lâm sàng trên người cho thấy kết quả khả quan về tác dụng giảm AGE trên lâm sàng

AGE là một góc nhìn khoa học mới trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, kéo dài sự trẻ trung cả bên ngoài và bên trong cơ thể con người. Con người ngày càng có nhiều cơ hội sống khỏe hơn, tuổi thọ cao hơn khi biết kiểm soát lượng AGE trong cơ thể của mình.

TS. ĐỖ ĐÌNH TÙNG

MỘT SỐ LƯU Ý DINH DƯỠNG PHỤC HỒI SAU ĐIỀU TRỊ COVID-19



Dinh dưỡng chiếm vai trò quan trọng sau khi hồi phục COVID-19. Bệnh nhân cần một số lưu ý sau:

CHĂM SÓC DINH DƯỠNG ĐẦY ĐỦ

Để phục hồi tốt nhất sau COVID-19. Bổ sung dinh dưỡng, chất xơ protein/ tinh bột và vitamin để phục hồi tối đa các mô bị tổn thương. Chế độ ăn uống bắt đầu bằng nhiều bữa ăn nhỏ, có đủ rau xanh, trái cây, protein và tinh bột.

Các vitamin và khoáng chất chống oxy hóa có nhiều tác dụng tốt với người sau điều trị bệnh là vitamin A, C, D, E và chất khoáng như sắt, kẽm,...có vai trò trong chống viêm, chống nhiễm trùng.

Rau quả là nguồn cung cấp các vitamin - khoáng chất và chất xơ. Vitamin và chất khoáng có vai trò rất quan trọng giúp nâng cao sức đề kháng và miễn dịch chống lại các virus, vi khuẩn gây bệnh. Ngoài ra, rau quả còn góp giúp cho tiêu hóa tốt hơn, hạn chế hấp thu cholesterol, hạn chế táo bón. Nhu cầu rau xanh và hoa quả là từ 400 - 600 g/người/ngày.

Cung cấp chế độ dinh dưỡng nhiều năng lượng, protein/tinh bột và các vi chất dinh dưỡng trong khẩu phần hợp lý sẽ nhanh chóng giúp cải thiện tình trạng dinh dưỡng, cải thiện các chức năng cho cơ thể, trong đó có chức năng hô hấp bằng chế độ ăn giàu dinh dưỡng như:

Nhóm thực phẩm giàu chất bột đường (gạo, ngũ cốc, khoai, củ, đậu, đỗ,...);

Nhóm thực phẩm giàu đạm: Nên ưu tiên sử dụng đạm nguồn gốc động vật vì có đầy đủ các axit amin cần thiết, dễ tiêu hóa và hấp thu hơn với bệnh nhân đang có tình trạng thiếu dinh dưỡng, suy dinh dưỡng, ăn uống kém. (Một số thực phẩm giàu đạm như thịt lợn, thịt bò, thịt gà, cá, tôm, trứng,...).

Nhóm thực phẩm giàu chất béo (mỡ động vật, bơ, dầu thực vật, các loại hạt nhiều dầu).

NHỚ BỔ SUNG UỐNG NƯỚC ĐẦY ĐỦ

Tăng cường bổ sung nước để bù lại lượng nước và điện giải đã mất giúp cho cơ thể mau phục hồi là rất cần thiết. Có thể dùng nước lọc kết hợp

nước trái cây để có đủ vitamin và khoáng chất chống oxy hóa có nhiều tác dụng tốt với người sau điều trị bệnh.

THỰC PHẨM CẦN HẠN CHẾ

Hạn chế các loại thực phẩm, đồ uống có nhiều gas, hạn chế ăn đường, không uống rượu, hút thuốc, không nên nhiều uống cafe/trà vì có thể gây khó ngủ. Không nên uống nước trước hoặc trong bữa ăn. Không ăn mặn và các loại thực phẩm có nhiều muối như giò, chả, xúc xích, đồ hộp, đồ biển, đồ khô, các thực phẩm muối chua...

KẾT LUẬN

Dinh dưỡng giúp cơ thể có sức khỏe tốt, nâng cao sức đề kháng, khôi phục sức khỏe sau bệnh tật. Đặc biệt với người bệnh sau điều trị COVID-19, dinh dưỡng lại càng quan trọng. Khi có một chế độ ăn uống đầy đủ, cân bằng với rau củ quả, trái cây tươi, thịt ít chế biến, thì không cần phải uống thêm vitamin hay thuốc bổ.

THỂ LỆ ĐĂNG BÀI BÁO KHOA HỌC TRÊN TẠP CHÍ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Tạp chí Đái tháo đường xuất bản 3 tháng/kỳ. Ngoài ra, Tạp chí sẽ xuất bản các số phụ chương chuyên đề nghiên cứu khoa học nhằm đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan trong lĩnh vực đái tháo đường, nội tiết và rối loạn chuyển hóa.

Các bài báo khoa học đăng trên Tạp chí Đái tháo đường cần đạt những yêu cầu sau:

1. Bài báo chưa gửi đăng ở bất kỳ báo, tạp chí nào.

2. Bài viết bằng tiếng Việt, dài không quá 7 trang (khổ giấy A4, kiểu chữ Times New Roman, cỡ chữ 14) kể cả bảng, hình minh họa và tài liệu tham khảo. Bản thảo phải đánh số trang rõ ràng. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam và Bách khoa thư bệnh học; từ tiếng nước ngoài giữ nguyên bản, từ viết tắt phải được chú thích trước khi dùng. Bài viết in trên một mặt giấy kèm theo file ghi trên đĩa mềm hoặc đĩa CD, gửi trực tiếp về tòa soạn hoặc qua E.mail.

3. Bố cục bài viết gồm các phần sau:

- **Tên bài:** ngắn gọn, rõ ràng, chính xác và trung thực với phạm vi, nội dung bài. Viết chữ in hoa, đậm, tránh bắt đầu bằng các cụm từ: nghiên cứu, khảo sát, đánh giá.

- **Thông tin về tác giả:** họ tên, học hàm, học vị, đơn vị, số điện thoại hoặc địa chỉ liên hệ.

- **Tóm tắt:** viết ngắn gọn (không quá 250 từ) nhưng phải làm nổi bật trọng tâm bài báo, viết bằng tiếng Việt và có bản dịch tiếng Anh.

- **Từ khóa:** thể hiện được vấn đề chính mà nghiên cứu đề cập đến, tối đa 6 từ hoặc cụm từ.

- **Đặt vấn đề:** nêu một số thông tin liên quan, tầm quan trọng, tình cần thiết và mục tiêu nghiên cứu.

- **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến hành trên đối tượng nào, tiêu chuẩn lựa chọn và các đặc điểm của đối tượng liên quan đến nội dung nghiên cứu; phương pháp nghiên cứu trên mỗi đối tượng, mỗi nội dung và cách tính toán, đánh giá kết quả.

- **Kết quả nghiên cứu:** trình bày một cách chặt chẽ, logic, hệ thống những số liệu, kết quả dưới dạng bảng, biểu đồ, hình ảnh...

- **Bàn luận:** từ những kết quả thu được và các giả thiết, các luận cứ khoa học đã có cùng các nghiên cứu liên quan, giải thích, so sánh, đánh giá, đề nghị và rút ra phương hướng cho những nghiên cứu tiếp theo.

- **Kết luận:** nêu tổng hợp kết quả chính của nghiên cứu theo mục tiêu đặt ra ban đầu.

- **Lời cảm ơn:** Tác giả nêu rõ cơ quan tài trợ nghiên cứu (nếu có) và cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

- **Tài liệu tham khảo:** sắp xếp tài liệu tiếng Việt trước, tiếng nước ngoài sau theo thứ tự vần A, B, C tên tác giả. Hạn chế dùng luận văn, luận án, sách giáo khoa và website làm tài liệu tham khảo. Mỗi bài báo không nên quá 15 tài liệu tham khảo, trừ bài tổng quan. Mỗi tài liệu viết theo thứ tự: tên tác giả, năm xuất bản, tên bài báo/sách, tên tạp chí/nhà xuất bản (in nghiêng), tập (số), trang. Nếu bài báo có nhiều tác giả, chỉ ghi tên 03 tác giả đầu và cộng sự, ví dụ:

1. Khăm Phong Phu Vông, Đỗ Đình Tùng, Tạ Văn Bình (2010), Nghiên cứu chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở người tiền đái tháo đường bằng phần mềm HOMA2. Tạp chí Đái tháo đường. 8: 38-43.

2. Matthews D.R., Hosker J.P., Rudenski A.S., et al. (1985), Homeostasis model assessment: insulin resistance and β -cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. Diabetologia. 28(5): 412-19.

Quy trình xét duyệt: Sau khi nhận bài báo khoa học của các cộng tác viên, Tạp chí Đái tháo đường sẽ mời 02 chuyên gia trong ngành hoặc chuyên ngành am hiểu nội dung chuyên môn của bản thảo cho ý kiến phản biện khoa học và liên hệ lại với tác giả khi cần thiết. Các bài báo không được sử dụng đăng, Tạp chí Đái tháo đường sẽ không trả lại bản thảo. Các tác giả phải chịu trách nhiệm trước Ban biên tập, trước công luận về bài viết của mình theo Luật Báo chí hiện hành. Quyết định của Ban biên tập về bài báo sẽ được đưa ra sau 01 tháng, kể từ khi nhận bài. Hiện tại Tạp chí chưa thu lệ phí đăng bài, các bài tổng quan có chất lượng được trả nhuận bút theo quy định của Tạp chí. Tác giả tên đầu sẽ được nhận 01 số tạp chí có đăng bài.

Địa chỉ nhận bài: Ban Biên tập Tạp chí Đái tháo đường; Số nhà 52, Lô A1, Khu Đô thị mới Đại Kim, Phường Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội; điện thoại 04 36413 692/0983 609 369/fax: 04 36413 692; email: tapchi.vdea@gmail.com.

Sâm **ALIPAS**
PLATINUM



Tăng cường sinh lực phái mạnh
NHANH HƠN, BỀN VỮNG HƠN

Testosterone quyết định bản lĩnh và sức khỏe nền tảng nam giới.

Sâm Alipas Platinum, bước tiến mới vượt trội từ Sâm Alipas.

Với công thức **Platinum** chứa tinh chất **Eurycoma Longifolia**, bổ sung các thảo dược thiên nhiên, **Sâm Alipas Platinum** tăng cường **Luteinizing** một cách tự nhiên, thúc đẩy sinh tổng hợp

Testosterone nội sinh nhanh hơn, bền vững hơn.



SẢN PHẨM CÓ BÁN TẠI CÁC NHÀ THUỐC TRÊN TOÀN QUỐC Xuất xứ: Sản xuất tại Công ty St-Paul Brands - 11555 Monarch, Garden Grove, CA 92841, Mỹ
Tài liệu dành cho công chúng - Thực phẩm chức năng - Số tiếp nhận hồ sơ đăng ký quảng cáo: 2762/2016/XNQC-ATTP Phân phối: Công ty CP DP ECO - 148 Hoàng Hoa Thám, P.12, Q.Tân Bình, TP.HCM - ĐT: (08) 38 112 777

Sản phẩm này không phải là thuốc và không có tác dụng thay thế thuốc chữa bệnh

TRUNG TÂM TƯ VẤN Y KHOA:
(08) 38 112 777
www.alipasplatinum.com.vn

Ecogreen
Chất lượng cuộc sống