

BỘ Y TẾ
VIỆN VỆ SINH DỊCH TỄ TRUNG ƯƠNG



**DỰ PHÒNG, PHÁT HIỆN, CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ
VÀ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI - 2021

CHỦ BIÊN

PGS.TS. Dương Thị Hồng, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

ĐỒNG CHỦ BIÊN

PGS.TS. Nguyễn Thị Thi Thơ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương

BAN BIÊN SOẠN

1. TS. Trần Quốc Bảo, Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế
2. ThS. Phan Công Danh, Viện Pasteur Nha Trang
3. ThS. Tạ Ngọc Hà, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
4. TS. Nguyễn Thị Phương Liên, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
5. ThS. Dương Ngọc Long, Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai, Bộ Y tế
6. ThS. Hà Huy Toan, Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế
7. TS. Đào Thị Tuyết, Trung tâm Truyền thông giáo dục sức khỏe Trung ương
8. PGS.TS. Hồ Thị Kim Thanh, Bộ môn Y học gia đình, Đại học Y Hà Nội
9. PGS.TS. Nguyễn Thị Thi Thơ, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
10. TS. Nghiêm Nguyệt Thu, Viện Dinh dưỡng, Bộ Y tế
11. TS. Lại Đức Trường, Văn phòng Tổ chức Y tế Thế giới tại Việt Nam
12. ThS. Hồ Hữu Tính, Viện Y tế công cộng thành phố Hồ Chí Minh
13. TS. Ngô Thị Hải Vân, Viện Vệ sinh dịch tễ Tây Nguyên
14. TS. Đoàn Tuấn Vũ, Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Bộ Y tế

THƯ KÝ BIÊN SOẠN

1. TS. Trần Văn Đình, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
2. CN. Lê Văn Hiếu, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
3. CN. Phan Thành Huy, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
4. ThS. Tạ Minh Khuê, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
5. BS. Lê Thị Hương Ly, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
6. CN. Khiếu Trang Ly, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
7. ThS. Nguyễn Thị Thanh Thủy, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
8. ThS. Ngô Khánh Phương, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương
9. ThS. Nguyễn Diệu Chi Mai, Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương

LỜI GIỚI THIỆU

Các bệnh không lây nhiễm ngày càng gia tăng và trở nên phổ biến, chiếm tới 77% tổng số tử vong và đặc biệt gây ra gánh nặng bệnh tật tác động nghiêm trọng đến nền kinh tế và xã hội. Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2016, tại Việt Nam tử vong do các bệnh tim mạch chiếm tới 31% tổng tử vong do tất cả các nguyên nhân. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai nguy cơ chính của bệnh tim mạch. Theo kết quả Điều tra quốc gia năm 2015, Việt Nam có khoảng 12,5 triệu người mắc tăng huyết áp và 2,5 triệu người đang mắc đái tháo đường, tuy nhiên mới chỉ có hơn 40% người tăng huyết áp và 30% người bệnh đái tháo đường được phát hiện, số người được quản lý điều trị và đạt mục tiêu điều trị còn thấp và rất thấp. Do đó dự phòng, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường cần phải được tăng cường để nhanh chóng giảm tử vong và tàn tật do các bệnh tim mạch.

Trạm y tế xã là đơn vị tuyến đầu thực hiện quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường. Bên cạnh đó, trạm y tế xã có vai trò quan trọng trong tổ chức hoạt động chuyên môn tại cộng đồng, xây dựng và phát huy vai trò mạng lưới y tế thôn bản, cộng tác viên triển khai các hoạt động sàng lọc/phát hiện, cung cấp thông tin cho cộng đồng về các biện pháp dự phòng tăng huyết áp, đái tháo đường qua các hình thức truyền thông khác nhau. Do đó, việc nâng cao năng lực cho cán bộ trạm y tế xã trong dự phòng, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường là rất quan trọng.

Tài liệu “*Dự phòng, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường*” cho cán bộ y tế xã được xây dựng dựa trên các Quyết định 3756/QĐ-BYT ban hành ngày 21/06/2018 về *Tổ chức hoạt động và hướng dẫn chuyên môn dự phòng, phát hiện sớm, quản lý và điều trị một số bệnh không lây nhiễm phổ biến tại y tế cơ sở* và Quyết định 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn *Chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã*. Tài liệu được xây dựng với các mục tiêu sau:

1. Sử dụng làm tài liệu tập huấn, nâng cao năng lực cho cán bộ y tế xã, phường về dự phòng, sàng lọc/phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế xã.
2. Sử dụng làm hướng dẫn tổ chức triển khai hoạt động dự phòng, sàng lọc phát hiện sớm và quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế xã.
3. Sử dụng làm tài liệu tham khảo trong giảng dạy, học tập của giáo viên và sinh viên các trường Đại học, Cao đẳng y tế.

Tài liệu “*Dự phòng, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường*” cho cán bộ y tế xã gồm 9 bài, bao gồm:

Bài 1. Giới thiệu tổng quan về bệnh không lây nhiễm.

Bài 2. Hướng dẫn điều trị và quản lý tăng huyết áp tại trạm y tế.

Bài 3. Thực hành ca lâm sàng tăng huyết áp.

Bài 4. Hướng dẫn điều trị và quản lý bệnh đái tháo đường tại trạm y tế.

Bài 5. Thực hành ca lâm sàng đái tháo đường.

Bài 6. Hướng dẫn sàng lọc phát hiện tăng huyết áp và đái tháo đường.

Bài 7. Tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người tăng huyết áp và đái tháo đường.

Bài 8. Truyền thông dự phòng tăng huyết áp và đái tháo đường.

Bài 9. Hướng dẫn triển khai thực hiện quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế.

Tài liệu do các giảng viên giàu kinh nghiệm biên soạn với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế Thế giới. Tuy nhiên đây là lần đầu tiên tài liệu này được xây dựng, do đó khó tránh khỏi những sai sót. Ban soạn thảo mong nhận được góp ý của các độc giả và quý đồng nghiệp để hoàn thiện tài liệu này trong những lần tái bản sau.

Chủ biên

MỤC LỤC

Lời giới thiệu.....	3
Từ viết tắt.....	9
Bài 1. Giới thiệu tổng quan bệnh không lây nhiễm.....	11
Bài 2. Hướng dẫn điều trị và quản lý tăng huyết áp tại trạm y tế.....	20
Bài 3. Thực hành ca lâm sàng tăng huyết áp.....	42
Bài 4. Hướng dẫn điều trị và quản lý bệnh đái tháo đường tại trạm y tế.....	54
Bài 5. Thực hành ca lâm sàng đái tháo đường.....	72
Bài 6. Hướng dẫn sàng lọc phát hiện tăng huyết áp và đái tháo đường.....	80
Bài 7. Tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người tăng huyết áp và đái tháo đường.....	92
Bài 8. Truyền thông giáo dục sức khỏe trong dự phòng tăng huyết áp và đái tháo đường.....	114
Bài 9. Hướng dẫn triển khai quản lý điều trị tăng huyết áp và đái tháo đường tại trạm y tế.....	126
Tài liệu tham khảo.....	137

DANH MỤC SƠ ĐỒ

Sơ đồ 2.1: Các bước chẩn đoán tăng huyết áp	27
Sơ đồ 2.2: Chiến lược điều trị tăng huyết áp	31
Sơ đồ 2.3: Phác đồ điều trị chung.....	33
Sơ đồ 2.4: Phác đồ khởi trị THA tại TYT mới triển khai QLĐT	34
Sơ đồ 4.1: Sơ đồ chẩn đoán đái tháo đường típ 2 tại tuyến y tế cơ sở	58
Sơ đồ 6.1: Các bước sàng lọc tăng huyết áp, đái tháo đường tại cộng đồng.....	82
Sơ đồ 9.1: Ứng dụng nguyên lý y học gia đình trong dự phòng, quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm	128

DANH MỤC BẢNG BIỂU

Bảng 2.1: Bảng phân loại BMI theo chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới dành riêng cho người châu Á.....	26
Bảng 2.2: Bảng phân loại huyết áp năm 2003 của Tổ chức Y tế Thế giới (theo số đo huyết áp tại cơ sở y tế).....	28
Bảng 2.3: Hiệu quả giảm huyết áp bằng các biện pháp không dùng thuốc.....	32
Bảng 2.4: Liều lượng một số thuốc điều trị THA.....	35
Bảng 2.5: Chỉ định và chống chỉ định khi sử dụng thuốc THA.....	36
Bảng 3.1: Kích thước băng cuốn phù hợp chu vi cánh tay.....	43
Bảng 4.1: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD.....	59
Bảng 6.1: Bảng chấm điểm nguy cơ mắc đái tháo đường.....	86
Bảng 6.2: Danh sách sàng lọc nghi ngờ THA và nguy cơ ĐTD.....	87
Bảng 6.3: Danh sách quản lý người mắc THA, ĐTD.....	89
Bảng 7.1: Thực đơn tham khảo cho người mắc tăng huyết áp.....	97
Bảng 7.2: Chỉ số đường máu của thực phẩm.....	102
Bảng 7.3: Thực đơn tham khảo cho người bệnh đái tháo đường.....	109

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1: Bệnh không lây nhiễm và các yếu tố nguy cơ	12
Hình 2.1: Các tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp.....	22
Hình 2.2: Đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE.....	30
Hình 3.1: Kích thước băng cuộn theo chu vi cánh tay	42
Hình 3.2: Quy trình đo huyết áp chuẩn	45
Hình 4.1: Các biến chứng tổn thương cơ quan đích của ĐTĐ.....	56

TỪ VIẾT TẮT

Ký hiệu	Viết giải nghĩa tiếng Việt
BKLN	Bệnh không lây nhiễm
BMI	Chỉ số khối có thể (Body mass index)
CSDM	Chỉ số đường máu
ĐTĐ	Đái tháo đường
ĐMMM	Đường máu mao mạch
ĐMTM	Đường máu tĩnh mạch
GHTTM	Glucose huyết tương tĩnh mạch
GI	Chỉ số đường máu (Glycemic Index)
HA	Huyết áp
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương
NCD	Bệnh không lây nhiễm (Noncommunicable Diseases)
NPDNG	Nghiệm pháp dung nạp glucose
NYHA	Phân độ suy tim theo chức năng của Hội Tim Mạch New York
QLĐT	Quản lý điều trị
RLĐMLĐ	Rối loạn đường máu lúc đói
RLDNG	Rối loạn dung nạp glucose
TBMMN	Tai biến mạch máu não
THA	Tăng huyết áp
TYT	Trạm y tế
YTNC	Yếu tố nguy cơ
YTTB/CTV	Y tế thôn bản/Cộng tác viên
WHO	Tổ chức Y tế Thế giới

Bài 1

GIỚI THIỆU TỔNG QUAN BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được khái niệm và các đặc điểm của bệnh không lây nhiễm.
2. Trình bày được yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm.
3. Phân tích được gánh nặng của bệnh không lây nhiễm.

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU VỀ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

1.1. Khái niệm

Bệnh không lây nhiễm (BKLN) là bệnh không lây truyền từ người này sang người khác hoặc từ động vật sang người. Hầu hết BKLN là bệnh mạn tính, tiến triển chậm, kéo dài, khó chữa khỏi.

“Bệnh không lây nhiễm” là thuật ngữ mang tính tương đối, được sử dụng để phân biệt với các bệnh nhiễm trùng và lây nhiễm, tuy nhiên một số bệnh thuộc nhóm này cũng có nguyên nhân liên quan đến yếu tố nhiễm trùng như ung thư cổ tử cung, ung thư gan.

Các BKLN có chung một số đặc điểm sau:

- Do nhiều nguyên nhân (yếu tố nguy cơ) gây ra;
- Không lây truyền;
- Bệnh khởi phát âm thầm, phát triển, tiến triển kéo dài;
- Thường không chữa khỏi. Khi đã mắc bệnh là mắc cả đời;
- Là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật, tử vong và tổn thất kinh tế.

Có nhiều BKLN khác nhau, hiện nay thế giới và Việt Nam đang ưu tiên phòng, chống các bệnh tim mạch, như tăng huyết áp (THA), nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não..., bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), chủ yếu là ĐTĐ típ 2, ung thư và các bệnh hô hấp mạn tính (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản) do đây là những bệnh có tỷ lệ mắc cao và là nguyên nhân chủ yếu gây tàn tật và tử vong ở người trưởng thành. Bên cạnh đó những bệnh này có chung một số yếu tố nguy cơ có thể phòng, tránh được, vì vậy kiểm soát những yếu tố nguy cơ chung có thể phòng ngừa được đồng thời nhiều bệnh.

1.2. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ (YTNC) là bất kỳ một đặc điểm, thuộc tính, phơi nhiễm/tiếp xúc nào đó của một cá nhân có thể làm tăng khả năng phát triển bệnh tật hoặc chấn thương.

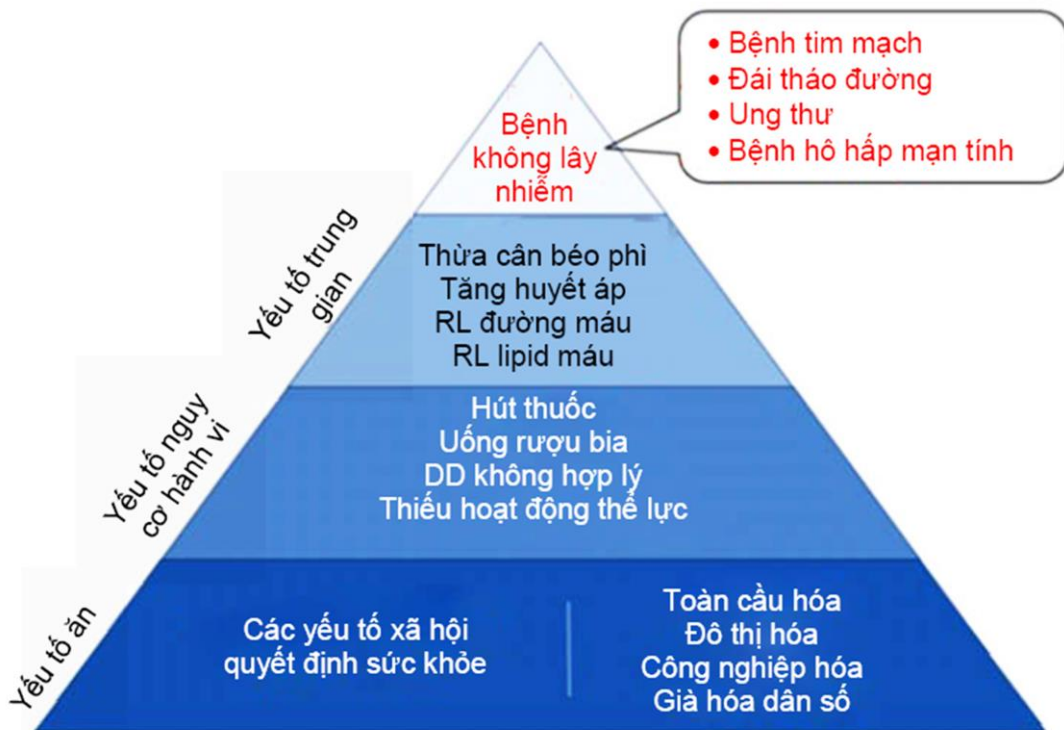
Các yếu tố nguy cơ được phân loại theo đặc tính và cấp độ dẫn đến đến sự hình thành bệnh, bao gồm:

- Các yếu tố nguy cơ ẩn là những tác động từ quá trình già hóa dân số, công nghiệp hóa, đô thị hóa, toàn cầu hóa cùng với các yếu tố liên quan đến xã hội;

- Yếu tố hành vi nguy cơ bao gồm hành vi hút thuốc, uống rượu bia, chế độ ăn uống không hợp lý và thiếu hoạt động thể lực;

- Yếu tố nguy cơ trung gian là sự biến đổi về các chỉ số sinh học của cơ thể biểu hiện bằng các rối loạn chuyển hóa như THA, thừa cân béo phì, rối loạn mỡ máu và rối loạn đường máu.

Từ các yếu tố nguy cơ, BKLN dần hình thành và phát triển, từ nhẹ đến nặng (Hình 1.1).



Hình 1.1: Bệnh không lây nhiễm và các yếu tố nguy cơ

Mặt khác, yếu tố nguy cơ của BKLN nói chung có thể được chia thành hai nhóm dựa vào ý nghĩa tác động dự phòng: Nhóm yếu tố có thể thay đổi được và nhóm yếu tố không thể thay đổi để thuận tiện trong công tác truyền thông, tư vấn và thực hành dự phòng BKLN một cách hiệu quả.

1.2.1. Yếu tố nguy cơ không thay đổi được

Một số yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được bao gồm:

Yếu tố tuổi: BKLN tiến triển theo thời gian vì thể tuổi càng cao, tỷ lệ mắc bệnh càng nhiều.

Giới tính: Giới tính khác nhau thì có nguy cơ mắc BKLN khác nhau, ví dụ nam có tỷ lệ mắc bệnh tim mạch cao hơn nữ, nữ có tỷ lệ ung thư vú, trầm cảm cao hơn nam.

Yếu tố gen di truyền: Bệnh có tính chất di truyền vì thể bệnh hay gặp ở những gia đình có bố hoặc mẹ hoặc anh hoặc chị hoặc em ruột mắc bệnh, ví dụ như bệnh tim mạch, đột quy, bệnh Đái tháo đường.

Chủng tộc: Người da trắng có nguy cơ ung thư đại trực tràng cao hơn người da vàng.

1.2.2. Yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được

Nhóm yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được bao gồm nhóm yếu tố hành vi nguy cơ (hút thuốc, uống rượu bia, thiếu hoạt động thể lực, dinh dưỡng không hợp lý), nhóm yếu tố nguy cơ trung gian (thừa cân béo phì, tăng huyết áp, rối loạn đường máu, rối loạn lipid máu) và một số yếu tố ẩn (toàn cầu hóa, đô thị hóa,...). Ngoài ra, các yếu tố khác có thể thay đổi được như làm việc quá mức, thời gian nghỉ ngơi không hợp lý làm căng thẳng về tinh thần kéo dài.

Việc thay đổi các yếu tố hành vi nguy cơ có thể góp phần lớn trong việc giảm thiểu tiến triển thành các yếu tố nguy cơ trung gian. Do vậy, hiện nay các chương trình can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng về THA, ĐTD đều tập trung thay đổi bốn yếu tố hành vi nguy cơ: Hút thuốc, lạm dụng rượu bia, dinh dưỡng không hợp lý và thiếu hoạt động thể lực.

Yếu tố thứ nhất: Hút thuốc

Hút thuốc (thuốc lá, thuốc lào) là yếu tố nguy cơ của hơn 25 căn bệnh, trong đó có những bệnh sau đây:

- Ung thư các loại, đặc biệt là ung thư phổi (thuốc lá là nguyên nhân của 90% các trường hợp ung thư phổi).

- Bệnh tim mạch: Thiếu máu cục bộ cơ tim, đột quy, mạch máu ngoại vi...

- Hô hấp: Là nguyên nhân của 75% bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và là nguyên nhân gây hen, khí phế thũng ..., đồng thời tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh lao.

- Hút thuốc đặc biệt nguy hiểm hơn ở phụ nữ có thai do làm tăng đáng kể các nguy cơ sảy thai, thai lưu, đẻ non, chết đột tử trẻ sơ sinh ...

Yếu tố thứ hai: Lạm dụng rượu bia

Rượu bia là nguyên nhân trực tiếp của ít nhất 30 bệnh và là nguyên nhân gián tiếp

của 200 loại bệnh tật, chấn thương (nằm trong danh mục phân loại bệnh tật quốc tế ICD10). Một số bệnh/tổn thương chính do tác hại của lạm dụng rượu bia gây ra gồm:

- Bệnh tim mạch: Mặc dù một số bằng chứng cho thấy việc sử dụng rượu bia ở mức thấp có khả năng làm giảm nguy cơ bệnh tim mạch, tuy nhiên sử dụng rượu bia ở mức độ nhiều (lạm dụng) lại làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim, đột quỵ và làm trầm trọng THA.

- Đái tháo đường: Tương tự như đối với bệnh tim mạch, sử dụng rượu bia ở mức thấp có ảnh hưởng tích cực, tuy nhiên việc sử dụng rượu bia ở mức độ nhiều sẽ có tác động tiêu cực, làm tăng nguy cơ mắc bệnh hoặc làm cho bệnh nặng thêm.

Ngoài ra, lạm dụng rượu bia còn gây ra các rối loạn tâm thần kinh, các tổn thương đường tiêu hóa, ung thư, tổn thương hệ miễn dịch, chấn thương và tác động tới sự phát triển của bào thai.

Yếu tố thứ ba: Dinh dưỡng không hợp lý

a) Ăn ít rau, quả

Rau quả là nguồn cung cấp các loại vitamin, khoáng chất, chất xơ và chất chống oxy hóa cho cơ thể. Khẩu phần ăn thiếu rau, quả là nguyên nhân gây nhiều bệnh tật khác nhau, chủ yếu là BKLN.

Ăn ít nhất 400 gam rau và trái cây (tương đương với 5 đơn vị chuẩn) mỗi ngày giúp phòng chống các bệnh mạn tính liên quan đến dinh dưỡng như các bệnh tim mạch, ung thư dạ dày và ung thư đại trực tràng.

b) Ăn nhiều muối

Lượng muối tiêu thụ hàng ngày là một nhân tố quan trọng ảnh hưởng đến mức huyết áp cũng như nguy cơ các bệnh tim mạch. Ăn nhiều muối là nguy cơ của đột quỵ, THA, ung thư dạ dày, suy thận, loãng xương và một số bệnh tim mạch khác.

Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị chỉ nên ăn dưới 5 gam muối/người/ngày. Giảm ăn muối đã được chứng minh rõ ràng làm giảm tỷ lệ THA và các bệnh tim mạch trong cộng đồng và nâng cao hiệu quả điều trị.

c) Ăn nhiều chất béo không tốt

Chất béo trong chế độ ăn uống có thể chia làm hai loại:

- Chất béo không bão hòa (tên tiếng Anh là Unsaturated fat) là chất béo tốt.

- Chất béo bão hòa và chất béo chuyển hóa (tên tiếng Anh là Saturated and Trans fat) thường không tốt cho sức khỏe, cụ thể:

+Chất béo bão hòa làm tăng lượng cholesterol xấu trong cơ thể, tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch. Vì vậy, nên hạn chế tiêu thụ các loại thực phẩm có hàm lượng chất béo bão hòa cao như: Thịt mỡ, trứng, da gia cầm, nội tạng động vật, chế phẩm từ sữa (pho mát, kem, sữa béo), cò, dừa, bơ ca cao, khoai tây chiên, bánh quy,...

+ Chất béo chuyển hóa là một loại chất béo bị hydro hóa trong quá trình chế biến, quá trình này biến đổi chất béo không bão hòa dạng lỏng thành chất béo bão hòa. Nó làm giảm cholesterol tốt (HDL), tăng cholesterol xấu (LDL) và triglycerides trong cơ thể. Loại chất béo này thường được tìm thấy trong thực phẩm chế biến như bánh quy, bánh ngọt, đồ ăn nhẹ, thực phẩm đông lạnh,...

Chất béo rất quan trọng như tham gia cấu tạo cơ thể (màng tế bào, hormon, kháng thể..), dung môi hòa tan vitamin (A, D, E, K), tạo năng lượng.

Các bằng chứng khoa học cho thấy ăn nhiều thức ăn giàu năng lượng, ví dụ như thực phẩm chế biến sẵn có nhiều chất béo và đường làm tăng nguy cơ béo phì và tác hại cũng giống như ăn ít rau và trái cây. Ăn thực phẩm có nhiều chất béo no (có nhiều trong mỡ động vật) và chất béo chuyển hóa (Trans fat) gây rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hóa, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và bệnh ĐTĐ. Thay thế việc sử dụng nhiều chất béo bão hòa nguồn gốc động vật bằng chất béo không bão hòa nguồn gốc thực vật được chứng minh giảm nguy cơ ĐTĐ cấp 2.

Cả thiếu và thừa dinh dưỡng đều tác động tiêu cực tới sự phát triển BKLN và có thể có sự phối hợp cả hai yếu tố này. Bên cạnh đó, nguy cơ mắc các bệnh mạn tính không lây đều có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Nói cách khác, cần dự phòng BKLN ở mọi lứa tuổi. Do vậy việc đảm bảo chế độ dinh dưỡng lành mạnh, hợp lý và an toàn trong suốt chu kỳ vòng đời, từ khi chuẩn bị mang thai, tới giai đoạn phát triển bào thai trong tử cung đến các giai đoạn tiếp theo của cuộc đời là quan trọng để dự phòng mắc các bệnh mạn tính không lây. Có các bằng chứng cho thấy bào thai chậm tăng trưởng trong tử cung có liên quan với tăng nguy cơ bệnh mạch vành tim, đột quy, ĐTĐ và THA. Việc chậm tăng trưởng bào thai có thể được theo sau bởi sự tăng trưởng bù rất nhanh sau khi sinh cũng có thể là yếu tố quan trọng trong cơ chế bệnh sinh cơ bản. Kích thước lớn khi sinh cũng liên quan tới tăng nguy cơ đái tháo đường và bệnh tim mạch. Cân nặng khi sinh cao cũng liên quan tới tăng nguy cơ ung thư vú và các loại ung thư khác.

Yếu tố thứ tư: Thiếu hoạt động thể lực

Thiếu hoạt động thể lực là yếu tố nguy cơ đứng hàng thứ tư gây tử vong. Thiếu hoạt động thể lực, đặc biệt là những người có lối sống tĩnh tại, sẽ dẫn tới hậu quả xấu cho sức khỏe như: Rối loạn rối loạn mỡ máu, loãng xương, lo lắng, căng thẳng và trầm cảm, làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch, ĐTĐ, béo phì, ung thư đại tràng và ung thư vú.

Một người ít vận động sẽ tăng từ 20-30% nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân nếu so sánh với một người vận động cường độ vừa phải ít nhất 30 phút mỗi ngày trong hầu hết các ngày của tuần. Nếu hoạt động thể lực mức độ vừa phải 150 phút/tuần ước tính có thể giảm 30% nguy cơ bệnh tim thiếu máu cục bộ, giảm 27% nguy cơ ĐTĐ và giảm 21-25% nguy cơ ung thư vú và ung thư đại tràng. Hoạt động thể lực còn làm giảm nguy cơ đột quy, THA, trầm cảm, và giúp kiểm soát cân nặng. Theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTG), nên hoạt động thể lực cường độ vừa phải ít nhất 30 phút mỗi ngày và 5 ngày một tuần.

2. GÁNH NẶNG DO BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM

2.1. Tỷ lệ mắc bệnh cao và ngày càng gia tăng

Tại Việt Nam tỷ lệ mắc THA ở mức cao. Kết quả điều tra yếu tố nguy cơ BKLN (điều tra STEPS) tại Việt Nam năm 2015 cho thấy tỷ lệ mắc THA ở người trưởng thành (từ 18 - 69 tuổi) là 18,9%, tương đương với 12,5 triệu người mắc tăng huyết áp trên toàn quốc. Con số này đồng nghĩa với 05 người trưởng thành (18 - 69 tuổi) thì có khoảng 01 người mắc THA. Ước tính khoảng 13% dân số nói chung mắc THA. Ví dụ: Một xã có 8.000 dân thì có số người ước tính mắc THA là:

Số người mắc THA: 8.000 người x 13% ≈ 1040 người

Vậy xã trên có 8.000 dân thì ước tính khoảng 1040 người mắc THA.

Bệnh ĐTD đang có xu hướng gia tăng và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nhiều quốc gia trên thế giới. Bệnh để lại gánh nặng cho bản thân người bệnh, gia đình và xã hội. Kết quả điều tra STEPS tại Việt Nam năm 2015 cũng cho thấy tỷ lệ mắc ĐTD ở người trưởng thành từ 18 - 69 tuổi là 4,1%, tương đương với 2,5 triệu người mắc ĐTD trên toàn quốc. Con số này đồng nghĩa với 25 người trưởng thành (18 - 69 tuổi) thì có khoảng 01 người mắc ĐTD. Ước tính khoảng 3% dân số nói chung mắc ĐTD. Ví dụ: Một xã có 8.000 dân thì có số người ước tính mắc ĐTD là:

Số người mắc ĐTD: 8.000 người x 3% ≈ 240 người

Vậy xã trên có 8.000 dân thì có 240 người mắc ĐTD.

Tỷ lệ người trên 40 tuổi mắc bệnh phổi mạn tính khoảng 4,5% tương đương 2 triệu người mắc.

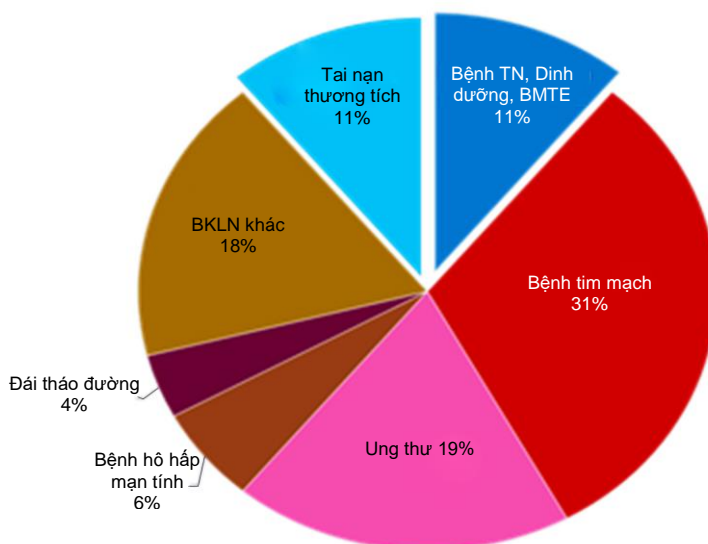
Mỗi năm Việt Nam có khoảng 150.000 người mắc mới ung thư các loại.

Đặc biệt có tới 56% số người bị THA và trên 68% số người mắc ĐTD nhưng không hề biết là bản thân đang mắc bệnh, trên 50% số bệnh nhân ung thư được phát hiện ở giai đoạn muộn làm cho hiệu quả điều trị thấp.

(Lưu ý, tỷ lệ ước tính THA, ĐTD cần được cập nhật theo kết quả các cuộc điều tra).

2.2. Bệnh không lây nhiễm là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong

Có tới gần 80% số ca tử vong là do BKLN, nghĩa là cứ 10 ca tử vong do bất kỳ nguyên nhân gì thì có tới 8 ca là do BKLN. Trong tổng số ca tử vong do BKLN có 44% tử vong trước 70 tuổi. Tử vong do các bệnh tim mạch chiếm 31%, ung thư chiếm 19%, bệnh phổi mạn tính 6%, ĐTD 4% và các BKLN khác chiếm 18%.



Biểu đồ 1.1: Tỷ lệ tử vong do bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam năm 2016

2.3. Bệnh không lây nhiễm là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật

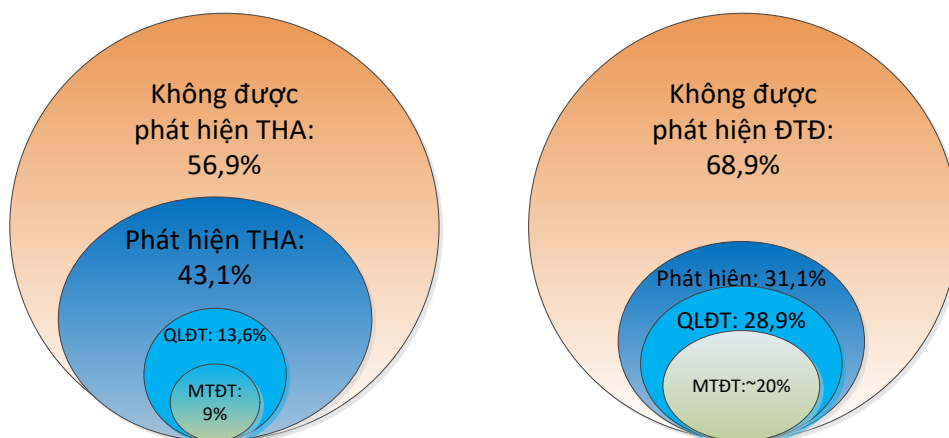
Các biến chứng của BKNL hay gặp là liệt nửa người, mù lòa, suy thận, loét chi phải cắt cụt, sa sút trí tuệ, không thực hiện được các chức năng sống hàng ngày. Những biến chứng này gây tàn phá nặng nề và ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh nếu không được phát hiện và điều trị, theo dõi liên tục. THA là nguyên nhân hàng đầu gây tai biến mạch máu não, nhồi máu cơ tim và các bệnh tim mạch khác dẫn đến hậu quả bị liệt, tàn phế và mất sức lao động. ĐTD nằm trong 10 nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu ở cả nam và nữ giới, gây các biến chứng về tim mạch, tổn thương thần kinh, suy thận, nhiễm trùng và gây tổn thương bàn chân có thể dẫn đến phải cắt cụt chi.

2.4. Bệnh không lây nhiễm là nguyên nhân quan trọng gây đói nghèo

Các bệnh phổ biến như bệnh tim mạch, ĐTD, ung thư và bệnh phổi mạn tính được coi là những bệnh gây ra những tác động trầm trọng và rộng lớn về kinh tế, xã hội do làm tăng chi phí y tế và giảm năng suất lao động. Những bệnh này tác động đến mọi ngành và lĩnh vực, có ảnh hưởng sâu sắc đến quần thể người nghèo và dễ bị tổn thương. Vì vậy, phòng chống BKNL là thực hiện xóa đói giảm nghèo.

Sự gia tăng của các BKNL gây ra sự gia tăng nhanh chóng chi phí khám chữa bệnh. Chi phí điều trị cho bệnh nhân mắc BKNL cao trung bình gấp 40-50 lần so với điều trị các bệnh lây nhiễm do đòi hỏi kỹ thuật cao, thuốc đặc trị đắt tiền, thời gian điều trị kéo dài, bệnh dễ biến chứng.

3. THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BKLN



Biểu đồ 1.2: Thực trạng quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm

(QLĐT: Quản lý điều trị; MTĐT: Mục tiêu điều trị)

Hiện nay, chỉ 43,1% trường hợp THA được phát hiện còn lại gần 60% trường hợp THA chưa được phát hiện trong cộng đồng. Trong những trường hợp được phát hiện, chỉ 13,6% trường hợp được quản lý điều trị tại một cơ sở y tế bất kỳ và dưới 10% người bệnh đạt mục tiêu điều trị.

Với bệnh ĐTĐ, mới có 31,1% người bệnh được phát hiện và 28,9% các trường hợp phát hiện được đưa vào quản lý điều trị. Đặc biệt, mới có 20% người bệnh đạt được mục tiêu điều trị.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Anh/chị hãy nêu các đặc điểm của bệnh không lây nhiễm?

.....
.....
.....

Câu 2. Anh/chị hãy kể tên các yếu tố nguy cơ mắc bệnh không lây nhiễm có thể thay đổi được?

.....
.....
.....

Câu 3. Trong 10 người tử vong do bất kể nguyên nhân gì thì có khoảng bao nhiêu người chết do các bệnh không lây nhiễm?

a. 6 người

b. 10 người

c. 8 người

Câu 4. Một xã có 8000 dân thì ước tính có khoảng bao nhiêu người bị tăng huyết áp và bao nhiêu người bị đái tháo đường?

a. 500 người THA và 100 người ĐTĐ

b. 820 người THA và 150 người ĐTĐ

c. 1040 người THA và 240 người ĐTĐ

Câu 5. Theo anh/chị, có khoảng bao nhiêu phần trăm dân số mắc THA nhưng chưa được phát hiện?

a. 60%

b. 70%

c. 80%

Câu 6. Theo anh/chị, có khoảng bao nhiêu phần trăm dân số mắc ĐTĐ nhưng chưa được phát hiện?

a. 60%

b. 70%

c. 80%

Câu 7. Theo kết quả điều tra yếu tố nguy cơ BKLN (điều tra STEPS năm 2015), hiện nay ở Việt Nam, bao nhiêu người trưởng thành (từ 18-69 tuổi) thì có 1 người mắc THA?

a. 5

b. 25

c. 20

Câu 8. Theo kết quả điều tra yếu tố nguy cơ BKLN (điều tra STEPS năm 2015), hiện nay ở Việt Nam, bao nhiêu người trưởng thành (từ 18-69 tuổi) thì có 1 người mắc ĐTĐ?

a. 5

b. 25

c. 20

Bài 2

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRẠM Y TẾ

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa, các yếu tố nguy cơ, triệu chứng và biến chứng của tăng huyết áp.
2. Trình bày được nội dung khám, chẩn đoán và đánh giá nguy cơ tim mạch cho người bệnh tăng huyết áp tại trạm y tế.
3. Trình bày được các nội dung về quản lý điều trị tăng huyết áp tại trạm y tế.
4. Thực hiện được khám, chẩn đoán, phân độ tăng huyết áp và kê đơn điều trị được trường hợp tăng huyết áp độ I, II chưa có biến chứng.

NỘI DUNG

1. ĐẠI CƯƠNG VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

1.1. Định nghĩa tăng huyết áp

Huyết áp (HA) là áp lực máu ở trong lòng động mạch góp phần giúp cho máu được luân chuyển trong động mạch tới các mô và cơ quan. Chúng ta quan tâm tới hai chỉ số quan trọng là: Huyết áp tối đa (còn gọi là huyết áp tâm thu - HATT) là do lực co bóp của tim tạo nên. Huyết áp tối thiểu (còn gọi là huyết áp tâm trương - HATTr) là do trương lực thành mạch tạo nên (và trong thời kỳ tim giãn - tâm trương). HA bị ảnh hưởng bởi tim (sức co bóp và nhịp đập); độ quán tính của máu; thể tích máu lưu thông và thành mạch (sức đàn hồi).

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, HA bình thường đo ở cánh tay là $\leq 120/80$ mmHg. HA có đặc điểm là thay đổi theo thời gian, trạng thái tâm sinh lý và một số yếu tố khác. Tăng huyết áp là khi HATT ≥ 140 mmHg **và/hoặc** HATTr ≥ 90 mmHg.

Những người đang được điều trị thuốc hạ huyết áp (dù có huyết áp bình thường) cũng được chẩn đoán là người bị THA.

Người THA thường có kèm theo các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, trong đó hay gặp là rối loạn chuyển hóa mỡ máu, rối loạn chuyển hóa đường máu, thừa cân, béo phì.... Sự có mặt đồng thời nhiều yếu tố nguy cơ này sẽ càng làm gia tăng nguy cơ các biến cố tim mạch ở bệnh nhân THA.

Người bệnh THA thường không có biểu hiện gì hoặc nếu có thì không đặc hiệu nên thường không được phát hiện sớm, không được điều trị đúng, đủ. Nhiều người chỉ được phát hiện bị THA khi tình cờ đo HA hoặc có các biểu hiện của biến chứng. THA còn được biết đến như là “kẻ giết người thầm lặng”.

1.2. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ của THA

1.2.1. Một số nguyên nhân gây THA thứ phát

Chỉ có khoảng < 10% các trường hợp THA là có nguyên nhân (THA thứ phát). Một số nguyên nhân của THA thứ phát:

- Bệnh thận (viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn, viêm thận kẽ, sỏi thận, thận đa nang, thận ứ nước, suy thận...).
- Do dùng thuốc (kháng viêm non-steroid, thuốc tránh thai dạng uống, thuốc corticoid, cam thảo, hoạt chất giống giao cảm trong thuốc cảm, thuốc nhỏ mũi).
- Hẹp động mạch thận (do loạn sản xơ cơ động mạch thận - gặp ở người trẻ, hoặc do xơ vữa động mạch - gặp ở người già).
- Bệnh nội tiết: U tủy thượng thận (pheocromocytom), hội chứng Cohn (cường Aldosterone tiên phát), hội chứng Cushing, cường giáp, cường tuyến yên.
- Bệnh tim mạch như hở van động mạch chủ gây THA tâm thu đơn độc; hẹp eo động mạch chủ gây THA chi trên hoặc bệnh Takayasu (hẹp động mạch nhiều nơi).
- Nhiễm độc thai nghén.

1.2.2. Yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp (Tăng huyết áp nguyên phát)

Tăng huyết áp nguyên phát là các trường hợp không có nguyên nhân rõ rệt, nhưng có những yếu tố góp phần làm THA, được gọi là các yếu tố nguy cơ. Các yếu tố này vừa là yếu tố nguy cơ của THA vừa là yếu tố nguy cơ của các bệnh tim mạch. Một người có càng nhiều yếu tố nguy cơ thì khả năng bị các bệnh tim mạch lại càng tăng cao hơn.

Các yếu tố nguy cơ của THA bao gồm:

- *Các yếu tố nguy cơ không thể thay đổi được:* Nam giới, tuổi cao, tiền sử gia đình có người mắc THA hoặc bệnh tim mạch sớm, mãn kinh ở phụ nữ.
- *Các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được:* Ăn mặn (ăn thức ăn chứa nhiều natri), uống nhiều rượu, ít hoạt động thể lực, bị căng thẳng, hút thuốc lá, thuốc lào, thừa cân, béo phì, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu.

(Chi tiết xin xem mục Yếu tố nguy cơ của bài 1)

1.3. Triệu chứng lâm sàng

Bệnh nhân THA thường không có triệu chứng gì, một số bệnh nhân có thể có các triệu chứng cơ năng như đau đầu, chóng mặt, buồn nôn. Tuy nhiên, có nhiều người có các triệu chứng này nhưng lại không bị THA. Vì vậy cách duy nhất để phát hiện bị THA là phải đo HA thường xuyên. Một số người do không được đo HA thường xuyên nên chỉ đến khi có các dấu hiệu của biến chứng thì mới biết đã bị THA.

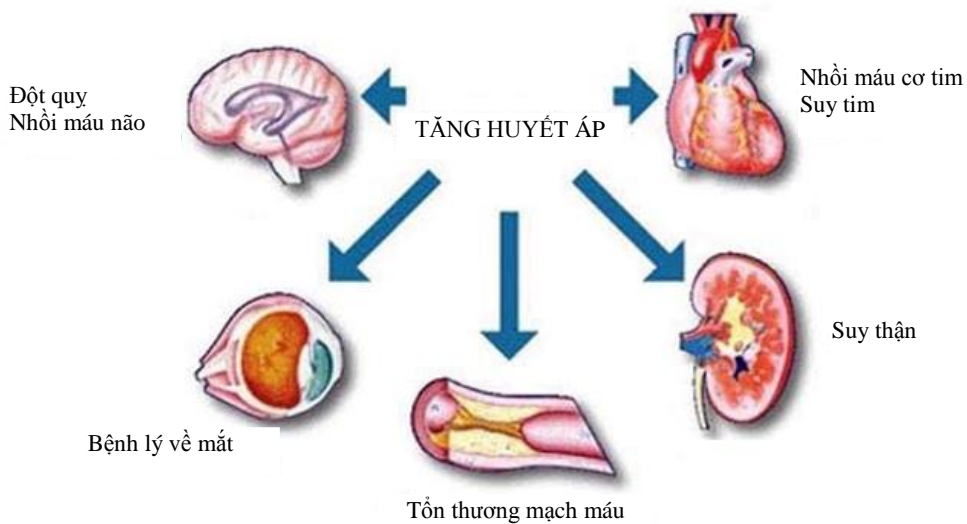
1.4. Các biến chứng/tổn thương cơ quan đích của tăng huyết áp

(1) Biến chứng tim:

- Bệnh tim thiếu máu cục bộ (do xơ vữa gây hẹp động mạch vành) bao gồm nhồi máu cơ tim, thiếu máu cơ tim không đau, suy tim, rối loạn nhịp tim và dẫn truyền.
- Phi đại thất trái (dày thất trái trên điện tim hay siêu âm tim).
- Suy tim.

(2) Biến chứng mạch máu não:

Đột quỵ là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật, nó có thể dẫn tới yếu hoặc liệt nửa người, thông thường người bị đột quỵ còn bị nói ngọng hoặc không thể nói được, đột quỵ nặng có thể gây tử vong.



Hình 2.1: Các tổn thương cơ quan đích do tăng huyết áp

Đột quỵ thường được phân thành hai loại dựa vào nguyên nhân: Xuất huyết não và nhồi máu não.

- Xuất huyết não: Nguyên nhân thường gặp nhất của xuất huyết não là THA. Huyết áp cao gây vỡ thành mạch và gây chảy máu não. Thông thường xuất huyết não xảy ra đột ngột, khi người bệnh đang hoạt động.

- Nhồi máu não: Nhồi máu não thường do nguyên nhân tắc mạch (gặp trong xơ vữa động mạch, viêm động mạch...), co mạch hay lấp mạch (cục máu đông hình thành ở một nơi nào đó trong cơ thể sau đó di chuyển đến vị trí khác, gây tắc mạch ở vị trí đó) do đó nhồi máu não có thể xảy ra ngay cả khi nghỉ ngơi.

(3) Biến chứng mắt: Là tổn thương các mạch máu nhỏ gây xuất huyết hoặc xuất tiết võng mạc, phù gai thị.

(4) Biến chứng thận: Tổn thương cầu thận, mạch máu thận, đái máu, viêm cầu thận, suy giảm mức lọc cầu thận, bệnh thận mạn, suy thận...

1.5. Một số thể tăng huyết áp

Tăng huyết áp tâm thu đơn độc: Khi HATT ≥ 140 mmHg và HATTr < 90 mmHg (thể này hay gặp ở người già).

Tăng huyết áp tâm trương đơn độc: Khi HATT < 140 mmHg và HATTr ≥ 90 mmHg.

Tăng huyết áp “áo choàng trắng”: Khi HA thường xuyên tăng tại bệnh viện hoặc phòng khám trong khi đo HA hằng ngày hoặc đo trong 24 giờ vẫn bình thường. Chẩn đoán khi trị số HA đo tại phòng khám $\geq 140/90$ mmHg nhiều lần lúc đi khám trong khi đó HA trung bình ban ngày (ghi Holter 24 giờ) $< 135/85$ mmHg.

Tăng huyết áp ẩn: Là tình trạng trái ngược với THA “áo choàng trắng”: HA đo tại phòng khám ở mức bình thường ($< 140/90$ mmHg) nhưng HA đo tại nhà hoặc đo HA 24 giờ thì lại đạt ngưỡng chẩn đoán. Chẩn đoán xác định khi HA trung bình đo tại nhà hoặc HA trung bình ban ngày (khi ghi Holter HA) $\geq 135/85$ mmHg.

Hạ HA tư thế đứng: Là sự giảm HATT ≥ 20 mmHg hoặc HATTr ≥ 10 mmHg trong vòng 3 phút khi đo ở tư thế đứng so với tư thế ngồi hoặc nằm.

2. KHÁM BỆNH VÀ CHẨN ĐOÁN TĂNG HUYẾT ÁP

2.1. Mục tiêu cần đạt

Việc thăm khám và đánh giá một bệnh nhân THA cần đạt được các mục tiêu sau:

- (1) Xác định con số HA của người bệnh và đưa ra chẩn đoán.
- (2) Đánh giá các yếu tố nguy cơ gây THA thứ phát.
- (3) Đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể.
- (4) Đánh giá các tổn thương cơ quan đích do THA.
- (5) Đánh giá các bệnh lý kết hợp khác trên bệnh nhân.
- (6) Xác định bệnh nhân có thuộc đối tượng cần chuyển tuyến không.

2.2. Các bước khám và đánh giá người bệnh tăng huyết áp

2.2.1. Khai thác tiền sử bệnh (Hỏi bệnh)

Các nội dung cần khai thác tiền sử, bệnh sử bệnh nhân THA bao gồm:

(1) Thời gian bị THA và chỉ số đo HA trước đó, tại thời điểm chẩn đoán (bao gồm số đo HA tại nhà).

(2) Hỏi các biểu hiện của THA thứ phát:

- Tiền sử bệnh thận, đường tiết niệu.
- Tiền sử dùng thuốc corticoid.
- Có các cơn vã mồ hôi, đau đầu, lo lắng, hồi hộp - dấu hiệu nghi ngờ u tủy thượng thận.
- Hạ kali tự phát hoặc sau dùng lợi tiểu, có cơn tetani hoặc cơn nhược cơ - gợi ý cường Aldosterone.
- Các triệu chứng gợi ý bệnh tuyến giáp.
- Hiện đang mang thai/dùng thuốc tránh thai.
- Cơn ngừng thở khi ngủ.

(3) Hỏi bệnh sử, triệu chứng tổn thương cơ quan đích:

- Đau đầu, chóng mặt, giảm thị lực, thiếu hụt vận động, tiền sử đột quy ...
- Đau ngực, khó thở, phù, tiền sử nhồi máu cơ tim (NMCT), tiền sử can thiệp động mạch vành (ĐMV).
- Tình trạng tiểu nhiều, tiểu đêm, tiểu máu, nhiễm trùng đường tiết niệu, tiểu ít (suy thận).

- Dấu hiệu động mạch ngoại biên: Lạnh đầu chi, đau cách hồi ...

(4) Hỏi tình trạng đang điều trị và sử dụng các thuốc hạ huyết áp:

- Loại thuốc huyết áp đang sử dụng.
- Tình trạng và bằng chứng về tuân thủ và thiếu tuân thủ điều trị.
- Hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc.
- Hỏi bệnh khác kèm theo như ĐTĐ, sỏi tiết niệu, bệnh cường giáp...

(5) Hỏi các yếu tố nguy cơ THA:

- Tiền sử cá nhân và gia đình trực hệ (bố mẹ anh chị em ruột) có người THA, đột quy, bệnh tim mạch, bệnh thận.

- Tiền sử cá nhân và gia đình có yếu tố nguy cơ, bệnh nền khác như rối loạn lipid máu, đái tháo đường.

- Hồi tình trạng hút thuốc lá, thuốc lào.

- Thói quen ăn uống, ăn mặn.

- Thay đổi cân nặng gần đây, béo phì.

- Hồi về tình trạng hoạt động thể lực, ít hoạt động thể lực hoặc đang có lối sống tĩnh tại.

- Tình trạng ngủ ngáy, ngưng thở khi ngủ.

- Phụ nữ có tiền sử THA thai kỳ/tiền sản giật.

2.2.2. Khám lâm sàng

Các bước khám lâm sàng bao gồm:

(1) *Khám toàn thân:*

- Đo huyết áp đúng quy trình, lần đầu chú ý đo huyết áp cả hai tay.

- Đo chiều cao, cân nặng - Tính BMI.

- Đo vòng eo.

(2) *Khám tim mạch: Nghe tim, đếm tần số mạch.*

(3) *Khám các bộ phận khác: Đánh giá tổn thương cơ quan đích, và phát hiện các dấu hiệu của THA thứ phát.*

Lưu ý: Các dấu hiệu cần tìm kiếm

a. Các dấu hiệu gợi ý THA thứ phát

- Bệnh thận, thận to; hội chứng Cushing (mặt béo tròn đỏ, kiểu béo trung tâm, dễ bầm tím, cánh tay và chân yếu, teo cơ chân tay, da mỏng, dễ xuất huyết dưới da, rạn da bụng).

- Tiếng thổi ở bụng; mất mạch bẹn.

- Chênh lệch chỉ số huyết áp hai tay.

b. Các dấu hiệu của tổn thương cơ quan đích

- Dấu hiệu thần kinh khu trú (dấu hiệu tổn thương não).

- Nhìn mờ, dấu hiệu ruồi bay, soi đáy mắt có bất thường.

- Nhịp không đều, có tiếng T3, tiếng thổi, ran ở phổi, phù ...

- Đau ngực trái.

- Nặng tai.

- Biến chứng mạch ngoại biên: Giảm hoặc mất mạch chi, mạch hai bên không đều, chi lạnh. Có tiếng thổi động mạch cảnh.

c. Bằng chứng của thừa cân, béo phì

- Tính chỉ số BMI đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì. Đo chiều cao, cân nặng.

Bảng 2.1: Bảng phân loại BMI theo chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới dành riêng cho người châu Á

Phân loại	BMI (kg/m²) - IDI WPRO
Bình thường	18,5 - 22,9
Thừa cân	≥ 23
Tiền béo phì	23 - 24,9
Béo phì độ I	25 - 29,9
Béo phì độ II	≥ 30
Béo phì độ III	≥ 40

- Đo vòng eo, đánh giá tình trạng béo bụng. Với nam giới vòng eo ≥ 90 cm, nữ giới ≥ 80 cm được xem là béo bụng.

2.2.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm thường quy ở bệnh nhân THA bao gồm:

- Hemoglobin và/hoặc hematocrit;
- Đường máu lúc đói;
- Mỡ máu: Cholesterol toàn phần, triglycerides, LDL- Cholesterol, HDL- Cholesterol;
- Điện giải máu (Natri và Kali máu), acid uric, creatinine;
- Xét nghiệm đánh giá chức năng gan (SGOT/ SGPT máu);
- Tổng phân tích nước tiểu và tìm protein niệu (định tính hoặc định lượng);
- Điện tâm đồ 12 chuyển đạo;

Bên cạnh các xét nghiệm cơ bản, một số xét nghiệm nên cân nhắc chỉ định trong một số trường hợp khi bệnh nhân có triệu chứng của tổn thương cơ quan đích hoặc nghi ngờ THA thứ phát. Các xét nghiệm này bao gồm siêu âm tim, siêu âm động mạch cảnh, chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (ABI), siêu âm ổ bụng, chụp mạch máu, CT sọ não.

Khoảng cách giữa các lần khám, xét nghiệm cơ bản và theo dõi

Bệnh nhân cần được khám lâm sàng toàn diện và làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản (nếu không làm được thì phải chuyển tuyến trên).

Lần đầu tiên (trong vòng 1-3 tháng) khi mới chẩn đoán tăng huyết áp;

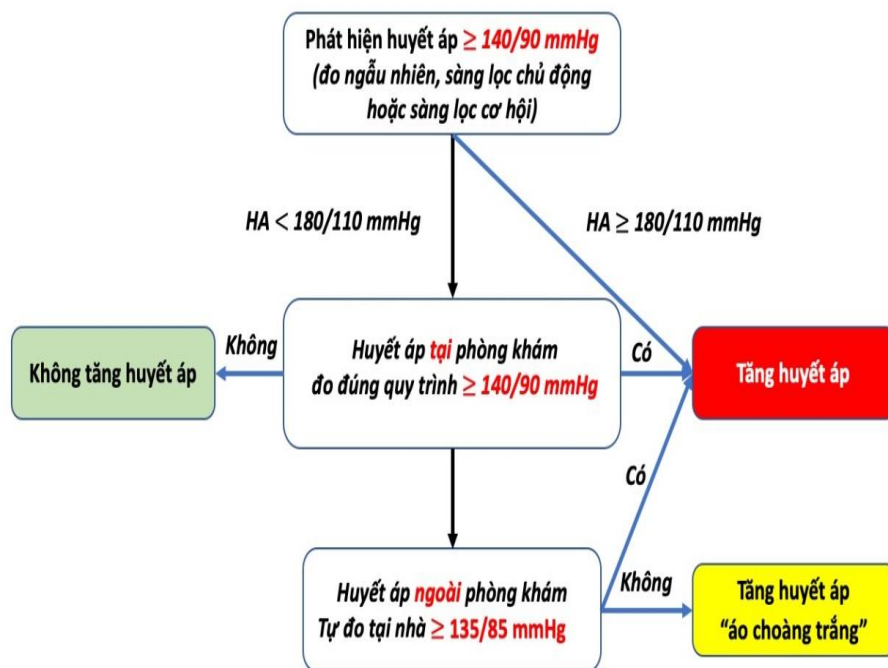
Sau đó định kỳ mỗi 6-12 tháng/1 lần hoặc khi người bệnh có biểu hiện bất thường.

Theo dõi sát huyết áp trong 1 tháng đầu khi khởi trị hoặc khi thay đổi phác đồ điều trị THA đến khi ổn định về huyết áp và không có tác dụng phụ thì sẽ khám và theo dõi định kỳ mỗi 1-3 tháng/1 lần.

2.2.4. Khẳng định chẩn đoán THA

Việc khẳng định chỉ số huyết áp cần được thực hiện đúng kỹ thuật và đối chiếu các phương pháp đo, nhằm tránh trường hợp chẩn đoán nhầm.

Chẩn đoán tăng huyết áp cần được khám 2 lần tại cơ sở y tế (TYT) tại 2 thời điểm khác nhau. Đây là một chiến lược vững chắc để khẳng định chẩn đoán THA, cũng như để phân loại THA trong thực hành lâm sàng. Chẩn đoán THA không thể chỉ dựa trên một số đo HA tại một lần khám duy nhất, trừ khi người bệnh có THA nặng (THA độ 3) hoặc có bằng chứng rõ ràng về tổn thương cơ quan đích.



Sơ đồ 2.1: Các bước chẩn đoán tăng huyết áp

Trong quá trình đo ngẫu nhiên, sàng lọc chủ động hoặc sàng lọc cơ hội, nếu phát hiện ngẫu nhiên $140/90 \text{ mmHg} \leq \text{HA} < 180/110 \text{ mmHg}$, đối tượng cần được chuyển về phòng khám để xác định có THA hay không. Nếu chỉ số $\text{HA} \geq 180/110 \text{ mmHg}$, khẳng định chẩn đoán đối tượng bị THA. Nếu đối tượng tới phòng khám và được đo huyết áp đúng quy trình, nếu chỉ số huyết áp $\geq 140/90 \text{ mmHg}$ có thể khẳng định chẩn đoán đối tượng bị THA, nếu chỉ số HA đo ở phòng khám $< 140/90 \text{ mmHg}$, đối tượng không mắc THA. Các đối tượng được chẩn đoán THA nên theo dõi HA tại nhà. Trong một số trường hợp, đối tượng đo HA tại nhà chỉ số huyết áp $< 135/85 \text{ mmHg}$ nhưng tới phòng

khám đo được huyết áp $\geq 140/90$ mmHg, trường hợp này được gọi là THA áo choàng trắng, không được chẩn đoán là THA.

2.3. Phân độ huyết áp

Việc phân độ THA có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng bệnh và quyết định chiến lược điều trị. Thường gặp thể THA cả 2 con số huyết áp tâm thu (HATT) và huyết áp tâm trương (HATTr).

Bảng 2.2: Bảng phân loại huyết áp năm 2003 của Tổ chức Y tế Thế giới (theo số đo huyết áp tại cơ sở y tế)

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

*Phân độ này dựa trên trị số HA đo tại phòng khám, nếu HATT và HATTr không cùng mức độ thì chọn HA ở mức độ cao hơn để xếp loại.
THA tâm thu đơn độc cũng được chia độ theo các mức biến động của huyết áp tâm thu (HATT).*

2.4. Đánh giá nguy cơ tim mạch

Tất cả các bệnh nhân THA đều cần được đánh giá mức độ (phân tầng) nguy cơ để từ đó giúp tiên lượng và xác định mục tiêu và chiến lược điều trị phù hợp.

2.4.1. Nguy cơ tim mạch tổng thể

Nguy cơ tim mạch tổng thể phản ánh nguy cơ xuất hiện các biến cố (bệnh) tim mạch và tử vong do tim mạch trong một khoảng thời gian nhất định (thường được tính trong 10 năm).

Hiện nay, theo Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”.

Có hai cách đánh giá nguy cơ tim mạch: Dựa vào lâm sàng và sử dụng thang điểm SCORE.

2.4.2. Đánh giá nguy cơ tim mạch dựa vào lâm sàng

Đối tượng được xem là có nguy cơ tim mạch cao khi bệnh nhân có một trong các yếu tố sau:

- (1) THA $\geq 180/110$ mmHg;

- (2) Rối loạn lipid máu với Cholesterol toàn phần ≥ 8 mmol/l (310 mg/dL);
- (3) Người bệnh có ĐTD chưa có tổn thương cơ quan đích;
- (4) Người bệnh THA đã có dày thất trái;
- (5) Người bệnh THA có suy thận vừa, với mức lọc cầu thận từ 30-59 ml/phút;
- (6) Nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm score từ 5-10%.

Đối tượng được xem là có nguy cơ tim mạch rất cao khi bệnh nhân có một trong các yếu tố sau:

- (1) Người THA đã có bệnh/biến cố tim mạch như bệnh động mạch vành, động mạch não, động mạch chủ/ngoại vi;
- (2) Người bệnh THA kèm theo đái tháo đường đã có tổn thương cơ quan đích (như protein niệu) hay có kèm một yếu tố nguy cơ tim mạch chính (như THA độ 3 hay cholesterol toàn phần máu ≥ 8 mmol/L);
- (3) Người bệnh THA có biểu hiện suy thận nặng với mức lọc cầu thận < 30 ml/phút;
- (4) Nguy cơ tim mạch tổng thể score từ 10%.

2.4.3. Đánh giá nguy cơ tim mạch sử dụng thang điểm SCORE

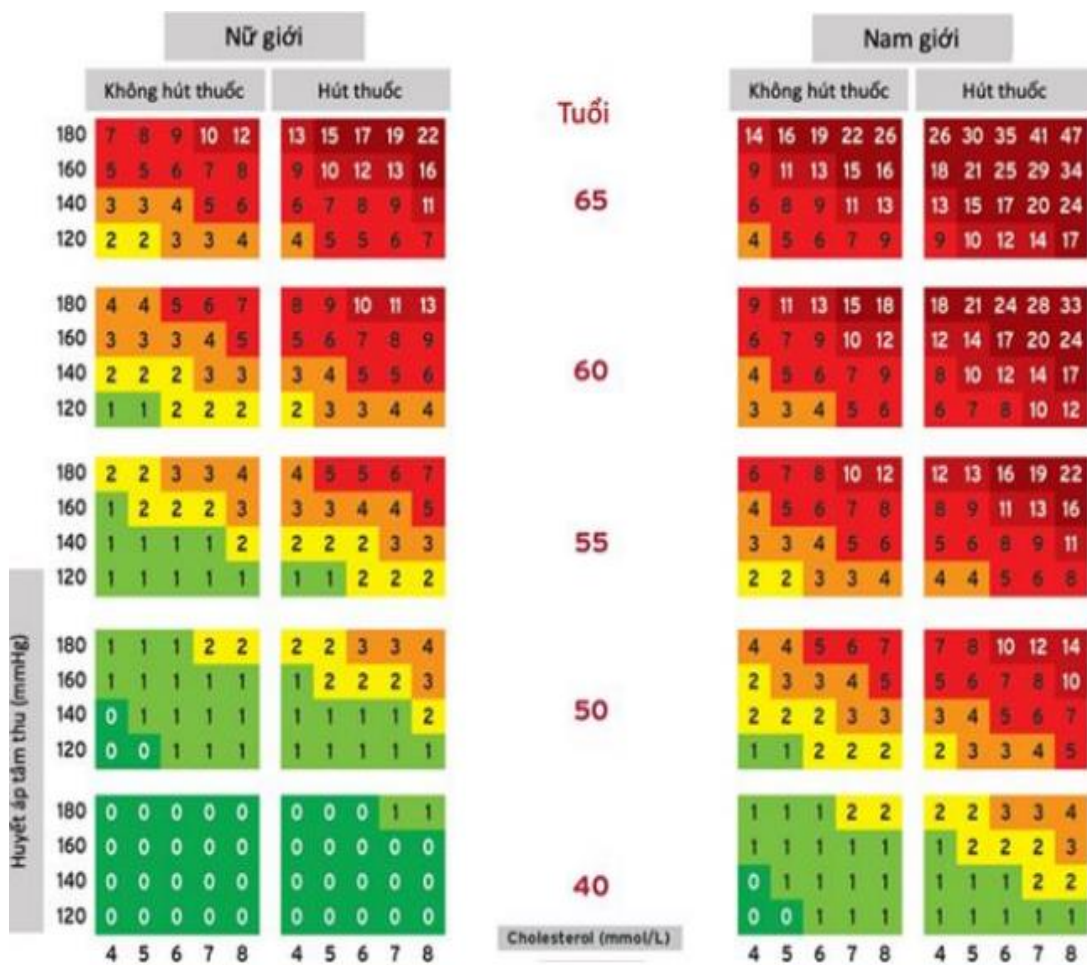
Khi không có các yếu tố trên thì sử dụng bảng dưới đây để tính nguy cơ tim mạch tổng thể.

Các yếu tố để đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch tổng thể:

- Giới, tuổi.
- Tình trạng thói quen hút thuốc lá, thuốc lào.
- Tình trạng huyết áp tâm thu.
- Rối loạn lipid máu. Đối với TYT, nếu bệnh nhân không có chỉ số mỡ máu, khi đánh giá lấy giá trị Cholesterol bằng 5,0.

Ví dụ: Bệnh nhân nam 65 tuổi, tiền sử hút thuốc lâu năm, chỉ số huyết áp được cán bộ y tế đo đúng quy trình là 160/90 mmHg, tại trạm y tế không xét nghiệm được coi Cholesterol là 5,0 mmol/l. Không có biểu hiện tổn thương cơ quan đích. Hãy ước tính nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE và phân loại nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân này?

Trả lời: Sử dụng biểu đồ ước tính nguy cơ tim mạch tổng thể, tra cứu theo từng đặc điểm của bệnh nhân: Giới, tuổi, tiền sử sử dụng thuốc lá, chỉ số huyết áp tâm thu, Cholesterol, ta có nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE của bệnh nhân là 21% ($> 10\%$) nên được phân loại nguy cơ rất cao.



Hình 2.2: Đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE

Nguy cơ tim mạch tổng thể được phân thành các mức sau:

- Dưới 5%: Nguy cơ biến chứng tim mạch trong vòng 10 năm là thấp đến trung bình.
- Từ 5 - 10%: Nguy cơ biến chứng tim mạch trong vòng 10 năm là cao.
- Từ 10%: Nguy cơ biến chứng tim mạch trong vòng 10 năm là rất cao.

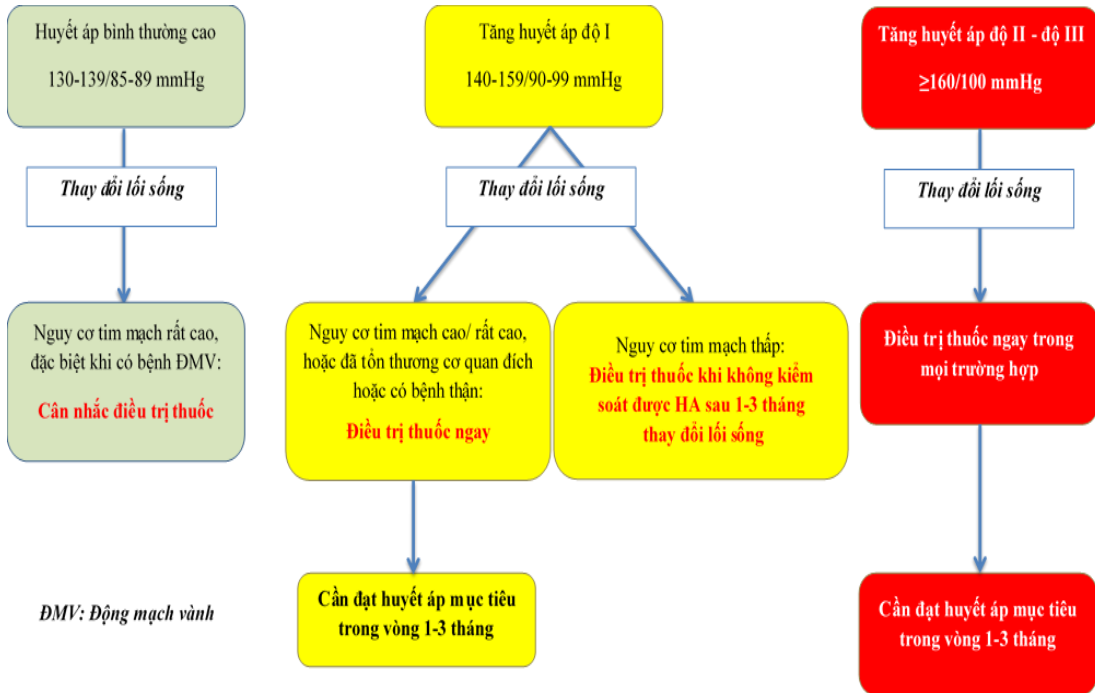
3. QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP

3.1. Nguyên tắc trong quản lý điều trị THA

Điều trị THA cần lâu dài, thường xuyên, liên tục. Bệnh nhân cần được quản lý và theo dõi thường xuyên, điều trị đúng và đủ hàng ngày, chỉnh liều định kỳ để đạt HA mục tiêu. Lập bệnh án ngoại trú trong theo dõi QLĐT.

Cần kết hợp “*Thay đổi hành vi lối sống toàn diện*” với “*Chiến lược điều trị bằng thuốc*” để kiểm soát tổng thể các yếu tố nguy cơ.

Khởi đầu điều trị sớm, tích cực để nhanh chóng đạt HA mục tiêu (trong vòng 1-3 tháng kể từ khi phát hiện THA) nhằm hạn chế ngay các biến cố tim mạch, giảm thiểu tổn thương cơ quan đích, và chậm tiến trình phải tăng liều thuốc sau này.



Sơ đồ 2.2: Chiến lược điều trị tăng huyết áp

Cá thể hóa trong xác định HA mục tiêu cần đạt, áp dụng phác đồ, loại thuốc điều trị phù hợp, xem xét các bệnh đồng mắc, lứa tuổi, sự sẵn có thuốc, giá thành và tác dụng phụ của thuốc.

Duy trì lâu dài phác đồ điều trị khi đã đạt HA mục tiêu, đồng thời theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời. Không giảm liều thuốc hạ áp khi đã đạt HA mục tiêu, trừ khi nguyên nhân gây THA hay bệnh mắc kèm đã được giải quyết, hoặc người bệnh không thể dung nạp mức HA thấp; nếu giảm liều thuốc HA thì phải định kỳ theo dõi sát HA, kết hợp với điều chỉnh lối sống nhằm duy trì HA mục tiêu.

Cần xác định các yếu tố cản trở sự tuân thủ điều trị của người bệnh và tư vấn hỗ trợ để người bệnh đạt được HA mục tiêu.

Trong vòng 1-3 tháng sau khi khởi trị tại TYT xã, cần chuyển bệnh nhân đến tuyến cao hơn để làm các xét nghiệm cơ bản. Sau khi có xét nghiệm, bác sỹ tuyến huyện đã đánh giá toàn diện nguy cơ tim mạch của người bệnh và có phác đồ điều trị tối ưu, chuyển về TYT tiếp tục duy trì phác đồ đã được tối ưu này.

Trạm y tế có thể QLĐT cho hầu hết các trường hợp THA nguyên phát, kể cả khi người bệnh có nguy cơ tim mạch cao, tổn thương cơ quan đích và có nhiều bệnh đồng

mắc phức tạp thì HA vẫn có thể được giám sát tại tuyến cơ sở nếu đã có được phác đồ kiểm soát huyết áp và các bệnh lý đồng mắc một cách hiệu quả từ tuyến trên.

3.2. Xác định huyết áp mục tiêu (kiểm soát huyết áp mục tiêu)

Số đo huyết áp tại TYT cần đạt “HA mục tiêu” như sau:

“**HATT**”: Từ 120 mmHg đến < 130 mmHg ở người < 65 tuổi và từ 130 mmHg đến < 140mmHg ở người \geq 65 tuổi. Tuy nhiên có thể thấp hơn nếu người bệnh vẫn dung nạp được.

“**HATTr**”: Từ 70 mmHg đến < 80mmHg.

Chú ý: HA tự đo tại nhà (trung bình nhiều lần đo) hoặc HA (trung bình ban ngày) khi ghi Holter HA có thể thấp hơn số đo HA tại phòng khám từ 5-10 mmHg.

3.3. Điều trị không dùng thuốc (Tư vấn thay đổi hành vi)

a) *Đối tượng*

- Áp dụng cho các trường hợp chẩn đoán tiền tăng HA.
- Trường hợp tăng HA độ 1, và có nguy cơ tim mạch thấp, score <5% chưa có chỉ định uống thuốc.

b) *Nội dung tư vấn*: Xem bài Tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường.

c) *Hiệu quả giảm huyết áp khi thay đổi hành vi*

Bảng 2.3: Hiệu quả giảm huyết áp bằng các biện pháp không dùng thuốc

Biện pháp	Mức độ	Hiệu quả giảm HATT/HATTr
Giảm muối	Giảm 1,8 gam muối/ngày	Giảm 15,1/2,7 mmHg
Giảm cân	Mỗi kg giảm cân	Giảm 1,1/0,9 mmHg
Giảm uống rượu/bia	Giảm 3,6 cốc/ngày	Giảm 3,9/2,4 mmHg
Tăng cường vận động thể lực	120-150 phút/tuần	Giảm 4,9/3,7 mmHg
Thực hành chế độ ăn uống hợp lý	Ăn kiêng hợp lý	Giảm 11,4/5,5 mmHg (người THA) Giảm 3,6/1,8 mmHg (người không THA)

3.4. Điều trị bằng thuốc (sử dụng phác đồ)

3.4.1. Ngưỡng khởi trị bằng thuốc

Nhìn chung, khởi trị khi HA \geq 140/90 mmHg ở người < 80 tuổi hoặc HA \geq 160/90 mmHg ở người \geq 80 tuổi, hoặc

Người THA độ 1, nguy cơ tim mạch thấp, sau khi tư vấn thực hiện thay đổi lối sống từ 1-3 tháng mà không đạt “HA mục tiêu”.

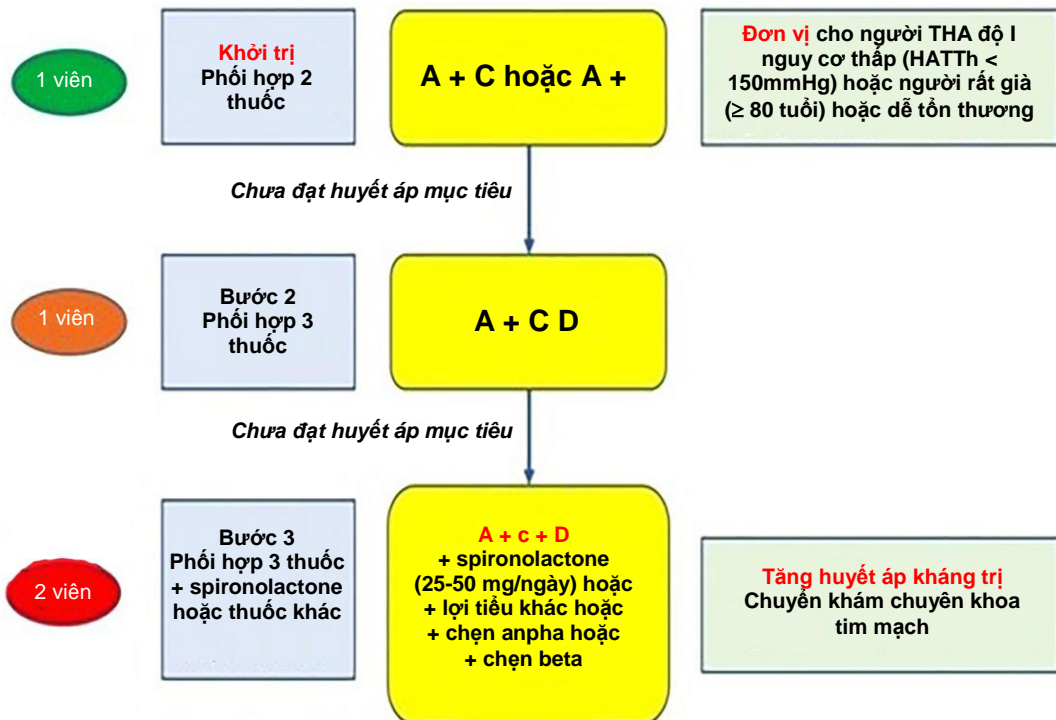
Tuy nhiên, ngay cả khi người có HA bình thường cao (130-139/85-89 mmHg) mà có nguy cơ tim mạch rất cao, nhất là có bệnh động mạch vành thì cũng khởi đầu điều trị thuốc hạ áp sớm.

3.4.2. Sử dụng phác đồ

Các nhóm thuốc điều trị THA có thể chia thành 5 nhóm lớn chính, được viết tắt là ABCDE, trong đó:

- A là nhóm các thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể (ƯCMC/ƯCTT);
- B là nhóm các thuốc chẹn beta giao cảm;
- C là nhóm các thuốc chẹn kênh canxi;
- D là nhóm các thuốc lợi tiểu;
- E là nhóm hạ áp còn lại.

(1) Phác đồ điều trị chung



Sơ đồ 2.3: Phác đồ điều trị chung

Áp dụng với những TYT luôn sẵn có đủ nhóm thuốc thiết yếu điều trị THA, những TYT có cán bộ có kinh nghiệm sử dụng phác đồ thuốc có chỉ định ưu tiên.

Khởi trị bằng phối hợp các thuốc sẵn có, bắt đầu với 2 loại thuốc hạ áp khác nhóm trong ABCD với nhau, từ liều khởi đầu, tăng dần, đến khi đạt HA mục tiêu.

Ưu tiên phối hợp các nhóm đã chứng minh có hiệu quả là: A + C hoặc A + D hoặc C + D.

Sau 4 tuần, nếu chưa kiểm soát được HA bằng hai thuốc, thì thêm thuốc thứ ba, trong đó nên có một thuốc lợi tiểu dạng thiazide, thường là phối hợp 3 thuốc nhóm A + C + D.

Ưu tiên chọn các thuốc dạng viên phối hợp liều cố định, để giảm số lần dùng thuốc trong ngày và tăng dung nạp với điều trị.

(2) Phác đồ khởi trị tăng huyết áp tại trạm y tế mới triển khai quản lý điều trị

Bước 1. Khởi trị
Khẳng định có THA, có chỉ định điều trị, không cần chuyển tuyến.
 → Thay đổi lối sống tích cực
 → Ưu tiên dùng thuốc **C**

Bước 2. Tái khám sau 4 tuần
Nếu HA còn vượt HA mục tiêu > 5-10 mmHg
 → Kết hợp thuốc **C + A**

Bước 3. Tái khám sau 4 tuần
Nếu HA vẫn vượt HA mục tiêu > 5-10 mmHg
 → Kết hợp thêm **C + A + D**

Bước 4. Tái khám sau 4 tuần
Nếu HA vẫn vượt HA mục tiêu > 5-10 mmHg
 → Kiểm tra xem dùng thuốc có đúng/đủ/đều?
 → Tăng số lượng các viên phối hợp
 → **Chuyển tuyến, khám chuyên khoa tim mạch**

Ưu tiên dùng loại tác dụng kéo dài, chỉ cần uống 1 lần/ngày. Nên dùng các dạng viên phối hợp liều cố định. Lưu ý các chống chỉ định khi dùng thuốc.

C { Amlodipine 5mg hoặc Nifedipine chậm (retard) 20mg

A { Enalapril 5mg X 2 lần hoặc Lisinopril 5mg hoặc Perindopril 5mg hoặc Ramipril 5mg hoặc Irbesartan 150mg hoặc Losartan 50mg hoặc Telmisartan 40mg hoặc Valsartan 80mg

D { Hydrochlorothiazide 12,5mg hoặc Indapamide 1,5mg

Ở mỗi lần tái khám
Nếu đạt hoặc vượt HA mục tiêu < 5 mmHg
 → Duy trì phác đồ cũ, tích cực thay đổi lối sống
Nếu HA tâm thu < 110 mmHg trong 2 lần khám
 → Chuyển sang phác đồ nhẹ hơn trước đó

Sơ đồ 2.4: Phác đồ khởi trị THA tại TYT mới triển khai QLĐT

Lưu ý: Trong quá trình điều trị, nếu bệnh nhân có gặp tác dụng phụ hoặc biến cố, bệnh nhân liên hệ ngay với nhân viên y tế để đổi thuốc hoặc chỉnh liều mà không cần phải đợi 4 tuần.

Phác đồ trên đây là một lựa chọn dễ thực hiện cho những cơ sở mới triển khai quản lý điều trị THA. Ưu điểm chính của phác đồ này là dễ sử dụng tại TYT, có thể áp dụng cho nhiều đối tượng, thuận tiện cho quản lý và cung ứng thuốc, trên cơ sở tập trung vào một vài loại thuốc nhóm A, C, D nhất định. Nếu người bệnh được tuyến trên chuyển về thì sẽ theo hướng dẫn điều trị của tuyến trên.

Với người có THA độ 1 kèm nguy cơ tim mạch thấp hoặc ở người ≥ 80 tuổi hoặc người dễ tổn thương, thì nên khởi trị với phác đồ dùng 1 thuốc hạ áp sẵn có trong số các nhóm thuốc ABCD. Cần chú ý các chống chỉ định của thuốc. Cụ thể:

- Ưu tiên chọn thuốc chẹn kênh canxi tác dụng dài (nhóm C) hoặc lợi tiểu dạng thiazide (nhóm D) cho người ≥ 60 tuổi. Ưu tiên thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1 (nhóm A) cho người < 60 tuổi.

- Ưu tiên chọn các thuốc hạ áp tác dụng kéo dài, uống 1 lần trong ngày để kiểm soát huyết áp 18-24 giờ.

- Nên khởi trị bằng phối hợp ≥ 2 thuốc (2 nhóm) để nhanh chóng đạt HA mục tiêu, nhất là với người có THA độ 2, độ 3 hoặc THA độ 1 kèm nguy cơ tim mạch cao trở lên.

(3) Danh mục thuốc và liều duy trì tại tuyến cơ sở

Bảng 2.4: Liều lượng một số thuốc điều trị THA

Thuốc uống	Tên thuốc	Liều khởi trị	Liều hàng ngày	Số lần dùng
Nhóm A Tác động lên hệ renin angiotensin	<i>Loại ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (ỨCTT)</i>			
	Losartan	25 mg	50-100 mg	1-2 lần/ngày
	Telmisartan	20 mg	20-80 mg	1 lần/ngày
	<i>Loại ức chế men chuyển (ỨCMC)</i>			
	Enalapril	2,5 mg	5-40 mg	1-2 lần/ngày
	Perindopril	2,5 mg	5-10 mg	1 lần/ngày
Nhóm B Chẹn beta giao cảm (CB)	Atenolol	25 mg	25-100 mg	1-2 lần/ngày
	Bisoprolol	2,5 mg	5-10 mg	1 lần/ngày
	Metoprolol	25 mg	50-100 mg	1-2 lần/ngày
	Acebutolol	2000 mg	200-800 mg	1-2 lần/ngày
Nhóm C Chẹn kênh canxi (CC)	Amlodipine	2,5 mg	5-10 mg	1 lần/ngày
	Nifedipine chậm (SR)	10 mg	20-120 mg	2 lần/ngày
Nhóm D Lợi tiểu Thiazide/giống Thiazide	Hydrochlorothiazide	6,25 mg	6,25-12,5mg	1 lần/ngày
	Indapamide SR	1,5 mg	1,5-3 mg	1 lần/ngày
	Chlorthalidone	12,5 mg	25 mg	2 lần/ngày

(4) Thận trọng và các chống chỉ định của thuốc THA

Bảng 2.5: Chỉ định và chống chỉ định khi sử dụng thuốc THA

Thuốc hạ áp	Chống chỉ định	Thận trọng khi dùng
Nhóm A (Ức chế men chuyển/ Ức chế thụ thể)	Thai nghén Tiền sử phù mạch Tăng kali máu (> 5,0 mmol/L) Hẹp động mạch thận cả hai bên	Phụ nữ trong tuổi sinh sản, không sử dụng biện pháp tránh thai đáng tin cậy
Nhóm B (Chẹn beta giao cảm - CB)	Hen/co thắt phế quản Blốc xoang nhĩ hoặc blốc nhĩ thất độ cao Nhịp tim chậm (< 60 chu kỳ/phút)	Hội chứng chuyển hoá Giảm dung nạp glucose Người hoạt động thể lực tích cực
Nhóm C (Chẹn kênh canxi - CC loại DHP)		Nhịp tim nhanh Suy tim mức độ NYHA độ III-IV Phù chân nặng nề trước đó
Nhóm C (Chẹn kênh canxi - CC loại nonDHP)	Blốc xoang nhĩ hoặc blốc nhĩ thất độ cao Nhịp tim chậm (< 60 chu kỳ/phút) Suy thất trái nặng (LVEF < 40%)	Táo bón
Nhóm D (Lợi tiểu dạng thiazide)		Gút Hội chứng chuyển hoá Giảm dung nạp glucose Có thai Tăng canxi máu Hạ kali máu

3.5. Tư vấn thay đổi hành vi lối sống

Tư vấn thay đổi hành vi lối sống ở bệnh nhân THA tập trung vào những nội dung sau:

<p>1. Không hút thuốc lá, thuốc lào</p> <p>2. Không lạm dụng rượu bia</p> <ul style="list-style-type: none">- Không uống hơn 2 đơn vị rượu/ngày (đối với nam), không uống hơn 1 đơn vị rượu/ngày (đối với nữ) và không uống quá 10 đơn vị trên tuần.- Không uống rượu/bia không rõ nguồn gốc. <p>3. Chế độ dinh dưỡng</p> <p>Giảm muối bằng cách:</p> <ul style="list-style-type: none">- Cho bớt muối khi nấu ăn.- Giảm, hạn chế chấm thức ăn vào gia vị, nước mắm.- Hạn chế ăn các thực phẩm mặn như dưa/cà muối, cá muối, thức ăn nhanh, thực phẩm chế biến sẵn, thực phẩm đóng hộp. <p>Chế độ ăn uống (ngoài giảm muối):</p> <ul style="list-style-type: none">- Ăn đủ và đa dạng các nhóm thực phẩm.- Tăng cường ăn rau quả để cung cấp chất xơ, vitamin và muối khoáng, bảo đảm ăn đủ 5 đơn vị chuẩn (400g)/ngày.- Hạn chế thực phẩm nguồn gốc động vật nhiều mỡ. <p>Duy trì cân nặng lý tưởng:</p> <ul style="list-style-type: none">- Duy trì cân nặng lý tưởng thông qua chế độ ăn uống giảm năng lượng và tăng hoạt động thể lực.- Cân nặng lý tưởng khi BMI từ 18,5 - 22,9.	<p>4. Chế độ luyện tập thể lực</p> <p>5. Giảm căng thẳng</p> <ul style="list-style-type: none">- Người bệnh cần tránh những tình huống dễ căng thẳng.- Suy nghĩ lạc quan, tích cực.- Rèn luyện khả năng thích nghi với môi trường, chấp nhận những rủi ro có thể xảy ra như một phần tất yếu của cuộc sống. <p>6. Đo huyết áp thường xuyên</p> <ul style="list-style-type: none">- Đo HA ít nhất 1 lần/ngày và ghi vào sổ theo dõi HA.- Nên sử dụng máy đo HA điện tử để đo HA tại nhà.- Nếu có dấu hiệu bất thường (đau đầu, khó thở, chóng mặt, buồn nôn, đỏ mặt ...) cần nhanh chóng kiểm tra HA để được kịp thời đến cơ sở y tế để kiểm tra lại. <p>7. Dùng thuốc đúng cách</p> <ul style="list-style-type: none">- Uống đúng thuốc, đủ liều, đều đặn theo hướng dẫn của cán bộ y tế.- Không tự ý dừng thuốc, thay đổi thuốc, tăng hoặc giảm liều.- Không tự mua thuốc về điều trị. <p>8. Đến khám tại các CSYT</p> <ul style="list-style-type: none">- Khám lại theo lịch hẹn của cán bộ y tế.- Đến ngay cơ sở khám chữa bệnh khi có dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị.
--	---

(Chi tiết xem bài Tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người bệnh THA, ĐTD)

3.6. Theo dõi quản lý ca bệnh

3.6.1. Trường hợp đã đạt huyết áp mục tiêu

Tiếp tục duy trì phác đồ đã sử dụng, tái khám định kỳ (hàng tháng) để đảm bảo tuân thủ điều trị, đồng thời phát hiện kịp thời các biến cố tim mạch và tác dụng phụ của thuốc (nếu có) để điều chỉnh kịp thời.

Định kỳ chuyển bệnh nhân khám và làm xét nghiệm đánh giá các yếu tố nguy cơ tim mạch và các tổn thương cơ quan đích để tối ưu việc điều trị THA kết hợp với kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch khác.

Tiếp tục truyền thông giáo dục sức khỏe để duy trì lối sống tích cực phối hợp với điều trị hạ áp và nâng cao hiểu biết dự phòng các biến cố liên quan đến THA và các bệnh lý thường gặp đi cùng với THA.

3.6.2. Trường hợp chưa đạt huyết áp mục tiêu

Bệnh nhân đến khám lại mà chưa đạt mục tiêu điều trị (nhưng không có các biến chứng kèm theo) thì cần thực hiện các bước sau:

Xác định việc tuân thủ điều trị hoặc yếu tố ảnh hưởng khác

- Xác định quy trình, kỹ thuật đo HA đã chuẩn chưa? Có tình trạng THA áo choàng trắng hay không? (đánh giá bằng đo HA tại nhà hoặc ghi Holter HA)

- Tình trạng tuân thủ điều trị: Bệnh nhân có uống thuốc đúng, đủ và đều không? Việc phối hợp thuốc đã đúng chưa?

- Người bệnh đã có thay đổi lối sống tích cực, hành vi nguy cơ chưa, đặc biệt là ăn giảm muối và hạn chế bia rượu. Người bệnh có đang dùng các thuốc có ảnh hưởng đến HA như các thuốc giảm đau chống viêm, thuốc xịt mũi ... hay không?

Quyết định phương án điều trị tiếp theo

Cần thay đổi phương án điều trị nếu bệnh nhân đã tuân thủ điều trị và loại trừ yếu tố THA áo choàng trắng mà chưa đạt mục tiêu điều trị. Tuy nhiên, tùy theo tình trạng sẵn có thuốc điều trị THA của TYT và phác đồ mà người bệnh đã được áp dụng trong tháng trước mà CBYT quyết định phương án điều trị tiếp theo cho người bệnh. Lưu ý luôn cần tuân thủ phác đồ điều trị.

- Tăng liều thuốc nếu TYT không có các nhóm thuốc có thể phối hợp theo phác đồ.

- Phối hợp với một nhóm thuốc điều trị khác nếu TYT có sẵn các nhóm thuốc có thể phối hợp theo phác đồ.

- Sau 3 tháng, nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị và đã áp dụng tăng liều thuốc/phối hợp thuốc như bước 2 và 3 trong sơ đồ “Phác đồ điều trị chung” và sơ đồ “Phác đồ khởi trị THA tại TYT mới triển khai QLĐT” nêu trên mà không đạt huyết áp mục tiêu, cần chuyển bệnh nhân lên tuyến cao hơn.

3.6.3. Trường hợp gặp tác dụng phụ trong quá trình điều trị

Cần nhắc thay đổi bằng loại thuốc hạ HA khác có ít tác dụng phụ hơn và theo dõi định kỳ.

Nhóm thuốc ức chế men chuyển: Thường có tác dụng phụ ho khan.

Nhóm chẹn kênh can xi: Tác dụng phù hay gặp hồi hộp, nhịp tim nhanh, phù hai chi dưới.

Nhóm lợi tiểu, theo dõi hạ kali máu. Chú ý bồi phụ kali trong khẩu phần ăn (sẵn có trong chuối tiêu).

3.7. Quy định về chuyển tuyến

3.7.1. Các trường hợp TYT cần chuyển tuyến

Cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên khi:

- THA ở người trẻ dưới 40 tuổi hoặc nghi ngờ THA thứ phát; THA ở phụ nữ có thai; THA cao > 200/110 mmHg;

- THA đang quản lý/điều trị có diễn biến bất thường; không đạt HA mục tiêu (THA kháng trị), dù đã điều trị đủ/phối hợp thuốc sẵn có tại TYT (≥ 3 thuốc, trong đó ít nhất có 1 thuốc lợi tiểu) hoặc bệnh nhân không thể dung nạp với các thuốc hạ áp sẵn có, hoặc có quá nhiều bệnh nặng phối hợp;

- THA nghi ngờ hoặc đã có biến chứng tim mạch nặng (như tai biến mạch máu não, suy tim, bệnh mạch vành, phình tách động mạch chủ, bệnh động mạch ngoại vi, suy thận, tiền sản giật...);

- Khi cần làm xét nghiệm cơ bản cho lần đầu mới phát hiện THA (trong 3 tháng đầu) hoặc định kỳ hàng năm để đánh giá toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch khác;

- Sau khi có kết quả, người bệnh lại được chuyển về để quản lý tại tuyến cơ sở nếu không có những kết quả xét nghiệm bất thường.

3.7.2. Tuyến trên chuyển bệnh nhân về trạm y tế

Bệnh viện huyện hoặc bệnh viện chuyên khoa chuyển bệnh nhân về TYT để tiếp tục QLĐT trong các trường hợp:

- Những bệnh nhân TYT chuyển lên làm xét nghiệm định kỳ mà không thấy bất thường.

- Những bệnh nhân THA nặng, có dấu hiệu tổn thương cơ quan đích đã được khám, đánh giá và có phác đồ tối ưu, đã kiểm soát được huyết áp ổn định và đạt mục tiêu điều trị (trên cơ sở TYT sẵn có các thuốc phù hợp).

3.7.3. Xử lý cấp cứu THA trước khi chuyển tuyến

Khi HA $\geq 200/120$ mmHg hoặc $\geq 180/110$ mmHg nhưng có các biểu hiện như đau thất ngực, đau đầu dữ dội, thờ nhanh và nông, nhìn mờ, đi tiểu giảm, buồn nôn và nôn, lơ mơ, co giật, có dấu hiệu thần kinh khu trú hoặc dấu hiệu suy tim... cần chuyển khẩn cấp tới bệnh viện. Liên hệ với tuyến trên để được hướng dẫn thêm. Dùng thuốc hạ áp có sẵn tại trạm y tế xã nếu không có chống chỉ định.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Anh/chị hãy điền các chỉ số vào bảng phân độ THA theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới:

Phân loại	HATT (mmHg)		HATTr (mmHg)
HA tối ưu	< 120	và	< 80
HA bình thường	.....	.....	.....
HA bình thường cao	.....	và/hoặc	.....
THA độ 1	.....	và/hoặc	.....
THA độ 2	.....	và/hoặc	.....
THA độ 3	≥ 180	và/hoặc	.....

Câu 2. Điền vào chỗ trống mục tiêu điều trị THA:

a) Người < 65 tuổi:

.....
.....

b) Người ≥ 65 tuổi:

.....
.....

Câu 3. Bệnh nhân nữ 65 tuổi, tiền sử hút thuốc lâu năm, chỉ số huyết áp được cán bộ y tế đo đúng quy trình là 167/94 mmHg, tại trạm y tế không xét nghiệm được. Hãy ước tính nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE và phân loại nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân này?

a) Nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE:%

b) Phân loại: Thuộc nhóm nguy cơ

Câu 4. Một bệnh nhân nam 35 tuổi đến khám bệnh tại trạm y tế. Khám thấy HA 173/95 mmHg (đo nhiều lần, vào các thời điểm khác nhau), không thấy có các biểu hiện bất thường khác. Nên xử lý như thế nào?

a) Cần điều trị ngay thuốc hạ huyết áp.

b) Chưa cần điều trị bằng thuốc, khuyên bệnh nhân về chế độ ăn uống, bỏ rượu/bia, thuốc lá... sau 3-4 tháng huyết áp không giảm thì mới cho dùng thuốc.

c) Chuyển tuyến trên.

Câu 5. Một bệnh nhân nam 60 tuổi đến khám bệnh tại trạm y tế. Khám thấy HA 165/92 mmHg (đo nhiều lần, vào các thời điểm khác nhau), không thấy có các biểu hiện bất thường khác. Nên xử lý như thế nào?

a) Cần điều trị ngay thuốc hạ huyết áp.

b) Chưa cần điều trị bằng thuốc, khuyên bệnh nhân về chế độ ăn uống, bỏ rượu/bia, thuốc lá... sau 3-4 tháng huyết áp không giảm thì mới cho dùng thuốc.

c) Chuyển tuyến trên.

Câu 6. Một bệnh nhân nữ, 64 tuổi, không hút thuốc đến khám bệnh tại trạm y tế. Khám thấy HA 148/92 mmHg (đo nhiều lần, vào các thời điểm khác nhau), không thấy có các biểu hiện bất thường khác. Nên xử lý như thế nào?

a) Cần điều trị ngay thuốc hạ huyết áp.

b) Chưa cần điều trị bằng thuốc, khuyên bệnh nhân về chế độ ăn uống, bỏ rượu/bia, thuốc lá... sau 3-4 tháng huyết áp không giảm thì mới cho dùng thuốc.

c) Chuyển tuyến trên.

Câu 7. Bệnh nhân nam 66 tuổi mới được chẩn đoán và quản lý điều trị tại TYT xã với Amlodipin 5 mg x 1 lần/ngày. Sau 1 tháng, bệnh nhân tới TYT khám và lấy thuốc. Bệnh nhân được đo huyết áp đúng quy trình là 157/95 mmHg và khám không phát hiện bất thường gì khác. Bệnh nhân uống thuốc đầy đủ tại nhà theo hướng dẫn của CBYT. TYT hiện chỉ có nhóm thuốc chặn kênh canxi. Nếu anh/chị là cán bộ TYT, anh/chị sẽ xử trí bệnh nhân này như thế nào?

a) Chuyển tuyến.

b) Duy trì phác đồ cũ và tư vấn thay đổi lối sống.

c) Tăng liều. Đồng thời tư vấn thay đổi lối sống.

Amlodipin (ghi rõ hàm lượng và liều dùng, cách dùng)

.....
Câu 8. Nối tác dụng phụ có thể có phù hợp với các nhóm thuốc hạ huyết áp?

1)	Thuốc ức chế men chuyển
2)	Thuốc chặn kênh canxi
3)	Thuốc lợi tiểu thiazide

a)	Rối loạn điện giải
b)	Ho khan
c)	Đánh trống ngực

Bài 3

THỰC HÀNH CA LÂM SÀNG TĂNG HUYẾT ÁP

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được chỉ định đo huyết áp và quy trình đo huyết áp chuẩn.
2. Thực hiện khám bệnh, đánh giá nguy cơ tim mạch, chẩn đoán, điều trị một người bệnh tăng huyết áp.

NỘI DUNG

1. GIỚI THIỆU MÁY ĐO HUYẾT ÁP

Các loại máy đo HA sử dụng tai nghe (như máy đo HA thủy ngân hoặc máy đo HA đồng hồ), máy đo huyết áp tự động hoặc bán tự động bằng phương pháp dao động kế (máy đo HA điện tử) đều có thể sử dụng tại các cơ sở y tế (Hình 1). Tuy nhiên, các loại máy này đều phải được định kỳ chuẩn hóa.



Huyết áp kế thủy ngân



Huyết áp kế đồng hồ



Hình 3.1: Kích thước băng cuộn theo chu vi cánh tay

Băng cuốn: Băng cuốn phù hợp với kích cỡ chu vi cánh tay. Không sử dụng máy đo băng cuốn cổ tay trong chẩn đoán THA. Chiều dài băng cuốn (phần chứa hơi) bằng 80% chu vi cánh tay.

Bảng 3.1: Kích thước băng cuốn phù hợp chu vi cánh tay

Chu vi cánh tay (cm)	Kích thước băng cuốn (cm)
18 → 26	9 x 18 (Trẻ em - người lớn gầy)
26 → 33	12 x 23 (Size M) - người lớn
33 → 41	15 x 33 (Size L) - người lớn béo
> 41	18 x 36 (Size XL)

2. CHỈ ĐỊNH ĐO HUYẾT ÁP

2.1. Đo huyết áp tại phòng khám (do nhân viên y tế thực hiện)

Được sử dụng như là thông số HA chính trong chẩn đoán, phân loại và theo dõi kết quả điều trị THA.

2.2. Tự đo huyết áp tại nhà

Bệnh nhân có thể tự đo hoặc nhờ YTTB hay người khác đo HA tại nhà rồi ghi chép lại số HA vào sổ theo dõi.

Lợi ích của phương pháp:

- Giúp chẩn đoán THA, chẩn đoán THA áo choàng trắng.
- Cung cấp thêm thông tin về con số HA ở các thời điểm khác nhau trong ngày, đặc biệt ở bệnh nhân đang dùng thuốc hạ HA.
- Giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn.
- Kiểm tra lại cũng như bổ sung cho phương pháp đo HA lưu động 24 giờ.

Không khuyến cáo tự đo HA trong các trường hợp: Bệnh nhân quá lo lắng, căng thẳng hoặc bệnh nhân tự động điều chỉnh chế độ dùng thuốc.

Lưu ý khi đo huyết áp tại nhà:

Khuyến khích người bệnh dùng các máy bán tự động và tự động. Dụng cụ dùng để đo HA tại nhà cần được kiểm tra và hiệu chỉnh tối thiểu 6 tháng/1 lần tại cơ sở y tế để đảm bảo hoạt động chính xác.

Không dùng loại máy đo quần ở cổ tay vì thiếu chính xác.

Khi đo HA tại nhà, cần đo hai lần (sáng và tối), mỗi lần cần đo 2 lượt cách nhau ít nhất 2 phút.

Số HA đo tại nhà thường thấp hơn tại phòng khám. Số HA đo ở nhà là 135/85 mmHg sẽ tương ứng với 140/90 mmHg khi đo ở phòng khám hoặc bệnh viện.

2.3. Đo huyết áp trong một số trường hợp đặc biệt

Người lớn tuổi: Nên thường quy đo thêm HA ở tư thế đứng vì người lớn tuổi thường có hạ HA tư thế đứng. Hạ HA tư thế là sự suy giảm HA tư thế quá mức khi đứng dậy. Đo HA và nhịp tim sau khi nằm 5 phút và sau khi đứng 1 phút và 3 phút. Bệnh nhân không đứng được sẽ được đo HA ở tư thế ngồi thẳng lưng. Định nghĩa hạ HA tư thế là khi giảm HA tâm thu > 20 mm Hg, hoặc giảm HA tâm trương > 10 mm Hg, hoặc cả hai. Các triệu chứng ngất, hoa mắt chóng mặt, lảo lộn hoặc nhìn mờ có thể kéo dài trong vài giây tới vài phút khi đứng dậy và biến mất nhanh chóng khi nằm xuống.

Bệnh nhân béo phì: Cần dùng máy đo HA với băng quấn dài và rộng phù hợp chu vi cánh tay để tạo lực ép cần thiết lên động mạch cánh tay nhằm tránh sai số.

Phụ nữ có thai: Đo HA chính xác để phát hiện THA trong thai kỳ là rất cần thiết. HA thường được đo ở tư thế ngồi hoặc nằm nghiêng trái.

3. QUY TRÌNH ĐO HUYẾT ÁP CHUẨN

3.1. Chuẩn bị dụng cụ đo

- HA kế điện tử loại đo ở cánh tay dành cho người lớn (nếu có), hoặc
- HA kế đồng hồ hay HA kế thủy ngân.
- Máy đo HA đã được kiểm định định kỳ.

3.2. Tiến hành đo

Đối với người được đo:

- Nghỉ ngơi ít nhất 5 - 10 phút trước khi đo.
- Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trước đó 2 giờ.
- Không nói chuyện khi đang đo huyết áp.
- Ngồi thẳng trên ghế tựa, không bắt chéo chân, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, điểm giữa cánh tay ngang mức với tim.

Đối với người đo:

- Đặt máy ở vị trí ngang mức với tim.
- Quấn băng đủ chặt, đặt băng cuộn sao cho dấu tam giác trên băng quấn nằm giữa mắt trong (mặt gấp) cánh tay trên động mạch cánh tay, đỉnh tam giác hướng về ngón giữa bàn tay.

- Đo HA ít nhất 02 lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút rồi lấy trung bình của hai lần đo. Nếu số đo HA giữa hai lần đo chênh nhau trên 10mmHg, cần đo lại một vài lần sau khi đã được nghỉ ngơi trên 5 phút, giá trị HA ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.

- Ghi lại số đo dưới dạng HA tối đa (âm thu)/HA tối thiểu (âm trương) (ví dụ 126/82 mmHg, không làm tròn số quá hàng đơn vị).

- Ghi chỉ số HA vào cột HA trong danh sách: HA tâm thu/HA tâm trương. Ví dụ: 120/70 mmHg.



Hình 3.2: Quy trình đo huyết áp chuẩn

4. THỰC HÀNH CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Bệnh nhân Vũ Văn Huy, nam, 61 tuổi. Đến khám do y tế thôn bản giới thiệu vì nghi ngờ bị tăng huyết áp.

Câu hỏi 1: Cần hỏi bệnh nhân những thông tin gì?

Đáp án:

1. Chỉ số đo HA trước đó, tại thời điểm nghi ngờ (bao gồm số đo HA tại nhà)....
2. Hỏi các biểu hiện gợi ý của THA: Đau đầu (đỉnh, chẩm), cơn nóng bừng mặt, cơn tức ngực, hồi hộp...
3. Các yếu tố nguy cơ (YTNC): Gia đình có bệnh tim mạch sớm, đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu, béo phì hoặc thừa cân, hạn chế vận động thể lực, chế độ ăn, uống không phù hợp, hút thuốc, uống rượu bia, stress.
4. Hỏi bệnh sử, triệu chứng tổn thương cơ quan đích.

Câu hỏi 2: Giả sử ở bệnh nhân này: HA đo tại nhà trong 1 tuần nay thường 156/93 mmHg, 159/95 mmHg. Không có tiền sử THA và các vấn đề khác. Các yếu tố nguy cơ (YTNC): Hút thuốc lá từ năm 30 tuổi, mỗi ngày 5 điếu. Thỉnh thoảng uống rượu bia với bạn bè. Ăn mặn hơn người trong gia đình. Chế độ ăn rau bình thường. Mỗi ngày bệnh nhân đi bộ 30 phút. Trong gia đình có mẹ ruột của bệnh nhân bị THA. Bệnh nhân không đau đầu, không chóng mặt; không khó thở, không đau tức ngực; không nhìn mờ; tiểu tiện bình thường... Hiện tại bệnh nhân không dùng thuốc gì.

Với bệnh nhân này, khám bệnh cần chú trọng những thông tin gì? Kể tên các thông số quan trọng?

Đáp án:

1. Đo chiều cao, cân nặng, tính BMI, đo vòng bụng
2. Khám da, niêm mạc, dấu hiệu thiếu máu, phù, khám tuyến giáp.
3. Đo HA đúng quy trình.
4. Bắt mạch: Bình thường khi nghỉ 60-80 lần/phút; Xem mạch có chậm < 60 lần/phút hay nhanh > 80 lần/phút không?
5. Nghe tim (đều hay không? có tiếng thổi?).
6. Nghe phổi (bình thường rì rào phế nang rõ, không có ran bất thường như: Ran rít, ngáy, ẩm, nổ).
7. Khám bụng (chú ý tìm xem có thận to, tiếng thổi ở bụng, gan to).
8. Các dấu hiệu của tổn thương cơ quan đích (dấu hiệu thần kinh khu trú như tê, liệt nửa người, mắt nhìn mờ hay ruồi bay qua mắt, mạch chi dưới..).

9. Các dấu hiệu gợi ý THA thứ phát (Hội chứng Cushing).

Câu hỏi 3: Giả sử bệnh nhân này:

1. Cao 169 cm, nặng 70kg, BMI: 24,5Kg/m².

2. Vòng eo: 92 cm.

3. Da, niêm mạc bình thường, không phù, không xuất huyết dưới da; tuyến giáp không to.

4. Đo HA đúng quy trình lần 1: 159/95 mmHg, lần 2 sau 2 phút 158/92 mmHg.

5. Mạch đều hai tay, mạch chi dưới rõ.

6. Nhịp tim đều, 76 nhịp/phút, không có tiếng thổi.

7. Phổi không có ran, rì rào phế nang đều hai bên.

8. Bụng mềm, thành bụng đầy, không có tiếng thổi, gan không to.

9. Không giảm vận động, liệt, không tê bì chân tay.

Kết luận, chẩn đoán của bệnh nhân này là gì, nếu THA thì THA độ mấy?

Đáp án: Tăng huyết áp độ 1/Thừa cân

Câu hỏi 4: Nguy cơ tim mạch tổng thể theo thang điểm SCORE của bệnh nhân này là bao nhiêu?

Đáp án: Nguy cơ tim mạch tổng thể theo thang điểm SCORE là 14%, bệnh nhân thuộc nguy cơ tim mạch rất cao.

Câu hỏi 5: Chiến lược điều trị của bệnh nhân này là gì?

- Tư vấn thay đổi hành vi lối sống sau 1-3 tháng, nếu không đạt mục tiêu mới sử dụng thuốc? *hay*

- Sử dụng thuốc ngay kết hợp tư vấn thay đổi hành vi lối sống đạt huyết áp mục tiêu sớm? *hay*

- Chưa quyết định điều trị mà cần chờ các kết quả xét nghiệm?

Đáp án: Bệnh nhân có tăng huyết áp độ 1, nhưng có nguy cơ tim mạch tổng thể ở mức rất cao nên cần điều trị ngay bằng thuốc và kết hợp thay đổi lối sống. Đồng thời cần chỉ định làm các xét nghiệm để đánh giá đầy đủ toàn diện về tổn thương cơ quan đích và các yếu tố nguy cơ kèm theo.

Câu hỏi 6: Bệnh nhân này cần phải chuyển tuyến vì có nguy cơ rất cao?

Đáp án: Sai. Bệnh nhân cần chuyển tuyến trong 3 tháng đầu để làm các xét nghiệm cơ bản chứ không phải chuyển bệnh nhân lên tuyến trên điều trị vì thuộc nhóm nguy cơ rất cao.

Câu hỏi 7: Trong số các thuốc hiện có tại trạm y tế sau đây, bệnh nhân này nên được ưu tiên điều trị bằng thuốc gì?

- Amlodipin 5mg?
- Enalapril 5 mg?
- Amlodipin 5mg + Enalapril 5 mg?

Đáp án:

Theo Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”, có 02 phác đồ:

(1) Với trạm y tế nhiều kinh nghiệm (có bác sĩ) thì: Nên dùng phối hợp:

- Amlodipin 5mg x 1 viên/ngày
- Enalapril 5mg x 1-2 viên/ngày; có thể uống 1 lần sáng hoặc chia 2 lần sáng và chiều (nếu bệnh nhân theo dõi đo HA thấy có tăng HA về tối, đêm)

(2) Với trạm mới triển khai (không có bác sĩ) thì dùng phác đồ đơn giản:

- Amlodipin 5mg x 1 viên/ngày kết hợp thay đổi lối sống tích cực
- Sau 4 tuần mà HA vẫn lớn hơn HA đích 5-10mmHg => kết hợp:

Amlodipin 5mg + Enalapril 5mg

Lưu ý: Nếu tình huống tại TYT chỉ có duy nhất 01 loại thuốc nhóm A (U'CMC hoặc U'CTT) hoặc chỉ có Amlodipin (nhóm C) thì tăng liều dần đến khi đạt HA mục tiêu; nếu liều tối đa mà vẫn không đạt mục tiêu HA thì chuyển tuyến trên để phối hợp thuốc.

Câu hỏi 8: Về tư vấn thay đổi hành vi lối sống bệnh nhân này, cần chú trọng các nội dung thực hành nào? Và mục tiêu như thế nào? Hãy liệt kê nội dung.

Đáp án: Các nội dung tư vấn, thứ tự ưu tiên đạt mục tiêu như sau:

- Giảm cân: Mục tiêu BMI < 23 kg/m²; vòng bụng < 90 cm.
- Ăn giảm muối: Mục tiêu giảm ít nhất một nửa so với hiện tại trong 6 tháng tới bằng các biện pháp: Giảm muối khi nấu ăn + chấm nhẹ tay + giảm ngay đồ mặn.
- Bỏ thuốc lá.
- Hạn chế rượu bia.

Câu hỏi 9: Giả sử ở bệnh nhân tới TYT khám lại sau 4 tuần, kết quả khám bệnh như sau:

- HA: 134/84 mmHg.

- Cân nặng: Không thay đổi.
- Giảm ăn muối: Chưa thay đổi.
- Hút thuốc lá: Đã giảm số lượng, nhưng chưa bỏ hẳn.
- Bệnh nhân uống thuốc đều hàng ngày.
- Không có tác dụng phụ.
- Xử trí ở bệnh nhân này như thế nào?

Đáp án:

- Duy trì phác đồ đã kê:
 - + Amlodipin 5 mg x 1 viên/ngày
 - + Enalapril 5mg x 2 viên/ngày
- Tiếp tục giáo dục bệnh nhân về tuân thủ điều trị, thay đổi hành vi lối sống (nhất là giảm ăn muối) bỏ thuốc lá, tăng cường hoạt động thể lực và giảm calo ăn vào → giảm cân.

Câu hỏi 10: Giả sử ở bệnh nhân tới TYT khám lại sau 4 tuần (lần 2), kết quả khám bệnh như sau:

- HA: 130/80 mmHg
- Cân nặng: 69 kg (giảm 1kg).
- Bắt đầu thực hiện giảm ăn muối.
- Bỏ thuốc lá.
- Bệnh nhân uống thuốc đều hàng ngày.
- Không ho, không phù

Xử trí ở bệnh nhân này như thế nào?

Đáp án:

- Duy trì liều thuốc hiện tại:
 - + Amlodipin 5 mg x 1 viên/ngày
 - + Enalapril 5mg x 2 viên/ngày
- Động viên, khuyến khích bệnh nhân tiếp tục tuân thủ điều trị, thay đổi hành vi lối sống và giảm cân.
- Định kỳ khám lại 1 lần/4 tuần.

Câu hỏi 11: Giả sử ở bệnh nhân tới TYT khám lại sau 4 tuần (lần 3), kết quả khám bệnh như sau:

- HA: 120/80 mmHg.
- Cân nặng: 68 kg (giảm 2kg).
- Bệnh nhân uống thuốc đều hàng ngày.
- Đang thực hiện giảm ăn muối.
- Bỏ thuốc lá.
- Xử trí ở bệnh nhân này như thế nào?

Đáp án:

- Duy trì liều thuốc hiện tại:
Amlodipin 5 mg x 1 viên/ngày
Enalapril 5mg x 2 viên/ngày
- Động viên, khuyến khích bệnh nhân tiếp tục tuân thủ điều trị, thay đổi hành vi lối sống và giảm cân.

Câu hỏi 12: Bệnh nhân nên làm xét nghiệm nào?

Đáp án:

Bệnh nhân nên được chuyển tuyến trên làm các xét nghiệm để đánh giá và phát hiện bệnh kèm theo trong vòng 3 tháng:

1. Công thức máu, Hb
2. Đường máu
3. Chức năng thận (ure, creatinin)
4. Điện giải đồ: Kali, Natri
5. Mỡ máu (4 thành phần)
6. Xét nghiệm nước tiểu: Protein
7. Điện tim đồ

CA LÂM SÀNG 2

Bệnh nhân 45 tuổi, nam giới, đi khám bệnh định kỳ (kiểm tra sức khỏe). Huyết áp đo lần 1 là 150/90 mmHg; HA đo lần 2 là 145/90 mmHg (CBYT đã thực hiện đo đúng quy trình). Bệnh nhân chưa được đo và ghi nhận tăng huyết áp bao giờ. Bệnh nhân chưa được phát hiện vấn đề sức khỏe nào trước đây. Hiện tại, khám thấy bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng và thực thể gì. Bệnh nhân không hút thuốc lá, không có thừa cân, béo phì.

Câu hỏi: Kết luận về chẩn đoán và hướng xử trí cho bệnh nhân là gì?

- Có đủ cơ sở chẩn đoán: Tăng huyết áp.
- Chưa kết luận, cần làm thêm các xét nghiệm.
- Chưa kết luận, cần khám lại.

Đáp án: Bệnh nhân này mới lần đầu tiên đo huyết áp và phát hiện có THA, hiện không có YTNC gì kèm theo, không có biểu hiện của tổn thương cơ quan đích. Vì vậy chưa khẳng định ngay là THA mà chỉ chẩn đoán là theo dõi THA vì cần chẩn đoán phân biệt với THA áo choàng trắng.

Do đó, nên hỏi thêm về các yếu tố gây THA như tình trạng căng thẳng tinh thần, mất ngủ hoặc đang uống các thuốc.

- Hướng dẫn bệnh nhân thực hiện thay đổi hành vi lối sống có lợi, đặc biệt là ăn nhạt hơn.

- Nếu có điều kiện thì hướng dẫn bệnh nhân đo huyết áp tại nhà, hướng dẫn ghi chép lại số đo huyết áp các lần đo.

- Hẹn bệnh nhân khám lại sau 4 tuần để kiểm tra lại huyết áp.

Tại lần khám lại: Sẽ có xảy ra các tình huống sau:

4 tình huống có thể gặp		HA tại cơ sở y tế (mmHg)	
		HATT < 140 và HATTr < 90	HATT ≥ 140 Hoặc HATTr ≥ 90
HA tại nhà (mmHg)	HATT < 135 hoặc HATTr < 85	HA bình thường	THA áo choàng trắng
	HATT ≥ 135 Hoặc HATTr > 85	THA ẩn giấu	THA thực sự

Nếu THA thật sự: Khởi trị thuốc viên như ca lâm sàng 1.

Nếu THA áo choàng trắng và THA ẩn giấu: Thay đổi tích cực lối sống; theo dõi HA thường xuyên (ghi sổ theo dõi); hoặc chuyển tuyến nhập viện chỉ định Holter 24 giờ.

Nếu huyết áp ẩn giấu: Đo huyết áp định kỳ; thay đổi lối sống nếu chưa đạt.

Ca lâm sàng 3:

Bệnh nhân nam 51 tuổi, đến TYT khám bệnh theo yêu cầu của bác sĩ.

Hỏi bệnh:

Bệnh nhân được chẩn đoán THA cách nay 3 tháng trong lần khám định kỳ tại

công ty. Lúc đó HA của bệnh nhân là 153/92 mmHg. Bệnh nhân bị viêm khớp từ nhiều năm nay. Gia đình không có tiền sử gì đặc biệt. Bệnh nhân là lãnh đạo doanh nghiệp, nghiện thuốc lá (hút > 10 điếu/ngày). Bệnh nhân hay phải uống rượu, uống 2-3 bữa/tuần, mỗi bữa 200-300 ml rượu mạnh. Tiền sử thường phải dùng thuốc viêm khớp Ibuprofen 400mg x 1 viên/ngày khi đau. Bệnh nhân không có tiền sử dị ứng.

Khám:

Cân nặng 65Kg, cao 1m68; BMI = 23. Đo HA 2 lần cách nhau 3 phút:

Lần 1: 155/95 mmHg

Lần 2: 157/92 mmHg

Xét nghiệm:

- Cholesterol TP: 5,1 (3,9-5,1)
- LDL-Cholesterol: 3,2 (< 3,4)
- HDL-Cholester: 1,49 (> 1)
- Triglycerides: 2,54 (0,46-1,88)
- Kết quả xét nghiệm cách đây 3 tháng trong lần khám định kỳ trước cũng tương tự.

Câu hỏi thảo luận:

1. Chẩn đoán là gì?
2. Tại sao bệnh nhân không điều trị bằng thuốc cách đây 3 tháng?
3. Các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân này là gì?
4. Nguy cơ tim mạch của bệnh nhân này?
5. Xử trí, điều trị như thế nào?
 - Các biện pháp không dùng thuốc.
 - Kê đơn.
 - Mục tiêu điều trị bệnh nhân này? Tư vấn và quản lý điều trị như thế nào?

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Anh/chị hãy nêu các bước tiến hành đo huyết áp với người đo?

.....

.....

.....

.....

Câu 2. Một bệnh nhân nữ 50 tuổi, không hút thuốc, mới bị tăng huyết áp đến khám tại trạm y tế. Huyết áp đo đúng quy trình là 155/93 mmHg (đo nhiều lần, vào các thời điểm khác nhau), không thấy có các biểu hiện bất thường khác.

Hướng xử trí nào là phù hợp với bệnh nhân này?

(1). Tư vấn thay đổi hành vi lối sống, nhất là giảm ăn muối và hẹn khám lại sau 3 tháng. Liệt kê cụ thể:

.....
.....
.....

HAY

(2). Kê đơn thuốc điều trị THA ngay

.....
.....
.....

Câu 3. Một bệnh nhân nam 61 tuổi, hút thuốc 10 năm, uống rượu bia tần suất 2 cốc/ngày, thi thoảng có đi tập thể dục, chế độ ăn uống chủ yếu là thịt, ít khi ăn rau củ quả, bệnh nhân thường hay chấm ngập thức ăn vào nước chấm và chủ yếu ăn đồ đóng sẵn. Bệnh nhân được TYT kiểm tra huyết áp, huyết áp đo đúng quy trình là 159/99 mmHg (đo nhiều lần, vào các thời điểm khác nhau), không thấy có các biểu hiện bất thường khác.

Hướng xử trí nào là phù hợp với bệnh nhân này?

(1). Tư vấn thay đổi hành vi lối sống, nhất là giảm ăn muối.

.....
.....
.....

HAY

(2). Kê đơn thuốc điều trị THA ngay đồng thời tư vấn thay đổi hành vi lối sống, nhất là giảm ăn muối.

.....
.....
.....

Bài 4

HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TẠM TRẠM Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được định nghĩa, phân loại bệnh đái tháo đường.
2. Trình bày được yếu tố nguy cơ, triệu chứng, biến chứng của bệnh đái tháo đường.
3. Trình bày được các nội dung khám và chẩn đoán đái tháo đường và tiền đái tháo đường.
4. Trình bày được các nội dung về quản lý điều trị đái tháo đường tại cộng đồng.

NỘI DUNG

1. TỔNG QUAN

1.1. Định nghĩa

Đái tháo đường là hội chứng rối loạn chuyển hóa với biểu hiện tăng đường máu do sự thiếu tương đối hay tuyệt đối Insulin. Thiếu Insulin gây ra tình trạng rối loạn chuyển hóa glucide, lipid và protid và gây ra rối loạn cân bằng nội môi nước và điện giải.

Chẩn đoán ĐTD không cần có đường trong nước tiểu, chỉ cần có đường máu cao - chính xác chỉ cần có tăng đường máu. Bệnh luôn gắn liền với các rối loạn chuyển hóa khác của cơ thể; vì thế điều trị ĐTD phải chú ý cân bằng các rối loạn chuyển hóa khác không chỉ có đường máu.

1.2. Phân loại

Dựa vào căn nguyên, ĐTD được phân loại ĐTD típ 1, típ 2, ĐTD thai kỳ và các thể ĐTD đặc biệt khác.

- Đái tháo đường típ 1: Chiếm khoảng 5% tổng số ĐTD. Do sự thiếu hụt tuyệt đối Insulin do quá trình huỷ hoại các tế bào beta của đảo tụy. Hậu quả là cần phải sử dụng Insulin ngoại lai để duy trì chuyển hoá.

Sự huỷ hoại tế bào beta của đảo tụy là do cơ chế tự miễn, hoặc không rõ nguyên nhân.

- Đái tháo đường típ 2: Chiếm hơn 90% tổng số ĐTD. Do phối hợp sự kháng Insulin và suy giảm Insulin tương đối. Insulin không đủ đáp ứng được nhu cầu do gia tăng đề kháng Insulin, rối loạn chuyển hóa carbonhydrate.

- Đái tháo đường thai kỳ: ĐTĐ thai kỳ là tình trạng không dung nạp carbohydrate được phát hiện lần đầu khi mang thai. ĐTĐ thai kỳ có nguy cơ phát triển thành ĐTĐ típ 2.

- Các thể đái tháo đường chuyên biệt khác: Do gen gây khiếm khuyết chức năng tế bào beta tiết Insulin tuyến tụy hoặc giảm hoạt tính của Insulin; do các bệnh lý của tuyến tụy và các bệnh nội tiết khác; do thuốc hoặc hóa chất; do nhiễm trùng hoặc yếu tố tự miễn.

1.3. Yếu tố nguy cơ

Nguyên nhân gây bệnh ĐTĐ chưa được xác định cụ thể, tuy nhiên có một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Những yếu tố nguy cơ này tương tự như đối với bệnh THA nói riêng và BKLN nói chung.

(Xin xem mục Yếu tố nguy cơ Bài 1)

1.4. Triệu chứng

Biểu hiện lâm sàng của bệnh ĐTĐ rất đa dạng, liên quan đến mức độ tăng đường máu và các biến chứng của bệnh.

Bệnh ĐTĐ có thể không có biểu hiện lâm sàng gì khi mức đường máu tăng không nhiều và chưa có các biến chứng của ĐTĐ.

Khi đường máu tăng ở mức độ cao hơn thì có các triệu chứng kinh điển sau: Khát, uống nhiều, ăn nhiều, tiểu nhiều, gầy sút, nhìn mờ.

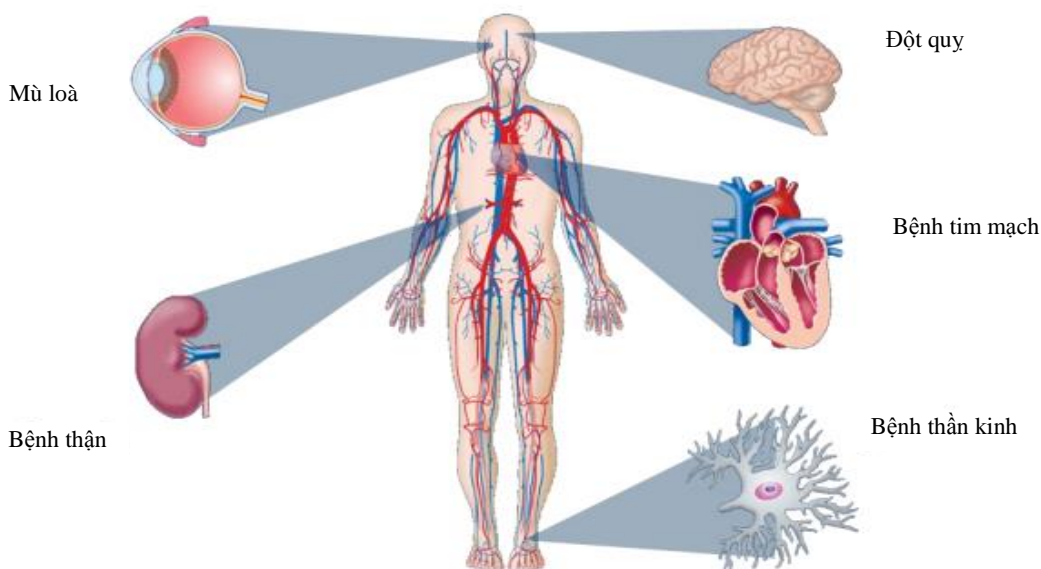
Các triệu chứng lâm sàng của ĐTĐ có thể là biểu hiện của các biến chứng của bệnh ĐTĐ ở các dây thần kinh, mắt, thận, tim, mạch máu, nhiễm trùng,... dù có hay không các triệu chứng lâm sàng kinh điển của tăng đường máu.

1.5. Biến chứng

Tử vong do ĐTĐ có thể xảy ra do sự rối loạn chuyển hóa cấp tính, hôn mê, nhiễm toan, tăng áp lực thẩm thấu. Các rối loạn chuyển hóa mạn tính gây ra biến đổi cấu trúc và chức năng không thể đảo ngược của trao đổi tế bào, đặc biệt hệ thống mạch máu là cơ quan nhạy cảm và chịu tác động sớm nhất.

Các biến chứng mạn tính của ĐTĐ bao gồm:

- Mạch máu lớn: Bệnh mạch vành, mạch máu não, mạch máu chi, xơ vữa mạch máu lớn tiến triển;
- Bệnh mạch máu nhỏ: Mạch máu thận (tổn thương cầu thận) và đáy mắt;
- Tổn thương các dây thần kinh ngoại biên;
- Biến chứng khác: Loét bàn chân, nhiễm trùng.



Hình 4.1: Các biến chứng tổn thương cơ quan đích của ĐTĐ

2. KHÁM, CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

2.1. Hỏi bệnh

- Đường máu trước đây là bao nhiêu?
- Anh/chị có các triệu chứng điển hình của ĐTĐ như khát nước, uống nhiều, ăn nhiều, tiểu nhiều, gầy sút nhiều hay không?
- Anh/chị có các biểu hiện nghi ngờ biến chứng ĐTĐ như nhìn mờ, nhiễm trùng da lâu lành, viêm quanh chân răng, rụng răng sớm, nhiễm trùng tiết niệu, viêm âm đạo tái diễn, tê chân tay... hay không?
- Tiền sử chẩn đoán và điều trị ĐTĐ và các bệnh liên quan, kèm theo (THA, rối loạn lipid máu, bệnh tim, thận): Thuốc sử dụng, hiệu quả, tác dụng phụ.
- Các YTNC: Hút thuốc lá, uống rượu, bia, ăn nhiều đồ ngọt, ăn ít rau, ăn nhiều mỡ động vật, ít hoạt động thể lực.
- Tiền sử gia đình (trực hệ): Bố mẹ đẻ, anh chị em ruột có bị ĐTĐ.

2.2. Khám bệnh

- Đo vòng eo, tính BMI, khám phù.
- Đo HA, bắt mạch ngoại vi, nghe tim (đều hay không? có tiếng thổi động mạch cảnh, động mạch chủ bụng).
- Nghe phổi, khám bụng (chú ý tìm xem có gan to không).

- Khám bàn chân: Vết chai, loét, móng chân, cảm giác, mạch mu chân...
- Bệnh nhân tái khám cần đánh giá sự tuân thủ điều trị.
- Đo thị lực.

2.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

Làm/chuyển tuyến để làm các xét nghiệm cơ bản:

- Các xét nghiệm cơ bản hemoglobin và/hoặc hematocrit;
- Glucose máu khi đói;
- Bilan lipid máu: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglycerides;
- Điện giải máu (Na, K), a xít uric, creatinine máu;
- Chức năng gan: SGOT/SGPT máu;
- Tổng phân tích nước tiểu và tìm protein niệu (định tính hoặc định lượng);
- Điện tâm đồ đủ 12 chuyển đạo.

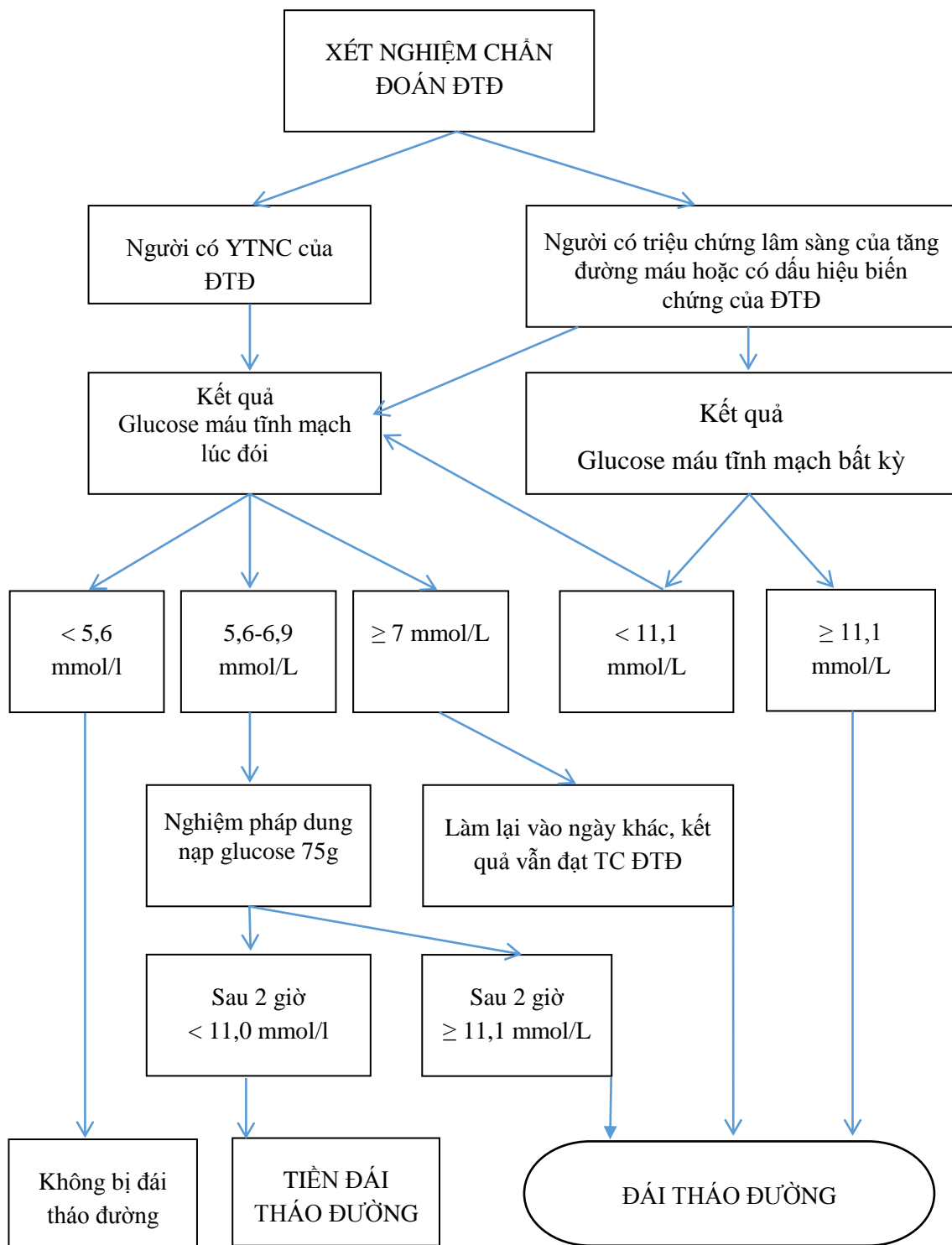
Lưu ý: Các xét nghiệm sinh hóa đường máu tĩnh mạch mới có giá trị chẩn đoán ĐTĐ. Các loại xét nghiệm được dùng chẩn đoán bao gồm:

- Xét nghiệm đường máu lúc đói (sau nhịn ăn ít nhất 8 giờ);
- Xét nghiệm đường máu sau 2 giờ khi làm nghiệm pháp tăng đường máu bằng đường uống;
- Xét nghiệm đường máu ở thời điểm bất kỳ;
- Xét nghiệm HbA1c.

2.4. Chẩn đoán phân biệt

Cần chẩn đoán phân biệt với những trường hợp khi tăng đường máu chỉ là triệu chứng; Các trường hợp nhiễm độc giáp, hội chứng Cushing, bệnh Cushing ... Trong trường hợp này tăng đường máu sẽ mất đi khi điều trị bệnh chính ổn định.

(1) Sơ đồ chẩn đoán ĐTD



Sơ đồ 4.1: Sơ đồ chẩn đoán đái tháo đường típ 2 tại tuyến y tế cơ sở

(2) Tiêu chuẩn chẩn đoán

Bảng 4.1: Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ

Các rối loạn đường máu		Tiêu chuẩn chẩn đoán
A. Đái tháo đường <i>* Nếu đường máu không tăng rõ, chẩn đoán cần 2 kết quả đạt chuẩn ở cùng mẫu máu hoặc ở 2 mẫu xét nghiệm khác nhau ở ngày khác</i>		a) Đường máu tĩnh mạch (ĐMTM) lúc đói (buổi sáng, sau nhịn đói qua đêm 8-12 tiếng) $\geq 7,0$ mmol/L (hay ≥ 126 mg/dL)* <i>hoặc</i> b) ĐMTM 2 giờ trong nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (NPDNG) $\geq 11,1$ mmol/L (hay ≥ 200 mg/dL)* <i>hoặc</i> c) HbA1c $\geq 6,5$ % (hay ≥ 48 mmol/mol)* <i>hoặc</i> d) ĐMTM bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/L (hay ≥ 200 mg/dL) và triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu
B. Tiền đái tháo đường	Rối loạn đường máu lúc đói	ĐMTM lúc đói: 5,6 đến 6,9 mmol/L
	Rối loạn dung nạp glucose (RLDNG)	ĐMTM 2 giờ sau khi làm nghiệm pháp dung nạp đường máu từ 7,8 đến 11,0 mmol/L
	Tăng HbA1c	Từ 5,7 đến 6,4%
<i>Chẩn đoán xác định ĐTĐ phải định lượng đường máu tĩnh mạch. Đường máu mao mạch chỉ để theo dõi điều trị. Nếu xét nghiệm đường máu mao mạch nghi ngờ ĐTĐ cần chuyển bệnh nhân lên tuyến có xét nghiệm ĐMTM để xác định chẩn đoán.</i>		

Lưu ý: Chỉ sử dụng chỉ số HbA1c làm tiêu chuẩn để chẩn đoán khi HbA1c được làm theo phương pháp chuẩn hóa quốc tế.

2.5. Chuyển tuyến

Trạm y tế chuyển bệnh nhân lên tuyến trên:

- ĐTĐ típ 1, ĐTĐ thai kỳ, người ĐTĐ mang thai.
- Chuyển tuyến trên hoặc chuyển đi làm xét nghiệm các trường hợp nghi ngờ tiền ĐTĐ hoặc ĐTĐ khi đường máu mao mạch $\geq 5,6$ mmol/L hay ≥ 100 mg/dL.
- Cholesterol máu ≥ 8 mmol/L (nếu có kết quả xét nghiệm).
- Người bệnh mới được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 (bất kể có hay không có các biểu hiện khác bao gồm triệu chứng tăng đường máu, ...).
- Người bệnh đến khám lần đầu hoặc đang điều trị ĐTĐ có một trong các biểu hiện cấp tính sau:
 - + Triệu chứng tăng đường máu (khát, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút); Mất nước (da khô, véo da dương tính, môi se, khô niêm mạc miệng).
 - + Đường máu lúc đói $> 16,7$ mmol/L (hoặc 300 mg/dL).

- + Rối loạn ý thức không có hạ đường máu (nghi do tăng áp lực thẩm thấu).
- + Hạ đường máu tái diễn, hôn mê hạ đường máu (sau xử lý cấp cứu).
- + Có cơn đau thắt ngực mới xuất hiện, triệu chứng của thiếu máu não thoáng qua (tai biến mạch máu não (TBMMN) hồi phục nhanh), hoặc TBMMN thực sự.
- + Sốt cao có kèm đường máu tăng cao, sốt kéo dài, ho kéo dài (nghi lao phổi), các bệnh nhiễm trùng nặng (viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu nặng có sốt...).
- Người bệnh đến khám lần đầu hoặc ĐTĐ đang quản lý điều trị có một trong các diễn biến bất thường, biến chứng mạn tính sau:
 - + Loét bàn chân.
 - + Đau chân khi đi lại (nghi viêm tắc tĩnh mạch, động mạch chân), tê bì giảm cảm giác chân.
 - + Phù (nghi do suy thận).
 - + Giảm thị lực tiến triển.
 - ĐTĐ đang quản lý không đạt mục tiêu điều trị sau 3 tháng.
 - Theo lịch hẹn để kiểm tra định kỳ (đánh giá hiệu quả điều trị, biến chứng, chức năng gan, thận...).

2.6. Tuyến trên chuyển bệnh nhân về trạm y tế

Các ca bệnh tuyến trên có thể chuyển về TYT tiếp tục theo dõi, điều trị:

- Ca bệnh ĐTĐ có thể kiểm soát bằng thuốc uống có tại trạm y tế.
- Ca bệnh ĐTĐ đã được kiểm soát ổn định ở tuyến trên với phác đồ mà các thuốc sẵn có tại TYT.

2.7. Xử lý hạ đường máu trước khi chuyển tuyến

Triệu chứng hạ đường máu:

- Có biểu hiện lâm sàng của hạ đường máu:
 - + Rối loạn thần kinh thực vật: Cảm giác đói, lo lắng, bồn chồn, vã mồ hôi, run tay chân, hồi hộp, tim đập nhanh, buồn nôn, nôn.
 - + Rối loạn thần kinh trung ương: Đau đầu, mờ mắt, nhìn đôi, lú lẫn, hành vi bất thường, giảm trí nhớ, co giật, hôn mê.
- Các triệu chứng lâm sàng được cải thiện sau khi được bổ sung glucose.
 - a) Khi đối tượng có triệu chứng hạ đường máu, cần ngay xét nghiệm đường máu.
 - b) Nếu đường máu < 3,9 mmol/L và/hoặc có triệu chứng đói lả, run, vã mồ hôi, mạch nhanh thì cần xử lý:

- Nếu bệnh nhân còn uống được: Cho uống 01 cốc nước đường (10-15g glucose) hoặc đồ uống có đường như nước hoa quả, ăn bánh kẹo, theo dõi triệu chứng hạ đường máu.

- Nếu bệnh nhân không uống được: Tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch nhanh 15g glucose tương ứng 75 mL glucose 20%; hoặc 150 ml glucose 10%. Kiểm tra lại ý thức và đường máu sau 15-30 phút, nếu đường máu chưa đạt 5 mmol/L lặp lại như trên rồi duy trì bằng truyền dung dịch glucose 10%.

c) Chuyển tuyến nếu ý thức không cải thiện, hoặc có các tiêu chí chuyển tuyến khác.

d) Dự phòng hạ đường máu:

- Không nên nhịn đói, hoặc để cơ thể bị đói quá lâu, không nên nhịn ăn mà hoạt động thể lực quá mức. Nhất thiết không được bỏ bữa sáng, đặc biệt là người già, trẻ em, những người có bệnh mạn tính, cơ thể yếu.

- Tuân thủ đúng chỉ định điều trị của bác sĩ về chế độ dùng thuốc và chế độ ăn uống điều trị bệnh ĐTĐ. Loại bỏ các yếu tố nguy cơ như kiêng khem quá mức, bỏ ăn vì mệt mỏi hoặc do các bệnh lý khác...

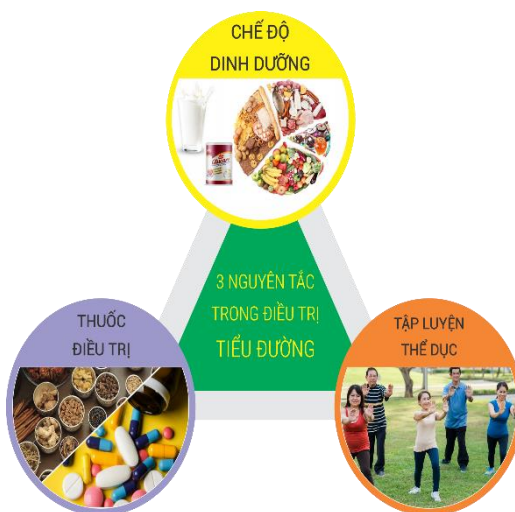
- Thường xuyên kiểm tra đường máu tại các cơ sở y tế hoặc có thể tự làm kiểm tra tại nhà bằng cách theo dõi đường máu mao mạch theo chỉ dẫn của nhân viên y tế.

- Cần có chế độ tập luyện thường xuyên, phù hợp đối với từng người theo tư vấn của bác sĩ điều trị để đảm bảo sức khoẻ.

- Luôn luôn có sẵn đường hoặc các sản phẩm có đường như kẹo, bánh, sôcôla, đồ uống có đường... trong túi, trong cặp để lúc xảy ra hạ đường máu là có thể dùng ngay.

3. ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG, TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

3.1. Nguyên tắc điều trị



Ba nguyên tắc trong điều trị ĐTĐ bao gồm: Thuốc điều trị + chế độ dinh dưỡng + chế độ luyện tập.

Nguyên tắc thứ nhất: Chế độ dinh dưỡng hợp lý sẽ đảm bảo cung cấp đủ, cân bằng cả về số lượng và chất lượng các thành phần dinh dưỡng cho bệnh nhân ĐTĐ, thông qua đó có thể điều chỉnh tốt đường máu, duy trì cân nặng theo mong muốn, đảm bảo cho người bệnh có đủ sức khỏe để hoạt động và công tác phù hợp với từng cá nhân.

Nguyên tắc thứ hai: Chế độ tập luyện tốt và đúng góp phần kiểm soát tốt lượng đường trong máu và giảm các biến chứng, từ đó giúp cải thiện sức khỏe nói chung và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Nguyên tắc thứ ba: Điều trị bằng thuốc.

+ Dùng Metformin đầu tiên và điều chỉnh liều để đạt được đường máu mục tiêu.

+ Nếu có chống chỉ định với metformin hoặc không hiệu quả với metformin đơn trị liệu thì *thay hoặc thêm nhóm* sulfonylurea.

+ Các nhóm thuốc khác dùng theo hướng dẫn chung cho các tuyến của BHYT.

+ Nếu THA thì cho thuốc điều trị hạ HA theo hướng dẫn. Nhóm ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể là lựa chọn đầu tiên nếu ĐTĐ đã có tổn thương thận (có protein niệu).

+ Dùng statin cho tất cả bệnh nhân ĐTĐ típ 2 từ 40 tuổi trở lên.

+ Bệnh nhân do tuyến trên chuyển về: Điều trị theo đơn tuyến trên và chỉnh Liều theo mục tiêu điều trị.

3.2. Điều trị tiền đái tháo đường

3.2.1. Mục đích của điều trị tiền đái tháo đường

Đưa đường máu trở về bình thường; ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến triển thành ĐTĐ; ngăn chặn và làm giảm các biến chứng do tăng đường máu.

Giảm nguy cơ bệnh tim mạch thông qua phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.

3.2.2. Mục tiêu điều trị tiền đái tháo đường

(1) Kiểm soát đường máu: Mục tiêu HbA1c: < 5,7%

(2) Kiểm soát yếu tố nguy cơ và các bệnh kèm theo:

- Kiểm soát huyết áp nếu có THA kèm theo.

- Giảm được ít nhất 3-7% cân nặng ở người thừa cân/béo phì và duy trì ở mức đó.

- Vòng eo < 80cm với nữ giới, < 90cm với nam giới.

- Đạt được hoạt động thể lực cường độ trung bình tối thiểu 30 phút/ngày, ít nhất 5 ngày mỗi tuần.

- Hút thuốc làm tăng nguy cơ bị ĐTĐ típ 2 và biến cố tim mạch, vì vậy việc đánh giá mức độ hút thuốc và khuyến ngừng hút thuốc là một phần trong chăm sóc thường quy đối với những người có nguy cơ cao mắc bệnh ĐTĐ.

- Kiểm soát mỡ máu.

3.2.3. Điều trị cụ thể tiền đái tháo đường

a. Metformin

Chỉ định:

- Sau 3 tháng bệnh nhân áp dụng chế độ ăn và luyện tập không kiểm soát được HbA1c < 5,7%;

- Những lần theo dõi sau ghi nhận đường máu tăng dần;

- Chỉ định Metformin ngay từ khi phát hiện tiền ĐTĐ nếu kèm theo 1 trong các tiêu chí sau:

+ BMI \geq 25kg/m²;

+ Bệnh nhân < 60 tuổi;

+ Phụ nữ có tiền sử ĐTĐ thai kỳ;

+ Có cả rối loạn đường máu lúc đói và rối loạn dung nạp glucose;

+ Có các nguy cơ khác: 1 trong các yếu tố (HbA1c > 6%, THA, HDL thấp (< 0,9 mmol/L), triglyceride cao (> 2,52 mmol/L), tiền sử gia đình đời thứ nhất có người bị ĐTĐ);

- Liều thuốc: Khởi điểm 500mg/24 giờ, tăng dần liều, tối đa 2000mg/24 giờ;

- Theo dõi: Chú ý tình trạng thiếu vitamin B12 ở người dùng Metformin kéo dài;

- Giảm liều hoặc dừng thuốc nếu:

+ BMI < 23 (ở những người trước đó thừa cân, béo phì) và HbA1c < 5,7%.

+ Có tác dụng phụ nhiều như đầy bụng, tiêu chảy.

b. Các thuốc khác

Cần nhắc sử dụng thuốc thay thế nếu người bệnh không dung nạp với Metformin: nhóm ức chế Alpha-Glucosidase, GLP-1 receptor agonists, TZD.

3.3. Điều trị đái tháo đường

3.3.1. Xác định mục tiêu điều trị đái tháo đường

- (1) Đường máu lúc đói hoặc trước ăn từ 4,4-7,2 mmol/L;
- (2) Đường máu sau ăn 1-2 giờ: < 10 mmol/L;
- (3) HbA1c < 7% trong đa số các trường hợp.

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

- Mức 6,5% hoặc 7,0%: Mức 6,5% áp dụng cho bệnh nhân trẻ, mới chẩn đoán ĐTĐ, chưa có biến chứng mạn, không có bệnh đi kèm, kiểm soát được đường máu chỉ cần bằng thay đổi hành vi lối sống hoặc kết hợp Metformin;

- Đối với người cần phải dùng Gliclazide thì mục tiêu là 7%. Nhưng cũng có thể hạ xuống 6,5% nếu như mục tiêu 7% đạt được mà không làm tăng nguy cơ hạ đường máu nặng.

- Mức 7,5%: Bệnh nhân lớn tuổi, bị bệnh ĐTĐ từ lâu, có biến chứng mạn, có nhiều bệnh đi kèm hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao với hạ đường máu, đặc biệt là ở người lái xe, vận hành máy.

- Mức < 8,5%: Tình trạng bệnh phức tạp/sức khỏe kém, thời gian sống thêm không nhiều.

Lưu ý: Mục tiêu điều trị ở các cá nhân có thể khác nhau tùy tình trạng của bệnh nhân (cá thể hóa).

3.3.2. Phác đồ điều trị đái tháo đường tại trạm y tế

Bệnh nhân ĐTĐ có chỉ định quản lý tại TYT (bệnh nhân đã được điều trị ổn định ở tuyến trên thì điều trị theo phác đồ của tuyến đó).

Bước 1: Dùng Metformin 500mg/ngày, uống 1 lần ngay sau ăn tối.

Nếu không dùng được Metformin thì thay bằng Gliclazide 80mg, uống 1 lần trước bữa ăn chính 15 phút hoặc Gliclazide MR 30 mg x 1 viên/ngày uống trước ăn sáng 15 phút.

Bước 2: Khám lại sau 4 tuần, nếu đường máu còn cao:

Tăng liều: Metformin 500mg x 2 viên/ngày uống chia 2 lần, uống ngay sau ăn sáng và ăn tối. Nếu bệnh nhân đang dùng Gliclazide vì không dung nạp Metformin: Tăng liều Gliclazide 80mg x 2 viên/ngày uống chia 2 lần, uống trước ăn sáng và trước ăn tối hoặc Gliclazide MR 30 mg x 2 viên/ngày uống 1 lần trước ăn sáng.

Bước 3: Khám lại sau 4 tuần, nếu đường máu còn cao:

Tăng Metformin lên 2000 mg/ngày chia làm 2 lần uống sau ăn sáng và sau ăn tối.

Nếu bệnh nhân đang dùng Gliclazide vì không dung nạp Metformin: Tăng liều Gliclazide 80mg x 4 viên/ngày uống chia 2 lần, uống trước ăn sáng và trước ăn tối hoặc Gliclazide MR 30 mg x 4 viên/ngày uống 1 lần trước ăn sáng.

Bước 4: Khám lại sau 4 tuần, nếu đường máu còn cao:

Thêm Gliclazide MR 30 mg x 1 viên/ngày uống 1 lần trước ăn sáng hoặc thêm Gliclazide 80mg/ngày uống 1 lần trước bữa ăn chính 15 phút. Đối với bệnh nhân không dung nạp Metformin thì chuyển tuyến trên.

Bước 5: Khám lại sau 4 tuần, nếu đường máu còn cao:

Chuyển tuyến trên.

Ở tất cả các bước, nếu đường máu đạt mục tiêu điều trị cũng phải định kỳ chuyển tuyến trên để bệnh nhân được đánh giá tổng thể, ít nhất 1 lần/năm.

Lưu ý: Ở mỗi bước, khi có hạ đường máu cần tìm nguyên nhân, nếu có sai sót về chế độ ăn, luyện tập (luyện tập nặng, kéo dài mà không ăn thêm...), cần hướng dẫn bệnh nhân thực hiện đúng chế độ ăn, luyện tập (nếu có sai sót); nếu không có nguyên nhân rõ ràng, giảm thuốc hạ đường máu, quay về bước trước đó, nếu hạ đường máu vẫn tái diễn, chuyển bệnh nhân lên tuyến trên.

3.3.3. Các thuốc điều trị đái tháo đường tại trạm y tế

a. Nhóm Biguanide

- Tác dụng:

+ Chủ yếu ức chế quá trình tân tạo glucose ở gan, còn làm tăng nhạy cảm với Insulin ở ngoại vi.

+ Làm hạ đường máu xuống 2-4 mmol/l và giảm HbA1c không quá 2%. Metformin làm giảm HbA1c tương tự Sulphonylurea và Insulin nhưng không gây tăng cân.

+ Ức chế tổng hợp lipid, hoạt hoá quá trình phân huỷ lipid do đó làm giảm Cholesterol và các Triglycerides.

+ Làm giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tử vong.

- Chỉ định:

+ Thích hợp hơn cho người có BMI ≥ 23

+ Sử dụng phối hợp với Sulphonylurea và/hoặc ức chế men glucosidase hoặc gliptin.

+ Sử dụng phối hợp với Insulin.

- Chống chỉ định:

+ Phụ nữ có thai, cho con bú - Suy tim nặng.

+ Bệnh gan (kể cả nghiện rượu).

- + Bệnh thận: Creatinine > 160 mmol/l - Có nguy cơ nhiễm toan lactic.
- + Mức lọc cầu thận < 30 ml/phút.
- Tác dụng phụ: Có thể gây ra tác dụng không mong muốn ở đường tiêu hoá, nên dùng cùng bữa ăn và bắt đầu bằng liều thấp (500mg/ngày).
- Chế phẩm:
 - + Metformin: Viên phóng thích nhanh: 500 mg; 850 mg; 1000 mg.
 - + Metformin: Viên phóng thích kéo dài (Metformin XR): Hàm lượng 500 mg, 750 mg, 1000 mg.
 - Liều dùng: Bắt đầu với liều thấp 500 mg/ngày, tăng dần liều mỗi 2 - 3 tuần, liều tối đa khuyến cáo là 3000 mg/ngày (Metformin nhanh) và 2000mg/ngày (Metformin XR).

b. Nhóm Sulfonylurea

- Tác dụng:
 - + Tác dụng vào thụ thể trên tế bào β của tụy, kích thích tụy tiết Insulin.
 - + Tác động làm giảm glucose trung bình là 2,8-3,3mmol/l, giảm HbA1c tới 2%.
 - Chỉ định: Sử dụng rộng rãi dưới dạng đơn trị liệu hoặc phối hợp với các thuốc nhóm Biguanide, Glitazone, thuốc ức chế α -glucosidase, ức chế DPP-4, insulin.
 - Chống chỉ định:
 - + Phụ nữ có thai và cho con bú.
 - + Suy thận, creatinine > 176 mmol/l.
 - + Dị ứng với thuốc.
 - + ĐTDĐ típ 1; ĐTDĐ típ 2 kèm theo các biến chứng nặng: Suy gan, suy thận nặng, nhiễm trùng, rối loạn chuyển hoá nặng, hôn mê.
 - Các chế phẩm sulphonylure:
 - + Glipizide - Gliclazide: 2,5 mg-20,0 mg/ngày. 40-320 mg/ngày.
 - + Gliclazide MR - Glimpiride: 30-120 mg/ngày.
 - + Glimpiride: 1,0-6,0 mg/ngày, cá biệt tới 8,0 mg/ngày. 1,25-15,0 mg/ ngày.
 - + Glibenclamide liều khởi đầu 2,5mg/ngày, liều trung bình thường dùng 5-10 mg/ngày, uống trước ăn.
 - Tác dụng phụ: Nhóm Sulfonylurea gây hạ đường máu, (đặc biệt là chlopropamide, glibenclamide) ở người lớn tuổi và ở người có bệnh thận và gan, tăng cân.

3.3.4. Tư vấn chăm sóc sức khỏe người bệnh đái tháo đường

Các nội dung tư vấn chăm sóc sức khỏe người bệnh đái tháo đường bao gồm:

<p>1. Không hút thuốc lá, thuốc lào</p> <p>2. Không lạm dụng rượu bia</p> <ul style="list-style-type: none">- Không uống hơn 2 đơn vị rượu/ngày (đối với nam), không uống hơn 1 đơn vị rượu/ngày (đối với nữ) và không uống quá 10 đơn vị trên tuần.- Không uống rượu/bia không rõ nguồn gốc. <p>3. Chế độ dinh dưỡng</p> <p>4. Chế độ luyện tập thể lực</p> <p>5. Giảm căng thẳng</p> <ul style="list-style-type: none">- Người bệnh cần tránh những tình huống dễ gây căng thẳng.- Suy nghĩ lạc quan, tích cực.- Rèn luyện khả năng thích nghi với môi trường, chấp nhận những rủi ro có thể xảy ra như một phần tất yếu của cuộc sống. <p>6. Đo đường máu thường xuyên</p> <ul style="list-style-type: none">- Người bệnh có thể tự kiểm tra đường máu bằng máy đo đường máu cá nhân ít nhất mỗi tháng một lần (nếu có) và ghi vào sổ cá nhân để theo dõi. Người bệnh cần đo đường máu lúc đói, sau ăn và những lúc thấy mệt cũng như khi có biểu hiện hạ đường máu.- Nếu có dấu hiệu bất thường cần liên hệ ngay với cơ sở y tế gần nhất.	<p>7. Dùng thuốc đúng cách</p> <ul style="list-style-type: none">- Uống đúng thuốc, đủ liều, đều đặn theo hướng dẫn của cán bộ y tế.- Không tự ý dùng thuốc, thay đổi thuốc, tăng hoặc giảm liều.- Không tự mua thuốc về điều trị. <p>8. Đến khám tại các CSYT</p> <ul style="list-style-type: none">- Khám lại theo lịch hẹn của cán bộ y tế.- Đến ngay cơ sở khám chữa bệnh khi có dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị. <p>9. Xử trí khi có hạ đường máu</p> <ul style="list-style-type: none">- Khi có biến chứng hạ đường máu nên uống nước đường, ăn bánh, kẹo, sau đó đi kiểm tra lại.- Luôn mang theo đường, bánh, kẹo hoặc các đồ ngọt khác. <p>Lưu ý: Nếu bệnh nhân hôn mê/ không tỉnh táo, không được đổ nước đường, sữa vào miệng bệnh nhân vì có thể gây tử vong. Cần chuyển bệnh nhân đến ngay cơ sở y tế gần nhất</p> <p>10. Phòng tránh biến chứng bàn chân</p> <ul style="list-style-type: none">- Nên: Đi giày, dép mềm, kiểm tra, rửa và lau khô bàn chân, kẽ ngón chân hàng ngày.- Không nên: Chườm nóng hoặc ngâm chân vào nước nóng > 30°C; cắt móng chân sát da; dút, giứt các xước mẫn rô ở phần da thừa; chọc vỡ các nốt phỏng/rộp; mang giày cao gót, giày dép chật hoặc đi chân đất
---	--

(Chi tiết xin xem bài Tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người bệnh THA, ĐTD)

3.4. Xử trí lồng ghép tăng huyết áp, đái tháo đường

Nếu người bệnh mắc đồng thời THA và ĐTD, ngoài việc điều trị từng vấn đề riêng biệt như đã hướng dẫn ở các bài trên, cần lưu ý:

3.4.1. Xác định mục tiêu điều trị và tần suất theo dõi

Chỉ số	Đơn vị	Mục tiêu	Tần suất theo dõi		Nơi theo dõi
			Chưa đạt mục tiêu	Đạt mục tiêu	
Huyết áp	mmHg	< 140/80 < 130/80*	Hàng tuần	Hàng tháng	TYT
BMI	kg/m ²	18,5 - 22,9	Hàng tháng	Hàng tháng	TYT
Đường máu mao mạch**					
Lúc đói	mmol/L	4,4 - 7,2	Mỗi khi chỉnh liều thuốc	Hàng tháng	TYT
Sau ăn 1-2 giờ	mmol/L	< 10,0	Mỗi khi chỉnh liều thuốc	Hàng tháng	TYT
HbA1c***	%	< 7,0	1 lần/3 tháng	1 lần/6 tháng.	Tuyên trên
HDL	mmol/L	Nam > 1,0; Nữ > 1,3	Theo chỉ định	Tối thiểu 1 lần/năm	Tuyên trên
Triglyceride	mmol/L	< 1,7	Theo chỉ định	Tối thiểu 1 lần/năm	Tuyên trên
LDL	mmol/L	< 2,6 Nếu nguy cơ TM cao: < 1,8	Theo chỉ định	Tối thiểu 1 lần/năm	Tuyên trên

*Mục tiêu HA: **HA tâm thu** từ 120 đến < 130 mmHg (người < 65 tuổi) và từ 130 đến < 140 mmHg (người ≥ 65 tuổi), có thể thấp hơn nếu dung nạp được. **HA tâm trương** cần đạt tại phòng khám từ 70 đến < 80 mmHg.

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

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

- Mức 6,5% hoặc 7,0%: Mức 6,5% áp dụng cho bệnh nhân trẻ, mới chẩn đoán ĐTĐ, chưa có biến chứng mạn, không có bệnh đi kèm, kiểm soát được glucose máu chỉ cần bằng thay đổi hành vi lối sống hoặc kết hợp với metformin;

- Đối với người cần phải dùng gliclazide thì mục tiêu là 7,0%. Nhưng cũng có thể hạ xuống 6,5% nếu như mục tiêu 7,0% đạt được mà không làm tăng nguy cơ hạ glucose máu nặng.

- Mức 7,5%: Bệnh nhân lớn tuổi, bị bệnh ĐTĐ đã lâu, có biến chứng mạn, có nhiều bệnh đi kèm hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao với hạ glucose máu, đặc biệt là ở người lái xe, vận hành máy móc.

- Mức < 8,5%: Tình trạng bệnh phức tạp/sức khỏe kém không còn sống lâu.

3.4.2. Nguyên tắc điều trị

THA, ĐTĐ cần điều trị đúng và đủ hàng ngày; quản lý và theo dõi đều, điều trị lâu dài, chỉnh liều định kỳ.

Mục tiêu điều trị THA, ĐTĐ nhằm ngăn ngừa hoặc làm chậm tiến triển các biến chứng của THA, ĐTĐ trên cơ quan đích, nghĩa là cần đạt “huyết áp, đường huyết mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tổn thương cơ quan đích”.

Cần khởi trị sớm, tích cực để nhanh chóng đạt HA, đường huyết mục tiêu trong vòng 1-3 tháng.

Chiến lược điều trị luôn bao gồm các biện pháp thay đổi lối sống kết hợp thuốc hạ HA, hạ đường máu khi có chỉ định.

- Tiếp tục duy trì lâu dài phác đồ điều trị khi đã đạt HA, đường huyết mục tiêu, cũng như cần theo dõi chặt để định kỳ chỉnh thuốc.

- Kiểm soát đồng thời các yếu tố nguy cơ tim mạch khác như rối loạn lipid máu, chống đông...

- Dùng thuốc hạ áp nhóm UCMC/UCTT nếu ĐTĐ có biến chứng thận (có protein niệu).

- Chú ý cá thể hoá điều trị trên cơ sở đánh giá toàn diện HA, đường huyết, bộ lipid máu, hiệu quả/giá thành và khả năng tuân trị.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ (Khoanh tròn 1 đáp án đúng)

Câu 1. Anh/chị hãy cho biết tiêu chuẩn nào sau đây KHÔNG dùng để chẩn đoán xác định bệnh ĐTĐ?

a) ĐMTM lúc đói (buổi sáng, sau nhịn đói qua đêm 8-12 tiếng) $\geq 7,0$ mmol/L (hay ≥ 126 mg/dL).

b) Đường máu mao mạch lúc đói (buổi sáng, sau nhịn đói qua đêm 8-12 tiếng) $\geq 7,0$ mmol/L (hay ≥ 126 mg/dL).

c) ĐMTM 2 giờ trong nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (NPDNG) $\geq 11,1$ mmol/L (hay ≥ 200 mg/dL).

d) HbA1c $\geq 6,5$ % (hay ≥ 48 mmol/mol).

e) ĐMTM bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/L (hay ≥ 200 mg/dL) và triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu.

Câu 2. Anh/chị hãy nêu các nội dung trong nguyên tắc điều trị ĐTĐ?

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Câu 3. Anh/chị hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất: Mục tiêu điều trị đường máu cho bệnh nhân ĐTĐ?

- a) Đường máu lúc đói hoặc trước ăn từ 4,4 - 7,2 mmol/L
- b) Đường máu sau ăn 1-2 giờ: < 10 mmol/L
- c) HbA1C < 7% trong đa số các trường hợp
- d) Tất cả các ý trên đều đúng

Câu 4. Bệnh nhân nam 57 tuổi, được TYT chẩn đoán ĐTĐ típ 2 đang điều trị Metformin 500 mg x 1 lần/ngày uống sau ăn. Sau 4 tuần bệnh nhân tới khám phát hiện: Đường máu mao mạch 8 mmol/l, ngoài ra bệnh nhân không có biểu hiện nào khác. Người bệnh uống thuốc đầy đủ theo hướng dẫn của bác sĩ. Hướng xử trí ở bệnh nhân này như thế nào?

- a) Tăng liều Metformin 500mg x 2 lần/ngày uống chia 2 lần ngay sau ăn sáng và ăn tối. Đồng thời tư vấn thay đổi lối sống.
- b) Tăng liều Metformin 2000mg x 2 lần/ngày uống chia 2 lần ngay sau ăn sáng và ăn tối. Đồng thời tư vấn thay đổi lối sống.
- c) Duy trì phác đồ cũ và tư vấn thay đổi lối sống.

Câu 5. Khi kê đơn Sulphonylurea, anh/chị cần hướng dẫn bệnh nhân nội dung gì?

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Câu 6. Anh/chị hãy lựa chọn câu trả lời đúng nhất về mục tiêu HbA1c ở bệnh nhân ĐTĐ

- a) HbA1c < 6,5% cho tất cả mọi bệnh nhân.
- b) HbA1c < 7,0% cho tất cả mọi bệnh nhân.
- c) Mục tiêu chung là HbA1c < 7,0%, có thể thấp hơn (với điều kiện không bị hạ đường máu đáng kể) hoặc cao hơn tùy từng bệnh nhân cụ thể.
- d) HbA1c càng gần giá trị bình thường càng tốt, bất kể có hạ đường máu đáng kể.

Câu 7. Một bệnh nhân nam 45 tuổi tới TYT khám tại TYT của anh/chị, xét nghiệm đường máu mao mạch lúc đói (buổi sáng, sau 10 giờ nhịn đói qua đêm) là 9,9 mmol/L, không có các triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu, bước tiếp theo cần làm gì?

a) Hẹn bệnh nhân đến lại vào một ngày khác để làm lại xét nghiệm đường máu mao mạch lúc đói hoặc nghiệm pháp dung nạp đường máu.

b) Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để được khám và chẩn đoán bệnh ĐTĐ.

c) Điều trị thuốc ngay. Metformin 500 mg x 1 viên/ngày sau ăn tối.

Câu 8. Trường hợp nào sau đây đủ tiêu chuẩn chuyển lên tuyến trên?

a) Bệnh nhân có đường máu mao mạch lúc đói $> 16,7$ mmol/L.

b) Bệnh nhân đang điều trị có xuất hiện triệu chứng phù.

c) Bệnh nhân đang điều trị không đạt mục tiêu điều trị sau 3 tháng.

d) Tất cả các ý trên đều đúng.

Bài 5

THỰC HÀNH CA LÂM SÀNG ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Thực hiện được sàng lọc bằng xét nghiệm đường máu mao mạch.
2. Thực hiện được khám bệnh, chẩn đoán, điều trị với người bệnh đái tháo đường.

NỘI DUNG

1. HƯỚNG DẪN XÉT NGHIỆM ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

1.1. Chuẩn bị dụng cụ

- Máy thử đường máu, que thử, kim chích máu, phiếu theo dõi đường máu.
- Kiểm tra que thử đường máu (hạn dùng, thời gian sử dụng kể từ khi mở hộp que thử), kiểm tra máy thử (tình trạng máy, pin).
- Hộp đựng bông cồn, bông khô.
- Hộp đựng que thử, kim chích máu đã sử dụng.



1.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Kiểm tra họ tên người bệnh, giờ chỉ định thử đường máu.
- Thông báo, hướng dẫn, giải thích để người bệnh hợp tác.
- Đề nghị bệnh nhân rửa sạch và lau khô tay hoặc sát trùng bằng bông cồn rồi để khô.
- Để người bệnh ở tư thế thích hợp (ngồi hoặc nằm).

1.3. Các bước tiến hành

Bước 1: Người thực hiện thử đường máu: Rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.

Bước 2: Lắp kim vào bút chích máu, chỉnh độ sâu tùy thuộc vào độ dày của da người bệnh.

Bước 3: Lấy que thử ra khỏi hộp (đậy nắp hộp lại ngay).

Bước 4: Đưa que thử vào máy để máy tự khởi động hoặc và bật máy thử đường máu, đối chiếu code hiện trên máy có trùng với code của que thử không (nếu không trùng phải chỉnh lại cho đúng).

Bước 5: Người thực hiện thử đường máu cầm tay người bệnh vuốt nhẹ dồn máu từ gốc ngón tay lên đầu ngón tay (một trong bốn ngón, ngón 2, 3, 4, 5), đưa đầu bút chích máu vào mép ngoài cạnh đầu ngón và bấm bút chích máu, nặn nhẹ để lấy đủ giọt máu (tùy theo từng loại máy mà lấy ít hay nhiều máu).

Bước 6: Thấm máu vào giấy thử rồi cắm vào máy, hoặc để cạnh để que thử hút máu (tùy từng loại máy lấy máu ở ngoài hay loại mao dẫn).

Bước 7: Lau sạch máu trên tay người bệnh bằng bông khô.

Bước 8: Đợi máy hiện kết quả (từ 5- 45 giây), đọc kết quả, thông báo kết quả cho bệnh nhân, dặn dò bệnh nhân những điều cần thiết (ăn ngay nếu đường máu thấp...).

Bước 9: Bỏ ngay kim và que thử đã sử dụng vào hộp đựng rác thải y tế phù hợp.

Bước 10: Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

1.4. Các sai sót làm sai lệch kết quả

NGUYÊN NHÂN	XỬ TRÍ
Giấy thử bị ẩm hoặc hết hạn sử dụng	Sau khi mở hộp lấy giấy thử phải đóng ngay nắp hộp lại. Không lấy nhiều giấy thử để ra ngoài khi chưa sử dụng. Hộp giấy đã mở để sử dụng chỉ dùng trong vòng 3 tháng.
Giấy thử và máy không cùng code (với loại máy có code)	Trước khi sử dụng cần kiểm tra số code của giấy thử và số code của máy. Khi dùng hộp que thử mới cần chỉnh số code mới sao cho phù hợp với code của máy.
Ngón tay bị ướt do cồn hoặc nước làm loãng và không tạo ra giọt máu	Rửa tay sạch để khô, hoặc bông thấm vừa phải lượng cồn.
Lấy máu quá ít vào giấy thử	Lấy đủ lượng máu vào giấy
Nơi gắn giấy thử không sạch (dính máu hoặc bụi bẩn)	Bảo quản máy, vệ sinh máy thường xuyên.

1.5. Đánh giá kết quả

- Nhận định kết quả xét nghiệm đường máu mao mạch trong sàng lọc phát hiện sớm ĐTĐ:

+ Đường máu mao mạch lúc đói bình thường: < 5,6 mmol/L.

+ Nếu đường máu mao mạch lúc đói \geq 5,6 mmol/L hoặc đường máu mao mạch bất kỳ \geq 11,1 mmol/L thì kết luận nghi ngờ tiền ĐTĐ/ĐTĐ.

- Ngoài ra, kỹ thuật xét nghiệm đường máu mao mạch (ĐMMM) ngoài sử dụng trong sàng lọc thì tại TYT còn được sử dụng để theo dõi điều trị mục tiêu của kết quả đường máu mao mạch còn tùy thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể. Theo khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2015, ĐMMM trước ăn từ 4,4 - 7,2 mmol/L và ĐMMM sau ăn 2 giờ < 10 mmol/L là đạt mục tiêu.

- Đối với phụ nữ mang thai có chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ thì mục tiêu đường máu đòi hỏi phải kiểm soát chặt chẽ hơn.

+ Trước ăn: < 5,3 mmol/L.

+ Sau ăn 1 giờ: < 7,8 mmol/L.

+ Sau ăn 2 giờ: < 6,7 mmol/L.

2. THỰC HÀNH CA LÂM SÀNG

CA LÂM SÀNG 1

Bệnh nhân nam, 55 tuổi, cân nặng 68 kg, chiều cao 1,7 m, bệnh nhân có thói quen thích ăn mặn, thích ăn đồ đông sẵn, ăn ít rau và hoa quả, không luyện tập thể dục thể thao, thường xuyên uống rượu với tần suất 1 lần/tuần, hút thuốc lá lâu năm. Bệnh nhân đi khám và được bệnh viện huyện khẳng định ĐTĐ típ 2 kèm THA độ 2, thừa cân đã được điều trị ổn định và được chuyển về TYT quản lý điều trị với phác đồ:

- Nifedipine retard 20 mg x 1 viên/ngày
- Enalapril 5 mg x 1 viên/ngày
- Metformin 500mg x 1 lần/ngày, uống sau ăn.

Sau 4 tuần, bệnh nhân quay lại TYT khám và lấy thuốc. Khám thấy:

- HA: 160/95 mmHg. ĐMMM lúc đói: 8,5 mmol/L.
- Bệnh nhân uống thuốc đều theo chỉ định.
- Bệnh nhân vẫn giữ thói quen ăn mặn, ít ăn rau củ quả, hút thuốc, uống rượu và không tập thể dục thể thao.

Câu hỏi 1: Mục tiêu điều trị bệnh nhân này? (Giả sử TYT có đủ thuốc thiết yếu)

Đáp án:

Chỉ số	Đơn vị	Mục tiêu	Chưa đạt mục tiêu	Đạt mục tiêu	Nơi theo dõi
Huyết áp	mmHg	< 140/80 < 130/80*	Hàng tuần	Hàng tháng	TYT
BMI	kg/m ²	18,5 - 22,9	Hàng tháng	Hàng tháng	TYT
Đường máu mao mạch**					
Lúc đói	mmol/L	4,4 - 7,2	Mỗi khi chỉnh liều thuốc	Hàng tháng	TYT

*Mục tiêu HA: **HA tâm thu** từ 130 đến < 140 mmHg (người ≥ 65 tuổi), với người < 65 tuổi có thể từ 120 -130 mmHg (người < 65 tuổi). **HA tâm trương** cần đạt tại phòng khám từ 70 đến < 80 mmHg.

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

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

- Mức 6,5% hoặc 7,0%: Mức 6,5% áp dụng cho bệnh nhân trẻ, mới chẩn đoán ĐTĐ, chưa có biến chứng mạn tính, không có bệnh đi kèm, kiểm soát được glucose máu chỉ cần bằng thay đổi hành vi lối sống hoặc kết hợp với metformin;

- Đối với người cần phải dùng gliclazide thì mục tiêu là 7,0%. Nhưng cũng có thể hạ xuống 6,5% nếu như mục tiêu 7,0% đạt được mà không làm tăng nguy cơ hạ glucose máu nặng.

- Mức 7,5%: Bệnh nhân lớn tuổi, bị bệnh ĐTĐ đã lâu, có biến chứng mạn, có nhiều bệnh đi kèm hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao với hạ glucose máu, đặc biệt là ở người lái xe, vận hành máy móc.

- Mức < 8,5%: Tình trạng bệnh phức tạp/sức khỏe kém không còn sống lâu.

Câu hỏi 2. Phác đồ điều trị ở bệnh nhân này?

Đáp án:

Điều trị huyết áp: Bệnh nhân tuân thủ phác đồ 2 thuốc, sau 4 tuần không đạt mục tiêu điều trị, phối hợp 3 thuốc:

- Nifedipine retard 20 mg x 1 viên/ngày
- Enalapril 5 mg x 1 viên/ngày
- Hydrochlorothiazide 6,25 mg x 1 viên/ngày

Điều trị ĐTĐ: Metformin 500mg x 2 viên/ngày, uống chia 2 lần, uống sau ăn.

Ngoài ra, tư vấn bệnh nhân:

1. Chế độ dinh dưỡng hợp lý
2. Không hút thuốc lá
3. Không lạm dụng rượu bia
4. Tăng cường hoạt động thể lực
5. Giảm căng thẳng
6. Theo dõi HA, đường huyết tại nhà
7. Dùng thuốc đúng cách
8. Đến khám tại cơ sở y tế định kỳ
9. Xử trí khi hạ đường máu
10. Phòng biến chứng bàn chân

Câu hỏi 3: Sau khám lần thứ nhất 4 tuần, bệnh nhân tới khám lại. Kết quả khám bệnh:

- HA: 150/90 mmHg. ĐMMM: 6,5 mmol/L.
- Bệnh nhân uống thuốc đều.
- Cân nặng không đổi.
- Bệnh nhân đã bắt đầu chế độ ăn giảm muối, hạn chế ăn đồ chế biến sẵn, tăng cường ăn rau củ quả.
- Hàng ngày bệnh nhân đi bộ 30 phút.
- Bệnh nhân vẫn uống rượu 1 lần/tuần và hút thuốc lá hàng ngày.

Hướng xử trí ở bệnh nhân này?

Đáp án:

Duy trì liều thuốc hiện tại:

- Nifedipine retard 20 mg x 1 viên/ngày
- Enalapril 5 mg x 1 viên/ngày
- Hydrochlorothiazide 6,25 mg x 1 viên/ngày
- Metformin 500mg x 2 viên/ngày, uống chia 2 lần, uống sau ăn.

Động viên, khuyến khích bệnh nhân tiếp tục tuân thủ điều trị, duy trì chế độ ăn uống hợp lý, tăng cường hoạt động thể dục thể thao, cố gắng bỏ thói quen uống rượu và hút thuốc, và giảm cân.

Định kỳ khám lại 1 lần/tháng.

Câu hỏi 4: Sau khám lần thứ hai 4 tuần, bệnh nhân tới khám lại. Kết quả khám bệnh:

- HA: 139/89 mmHg
- ĐMMM: 6,2 mmol/L
- Bệnh nhân uống thuốc đều.
- Cân nặng: Giảm 0,8 kg
- Đã tuân thủ chế độ giảm muối, giảm ăn đồ hộp.
- Tuân thủ chế độ luyện tập thể dục thể thao hàng ngày.
- Nhưng chưa bỏ uống rượu, vẫn uống nhưng tần suất ít hơn là 1 lần/tháng. Hút thuốc lá hàng ngày.

Hướng xử trí ở bệnh nhân này?

Đáp án:

Duy trì liều thuốc hiện tại.

Động viên, khuyến khích bệnh nhân tiếp tục tuân thủ điều trị, duy trì thói quen tốt và cố gắng giảm cân, bỏ rượu và bỏ thuốc lá.

Định kỳ khám lại 1 lần/tháng.

CA LÂM SÀNG 2

Bệnh nhân nam 60 tuổi. Gần đây mệt mỏi nhiều, gầy sút, ăn nhiều, khát nhiều, tiểu nhiều. Đi khám tại bệnh viện huyện có xét nghiệm đường máu tĩnh mạch lúc đói 11,5 mmol/L, cholesterol 5,0 mmol/L, triglycerid 1,0 mmol, chiều cao 1,65 m, cân nặng 60 kg, BMI = 22. Huyết áp 143/90 mmHg. Tiền sử: Uống rượu 300 ml/ngày, ít hoạt động thể lực, thường xuyên ăn phủ tạng động vật, không hút thuốc. Tiền sử gia đình không có ai mắc ĐTĐ, THA.

Câu hỏi 1: Bệnh nhân này đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ chưa?

Đáp án: Đường máu tĩnh mạch lúc đói 11,5 mmol/L > 11,0 mmol/L. Có triệu chứng điển hình. Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTĐ típ 2.

Tuy nhiên, vẫn cần phải xét nghiệm GMLĐ và HbA1c để có căn cứ kê đơn thuốc.

Câu hỏi 2: Yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân này là bao nhiêu?

Đáp án: Đây là bệnh nhân ĐTĐ chưa có biến chứng nên thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao (không cần dùng bảng tính Scores).

Câu hỏi 3: Mục tiêu điều trị bệnh nhân này?

Đáp án: Huyết áp mục tiêu < 120 - 130/80 mmHg. ĐMMM lúc đói 4,4 - 7,2 mmol/L, sau ăn: < 10 mmol/L.

Câu hỏi 4: Phác đồ điều trị ở bệnh nhân này là gì?

Đáp án:

Thuốc điều trị THA: Losartan 50 mg x 1 viên/ngày.

Thuốc điều trị ĐTĐ: Metformin 500mg (Glucophage) x 1 viên/ngày;

Đây là bệnh nhân ĐTĐ > 40 tuổi, nên cho dùng: Atorvastatin 10mg 1 viên/ngày (mặc dù chưa có rối loạn lipid máu).

Câu hỏi 5: Giả sử sau 03 ngày bệnh nhân xuất hiện đau bụng đi ngoài phân lỏng nhiều lần. Có cần thay đổi thuốc điều trị không?

Đáp án: Không nên đổi thuốc. Vì thuốc Glucophage (Metformin) có thể gây ra tác

dụng không mong muốn ở đường tiêu hoá, nên bắt đầu bằng liều thấp 500 mg/ngày, nếu dùng liều cao mà xuất hiện tiêu chảy thì tạm thời giảm liều sau đó tăng trở lại khi hết tiêu chảy.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Bệnh nhân nữ 56 tuổi, cân nặng 61 kg, chiều cao 1,56 m, BMI = 25; HA trung bình 2 lần đo là 145/80 mmHg. Kết quả xét nghiệm như sau: Đường máu tĩnh mạch lúc đói lần 1 là 8 mmol/L, lần 2 (sau 1 tuần) là 9 mmol/L; HbA1c là 7,5%, cholesterol là 5,0 mmol/L. Tiền sử không uống rượu, không hút thuốc. Tiền sử gia đình chị gái mắc ĐTĐ.

Câu hỏi 1: Để chẩn đoán ĐTĐ cần làm thêm xét nghiệm gì?

- Bệnh nhân cần làm thêm HbA1c để chẩn đoán.
- Bệnh nhân cần làm xét nghiệm đường niệu, hoặc NPTĐM để chẩn đoán.
- Không cần làm thêm xét nghiệm gì.

Câu hỏi 2: Yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân này là gì?

Câu hỏi 3: Với bệnh nhân này, lựa chọn thuốc nào để điều trị đái tháo đường?

Câu hỏi 4: Có dùng thuốc hạ huyết áp không?

Câu hỏi 5: Các điều trị phối hợp trên bệnh nhân này?

Bài 6

HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC PHÁT HIỆN TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

- 1. Trình bày được khái niệm, mục đích và hình thức sàng lọc.*
- 2. Trình bày được nội dung trong sàng lọc tăng huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng.*
- 3. Thực hiện được sàng lọc và đánh giá nghi ngờ tăng huyết áp và nguy cơ đái tháo đường tại cộng đồng.*

NỘI DUNG

1. SÀNG LỌC

1.1. Khái niệm sàng lọc

Sàng lọc là một quá trình sử dụng một phương pháp trên diện rộng để phát hiện bệnh ở những người nhìn bên ngoài còn khỏe mạnh.

Hoặc bằng phương pháp thử nghiệm sàng lọc để phát hiện có bệnh hoặc có nguy cơ bị bệnh ở những người không có bất kỳ biểu hiện triệu chứng nào của bệnh.

Ví dụ: Sàng lọc THA, sàng lọc ĐTĐ típ 2 ở người trưởng thành tại cộng đồng.

1.2. Mục đích sàng lọc

Các BKLN được coi là “kẻ giết người thầm lặng” bởi bệnh diễn biến kéo dài, không có triệu chứng điển hình, vì thế nhiều người mắc bệnh mà không biết, đến khi phát hiện thì bệnh đã ở giai đoạn muộn.

Đánh giá nguy cơ và phát hiện người nghi ngờ mắc BKLN phổ biến trong cộng đồng là hoạt động được tiến hành thường xuyên, liên tục ở mỗi cá nhân tại cộng đồng.

Phát hiện người mắc bệnh KLN giúp người bệnh được phát hiện bệnh sớm, khi đó sẽ đỡ tốn kém trong việc điều trị, đồng thời hạn chế được biến chứng.

1.3. Các hình thức sàng lọc

Sàng lọc thường quy tại cộng đồng: Là hình thức được triển khai thường xuyên. Trong đó, đội ngũ nhân viên YTTB/CTV thực hiện sàng lọc cho người dân tại hộ gia đình với các kỹ thuật đơn giản như đo HA, chấm điểm nguy cơ ĐTĐ theo bảng kiểm để xác định người nghi ngờ THA hoặc có nguy cơ bị ĐTĐ.

Hình thức này là hoạt động thường quy, mang tính thường xuyên, có độ bao phủ rộng và phù hợp cho sàng lọc các BKLN phổ biến như THA, ĐTĐ, đảm bảo cho mỗi người dân > 40 tuổi được sàng lọc định kỳ ít nhất 1 lần/năm.

Sàng lọc chiến dịch: Là hình thức sàng lọc tại cộng đồng hoặc tại cơ sở y tế theo từng đợt, được tổ chức có kế hoạch và quy mô cụ thể, trong một thời gian ngắn và cần đáp ứng nguồn lực ban đầu phù hợp.

Sàng lọc chiến dịch thường tập trung vào một nhóm đối tượng nguy cơ cao, đạt tỷ lệ tham gia sàng lọc cao tại thời điểm tổ chức chiến dịch. Phương pháp này đòi hỏi có nguồn lực (nhân lực, kỹ thuật và kinh phí), tuy nhiên không đảm bảo tính thường xuyên (hàng năm).

Sàng lọc cơ hội: Là hình thức mà trong đó CBYT tận dụng mọi cơ hội tiếp cận với người dân để sàng lọc bệnh hoặc nguy cơ mắc bệnh của họ. Hình thức sàng lọc này có thể lồng ghép vào hoạt động khám chữa bệnh thường quy tại TYT. Các CBYT sẽ triển khai sàng lọc cho chính những người đến khám bệnh tại cơ sở y tế vì bất cứ lý do gì. Đây là phương pháp thuận lợi, dễ áp dụng. Tuy nhiên, độ bao phủ đối tượng cần sàng lọc không cao. Sàng lọc cơ hội có thể được lồng ghép vào các đợt khám sức khỏe người lao động, khám sức khỏe người cao tuổi.

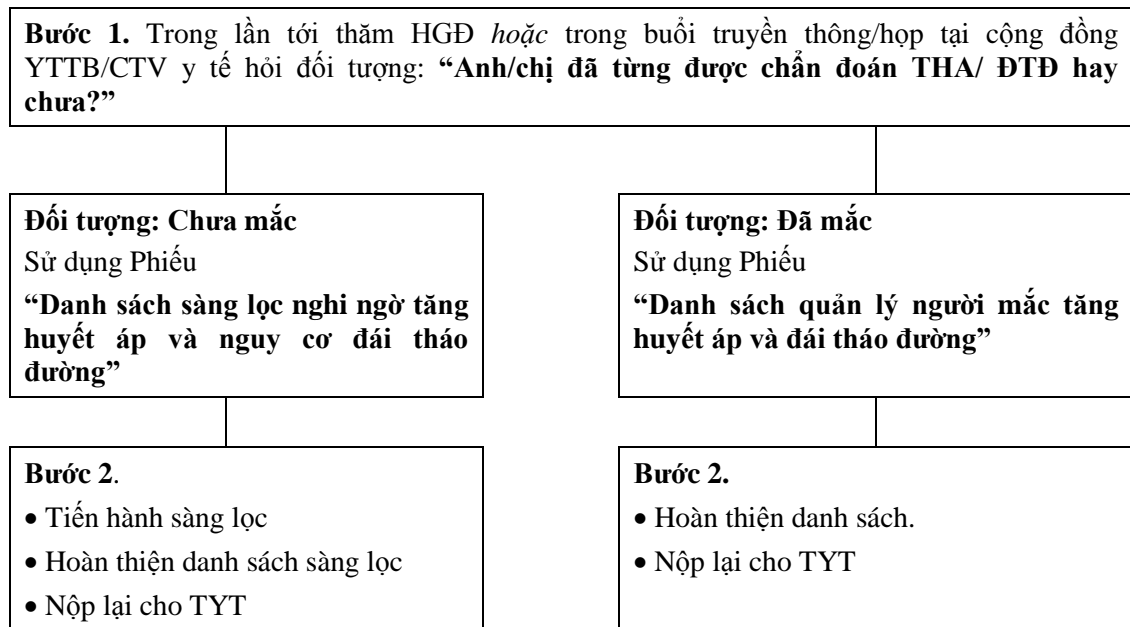
Ví dụ: Đo HA cho người trưởng thành đến khám bệnh; Làm liệu pháp đường máu, mỡ máu cho người đang quản lý THA.

2. HƯỚNG DẪN SÀNG LỌC TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI CỘNG ĐỒNG

2.1. Hướng dẫn chung

Hoạt động sàng lọc THA, ĐTĐ tại cộng đồng được thực hiện cho người trưởng thành trong cộng đồng nhưng ưu tiên người từ 40 tuổi trở lên vì họ là những người có khả năng mắc bệnh cao hơn. Sàng lọc THA, ĐTĐ tại cộng đồng có thể được thực hiện riêng biệt hoặc lồng ghép với các hoạt động khác được triển khai tại cộng đồng như:

- Sàng lọc THA, ĐTĐ qua thăm hộ gia đình (HGĐ).
- Sàng lọc THA, ĐTĐ tại các buổi truyền thông, họp thôn, họp tổ tại cộng đồng.



Sơ đồ 6.1: Các bước sàng lọc tăng huyết áp, đái tháo đường tại cộng đồng

Để tiến hành sàng lọc THA, ĐTĐ (qua thăm hộ gia đình hoặc trong buổi truyền thông, họp thôn...), nhân viên YTTB/CTV y tế cần xác định đối tượng đã được chẩn đoán THA/ĐTĐ chưa.

- Nếu đối tượng chưa được chẩn đoán mắc THA và ĐTĐ, tiến hành sàng lọc cho hai bệnh này.

- Nếu đối tượng đã được chẩn đoán THA thì đưa họ vào danh sách quản lý THA và chỉ tiến hành sàng lọc ĐTĐ. Ngược lại, nếu đối tượng đã được chẩn đoán ĐTĐ thì đưa họ vào danh sách quản lý bệnh ĐTĐ và chỉ tiến hành sàng lọc THA.

- Nếu đối tượng đã mắc THA và ĐTĐ, đưa họ vào danh sách quản lý THA và ĐTĐ, không thực hiện sàng lọc nữa.

2.2. Hướng dẫn sàng lọc tăng huyết áp, đái tháo đường

Khi tiến hành sàng lọc THA, ĐTĐ cho người dân, YTTB/CTV y tế cần thực hiện theo các bước sau:

Bước 1. Điền thông tin chung

Nhân viên YTTB/CTV điền thông tin về họ tên, giới tính, tuổi vào “Danh sách sàng lọc nghi ngờ tăng huyết áp và nguy cơ đái tháo đường”.

Bước 2. Hỏi tiền sử gia đình

Nhân viên YTTB/CTV hỏi đối tượng “Có ai trong gia đình anh/chị trực hệ bị mắc bệnh ĐTĐ không?”. Người trong gia đình trực hệ là người có quan hệ “ruột thịt” như bố

hoặc mẹ đẻ hoặc anh, chị em ruột hoặc con đẻ. Nếu có, viết “Có” vào danh sách sàng lọc và ngược lại.

Bước 3. Tính chỉ số khối cơ thể (chỉ số BMI)

Nhân viên YTTB/CTV tiến hành đo cân nặng và chiều cao (nếu đã chuẩn bị cân và thước đo).

➤ Hướng dẫn cân nặng

- Chuẩn bị dụng cụ cân:

+ Cân đồng hồ (*nếu có*); ngoài ra, có thể sử dụng các loại cân khác.

+ Đặt cân trên nền bằng phẳng.

+ Cân kiểm chuẩn cân. Chỉnh cân: Chỉnh kim về vị trí 0.

- Tiến hành cân:

Đối với người được cân:

+ Bỏ giày, dép ...

+ Cởi, bỏ bớt quần áo quá dày như áo vét, áo bông, mũ ... (*nếu có*).

+ Đứng lên trên cân, mắt nhìn thẳng về trước, hai tay thả lỏng.

Đối với người cân:

+ Nhìn kim chỉ trọng lượng trên cân.

+ Ghi lại kết quả đo (*làm tròn số đến lạng*).

➤ Hướng dẫn đo chiều cao

- Chuẩn bị dụng cụ:

+ Dùng thước dây gắn lên tường (*nếu có*).

+ Ngoài ra, có thể sử dụng thước gỗ.

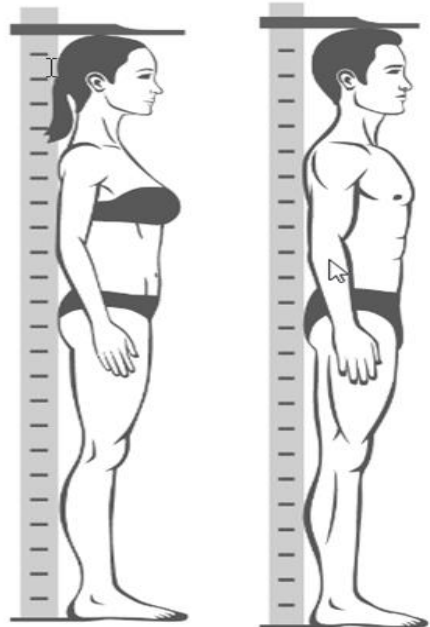
- Tiến hành đo:

Đối với người được đo:

+ Bỏ giày, dép....

+ Bỏ mũ hoặc khăn trùm đầu (*nếu có*).

+ Đứng thẳng người, đầu thẳng, hai gót chân chạm nhau, hai tay thả lỏng, đảm bảo sao cho 5 điểm phía sau gồm cằm, lưng, mông, bắp chân và gót chạm tường.



Đối với người đo:

+ Dùng đoạn thước đặt vuông góc với thước đo rồi hạ thấp nhẹ nhàng đến khi chạm đầu người được đo.

+ Nhìn số đo trên thước.

+ Ghi lại kết quả đo (*không làm tròn số*).

➤ Tính chỉ số BMI

BMI tính theo công thức:

BMI = CÂN NẶNG (kg): bình phương CHIỀU CAO (m)
Hoặc BMI = CÂN NẶNG (kg): CHIỀU CAO (m): CHIỀU CAO (m)

- Nếu không có cân, có thể tạm thời ước tính thông qua hỏi đối tượng về cân nặng và chiều cao (lần kiểm tra gần nhất, cân nặng và chiều cao của anh/chị là bao nhiêu?);

- Điền kết quả BMI vào cột chỉ số khối cơ thể BMI.

Bước 4. Đo vòng eo

- Chuẩn bị dụng cụ: Dùng thước dây loại không co giãn để đo.

- Tiến hành đo.

Đối với người được đo:

+ Cởi, bỏ bớt quần áo quá dày như áo vét, áo bông, mũ... (nếu có).

+ Đứng hai chân sát nhau, hai tay thả lỏng và thở ra nhẹ nhàng.

Đối với người đo:

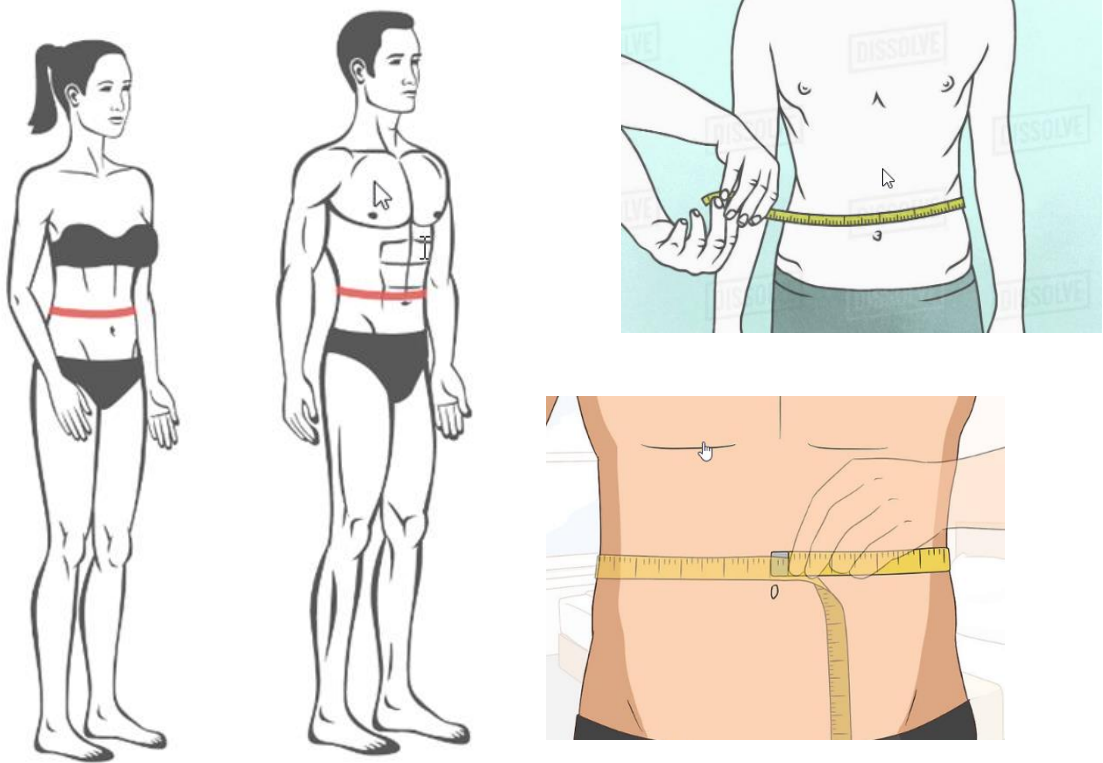
+ Chọn vị trí đo: Chọn điểm ở giữa bờ dưới của xương sườn cuối với bờ trên của xương mào chậu trên đường nách giữa.

+ Vòng thước dây qua vị trí đo và ngang với vòng bụng.

+ Đo vào cuối thì thở ra bình thường.

+ Ghi kết quả vào phiếu (chính xác ở mức 0,1 cm).

- Điền kết quả đo vòng eo vào cột vòng eo trong danh sách.



Bước 5. Đo huyết áp

Xem hướng dẫn chuẩn bị dụng cụ và tiến hành đo huyết áp đã được hướng dẫn trong *Bài 3: Thực hành lâm sàng tăng huyết áp*.

Bước 6. Tính điểm nguy cơ đái tháo đường

- Dựa trên các kết quả thu thập từ các bước trên, tính tổng số điểm (xem cách tính điểm ở bảng chấm điểm nguy cơ mắc đái tháo đường), điền tổng số điểm vào cột tổng điểm trong danh sách.

Bảng 6.1: Bảng chấm điểm nguy cơ mắc đái tháo đường

Thông tin của người dân		Điểm
Tuổi	< 45 tuổi	0
	45- 49 tuổi	1
	> 49 tuổi	2
Giới tính	Nữ	0
	Nam	2
Chỉ số BMI	< 23	0
	23 - 27,5	3
	> 27,5	5
Vòng eo	Nam < 90; Nữ < 80	0
	Nam ≥ 90; Nữ ≥ 80	2
Huyết áp	< 140/90	0
	≥ 140/90	2
Tiền sử gia đình trực hệ có người mắc ĐTĐ	Không	0
	Có	4
Tổng cộng điểm		..... điểm

NẾU TỔNG SỐ ĐIỂM ≥ 6: KẾT LUẬN ĐỐI TƯỢNG CÓ NGUY CƠ ĐTĐ**Bước 7. Lập danh sách và hướng dẫn người có nguy cơ THA, ĐTĐ**

- Người nghi ngờ tăng HA: Có chỉ số đo HA $\geq 140/90$ mmHg (HA tâm thu ≥ 140 và/hoặc HA tâm trương ≥ 90). Ghi “có” vào cột nghi ngờ tăng HA trong danh sách sàng lọc.

- Người có nguy cơ ĐTĐ: Khi có tổng số điểm ≥ 6 điểm. Ghi “có” vào cột nguy cơ mắc ĐTĐ trong danh sách sàng lọc.

Sau khi sàng lọc đối tượng, YTTB cần hướng dẫn người dân cụ thể như sau:

- Nếu đối tượng nghi ngờ mắc THA hoặc có nguy cơ cao mắc ĐTĐ thì khuyên họ đến cơ sở y tế (TYT, bệnh viện) để được khám phát hiện bệnh.

- Nếu đối tượng không thuộc diện nguy cơ mắc bệnh và chưa có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào thì khuyên đối tượng duy trì lối sống lành mạnh đồng thời loại bỏ các yếu tố nguy cơ hiện đang tồn tại.

Với những đối tượng đang điều trị THA, ĐTĐ, nhắc nhở đối tượng đi khám định kỳ, uống thuốc đúng theo hướng dẫn của cán bộ y tế.

Bảng 6.2: Danh sách sàng lọc nghi ngờ THA và nguy cơ ĐTD

Thôn:		Xã:		Họ tên cộng tác viên:						
Huyện:		Tỉnh:								
TT	Họ tên (và số điện thoại)	KẾT QUẢ SÀNG LỌC						ĐÁNH GIÁ		
		Giới	Tuổi	Gia đình có người mắc ĐTD	Chỉ số khối cơ thể	Vòng eo	Huyết áp	Tổng điểm	Nguy cơ mắc ĐTD	Nghi ngờ tăng huyết áp
		Nữ = 0 Nam = 2	< 45 = 0 45→49 = 1 > 49 = 2	Không = 0 Có = 4	< 23 = 0 23-27,5 = 3 > 27,5 = 5	Nam < 90 = 0 Nam ≥ 90 = 2 Nữ < 80 = 0 Nữ ≥ 80 = 2	< 140/90 = 0 ≥ 140/90 = 2		Điểm ≥ 6 = Có Điểm < 6 = Ko	< 140/90 = Ko ≥ 140/90 = Có
	Tên: Nguyễn Văn A	Nam	55	Có	25,2	93	136/90	15	Có	Có
	Điểm nguy cơ	2	2	4	3	2	2			
	Tên:									
	Điểm nguy cơ									
	Tên:									
	Điểm nguy cơ									
	Tên:									

2.3. Lập danh sách người bệnh đã mắc tăng huyết áp, và/hoặc đái tháo đường

Trong trường hợp đối tượng đã mắc THA/ĐTĐ, thực hiện lần lượt các bước như sau:

- Sử dụng Phiếu “Danh sách quản lý người mắc tăng huyết áp và đái tháo đường” để thu thập thông tin.

- Hướng dẫn ghi chép:

Cột (1) ghi số thứ tự

Cột (2) ghi rõ họ và tên

Cột (3) ghi giới

Cột (4) ghi tuổi

Cột (5) ghi tình trạng đang điều trị hay chưa điều trị tăng huyết áp

Cột (6) ghi nơi đang điều trị

Cột (7) ghi chẩn đoán đái tháo đường

Cột (8) ghi tình trạng đang điều trị hay chưa điều trị đái tháo đường

Cột (9) ghi nơi đang điều trị

- Hoàn thiện Phiếu “Danh sách quản lý người mắc tăng huyết áp và đái tháo đường”.

Bảng 6.3: Danh sách quản lý người mắc tăng huyết áp, đái tháo đường

Thôn:			Xã:		Họ tên cộng tác viên:			
Huyện:			Tỉnh:					
TT	Họ và tên	Giới	Tuổi	TĂNG HUYẾT ÁP		ĐÁI THÁO ĐƯỜNG		
				<i>Điều trị</i>	<i>Nơi đang điều trị</i>	<i>Chẩn đoán</i>	<i>Điều trị</i>	<i>Nơi đang điều trị</i>
				1. Đang điều trị 2. Chưa điều trị	1. TYT 2. TTYT/BV huyện 3. BV tỉnh 4. Tuyển trung ương 5. Tư nhân	1. Tiền ĐTĐ 2. ĐTĐ	1. Đang điều trị 2. Chưa điều trị	1. TYT 2. TTYT/BV huyện 3. BV tỉnh 4. Tuyển trung ương 5. Tư nhân
1.								
2.								
3.								
4.								
5								

3. THỰC HÀNH

- Chia nhóm thực hành đo HA, tính BMI và đo vòng eo:
- + Chia 04 nhóm đóng vai.
- + Học viên thay phiên nhau đóng vai.
- + Học viên khác quan sát: Tiến hành đánh giá theo bảng kiểm.
- Dụng cụ thực hành:
 - + Phiếu phát hiện người nghi ngờ và người có yếu tố nguy cơ.
 - + Máy đo huyết áp điện tử.
 - + Cân điện tử.
 - + Thước đo.
 - + Giấy tờ, sổ sách.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Kể tên 2 hình thức sàng lọc THA/ĐTĐ khác?

- a.
- b.
- c. Sàng lọc cơ hội

Câu 2. Anh/chị hãy cho biết các chỉ số đánh giá nguy cơ ĐTĐ nào sau đây đúng?

- a. Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, vòng eo, HA, mức độ hoạt động thể lực, tiền sử gia đình.
- b. Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, vòng eo, HA, tiền sử gia đình.
- c. Tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, mức độ hoạt động thể lực, HA, tiền sử gia đình.

Câu 3. Khi đánh giá nguy cơ, tổng điểm là bao nhiêu thì kết luận đối tượng có yếu tố nguy cơ ĐTĐ?

- a. ≥ 6 điểm
- b. ≥ 8 điểm
- c. ≥ 10 điểm

Câu 4. Bài tập tình huống: Hãy tính điểm nguy cơ của những đối tượng sau và kết luận đối tượng có nguy cơ mắc ĐTĐ, nghi ngờ THA không?

Tình huống 1. Nguyễn Văn Mạnh, 49 tuổi, gia đình có mẹ vợ mắc ĐTĐ, chiều cao 160 cm, cân nặng 68 kg, vòng eo 90 cm, HA 139/90 mmHg.

.....
.....
.....

Tình huống 2. Bùi Thị Lan, 45 tuổi, gia đình có bố đẻ mắc ĐTĐ, chiều cao 140 cm, cân nặng 45 kg, vòng eo 80 cm, HA 140/89 mmHg.

.....
.....
.....

Bài 7.

TƯ VẤN CHĂM SÓC SỨC KHỎE CHO NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. Trình bày được các bước thực hiện tư vấn chăm sóc sức khỏe
2. Trình bày được các nội dung cần tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường.
3. Thực hiện được buổi tư vấn chăm sóc sức khỏe cho người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường

NỘI DUNG HỌC TẬP

1. CÁC BƯỚC THỰC HIỆN TƯ VẤN

1.1. Khái niệm

Tư vấn là quá trình truyền thông trực tiếp cho cá nhân. Trong đó cán bộ tư vấn giúp đối tượng tự đưa ra quyết định và hành động theo quyết định này, thông qua việc cung cấp thông tin khách quan và sự chia sẻ về mặt tình cảm.

1.2. Các bước tư vấn

Bước 1: Gặp gỡ

Chào hỏi, tiếp đón đối tượng niềm nở.

Quan sát nhanh và đánh giá tâm trạng của đối tượng.

Bước 2: Gọi hỏi

Đặt các câu hỏi mở nhằm khai thác thông tin của đối tượng như xác định vấn đề của đối tượng, đánh giá các hành vi nguy cơ mà họ đang có, nhu cầu và mong muốn của đối tượng. Ngoài ra cần khai thác thêm các thông tin có liên quan như gia đình, điều kiện sống, hiểu biết của đối tượng....

Bước 3: Giới thiệu thông tin

Sau khi xác định được đối tượng có các hành vi nguy cơ (ăn mặn, hút thuốc hoặc uống rượu bia thường xuyên, ít vận động...), cán bộ tư vấn cần cung cấp các thông tin phù hợp, chính xác và cụ thể để đối tượng nhận biết được tác hại của những hành vi nguy cơ đó. Ở bước này cán bộ tư vấn có thể sử dụng các tài liệu truyền thông hỗ trợ

như tranh lật, tranh gấp, sách mỏng có nội dung phù hợp. Cán bộ tư vấn có thể cung cấp thêm các thông tin được đăng trên báo, đài truyền hình, hay các trường hợp thực tế xảy ra tại địa phương liên quan đến tác hại của uống rượu bia, hút thuốc lá, chế độ ăn không hợp lý, ít vận động...

Bước 4: Giúp đỡ

Sau khi đối tượng đã biết đầy đủ thông tin về tác hại của các hành vi nguy cơ (như tác hại của hút thuốc lá, tác hại của uống rượu bia, ít vận động thể lực...), cán bộ tư vấn giúp họ lựa chọn quyết định phù hợp và hướng dẫn họ các biện pháp tự giải quyết vấn đề của mình.

Cán bộ tư vấn nói rõ các ưu, nhược điểm của từng giải pháp, đối tượng sẽ tự lựa chọn giải pháp thích hợp với điều kiện, hoàn cảnh của bản thân. Có thể đưa ra một số ví dụ thực tế gần gũi với đối tượng về những trường hợp đã cai thuốc lá, bỏ rượu... để họ suy ngẫm và học tập. Cán bộ tư vấn không được áp đặt ý kiến của mình, chỉ cung cấp các giải pháp và phân tích theo tình hình thực tế của đối tượng cần tư vấn.

Bước 5: Giải thích

Cán bộ tư vấn giải thích rõ ràng và đầy đủ thông tin về giải pháp mà đối tượng lựa chọn. Nếu trong khi giải thích đối tượng không muốn lựa chọn giải pháp đó nữa thì cũng chấp nhận và tiếp tục giúp đỡ họ lựa chọn một giải pháp khác.

Bước 6: Gặp lại

Hẹn đối tượng quay lại để theo dõi định kỳ nếu thấy cần thiết. Ngoài ra còn cung cấp cho đối tượng những địa chỉ liên hệ khác có thể đáp ứng nhu cầu của họ khi cần. Hãy cho đối tượng biết họ có thể gặp lại cán bộ tư vấn bất cứ khi nào họ muốn.

2. NỘI DUNG TƯ VẤN

2.1. Tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp

2.1.1. Nội dung tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh tăng huyết áp

❖ Nguyên tắc dinh dưỡng chung

Thay đổi lối sống hay điều trị không dùng thuốc bao gồm luyện tập thể lực, dinh dưỡng. Chế độ dinh dưỡng cần được áp dụng linh hoạt phù hợp thói quen, sở thích ăn uống của bệnh nhân, các thức ăn sẵn có tại từng vùng miền, tình trạng bệnh lý, mức độ hoạt động thể lực. Chế độ dinh dưỡng cần cung cấp đủ nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng sao cho duy trì cân nặng hợp lý và hạn chế biến chứng phục hồi sức khỏe khi mắc các bệnh khác.

a) Ăn giảm muối

Tăng huyết áp là yếu tố chính gây ra tai biến mạch máu não (đột quỵ), suy tim và nhồi máu tim, là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế. Cơ thể cần muối để thực hiện các

chức năng trong cơ thể nhưng với số lượng nhỏ. Nếu ăn quá nhiều muối làm tăng nguy cơ tăng huyết áp, các bệnh tim mạch như tai biến mạch não và nhồi máu cơ tim và các bệnh thận.

Người trưởng thành cần ăn mỗi ngày khoảng 5 gam muối. Tuy nhiên hiện nay hàng ngày người Việt Nam đang ăn gấp đôi số lượng muối cần thiết. Chủ yếu lượng muối ăn vào từ gia vị dùng trong quá trình chế biến và chấm thức ăn khi ăn (80%). Bột canh và nước mắm là hai nguồn cung cấp muối chính hàng ngày (35%).

Chế độ ăn giảm muối mỗi ngày

- Cho bớt muối (mắm và các gia vị mặn khác, kể cả mì chính) khi nấu ăn.

Trong 1 thìa bột canh 3g có ~ 2,3g muối



3g bột canh

Trong 1 thìa nước mắm 10g có ~ 1g muối



10ml nước mắm

Trong 1 thìa hạt nêm 3g có ~ 2,2g muối



3g hạt nêm

Cho bớt muối khi nấu ăn bằng các tăng cường các món luộc, hấp thay cho kho, xào, chiên rán.



Thịt lợn ba chỉ kho tàu (100g): 3g muối



Thịt lợn ba chỉ luộc (100g): 0,14g muối



Rau muống xào (300g): 2,6g muối



Rau muống luộc (300g): 1,3g muối



Đậu phụ sốt cà chua (180g): 3g muối



Đậu phụ luộc (180g): 0,03g muối

- *Chăm nhẹ tay/bỏ/giảm để muối và gia vị mặn trên bàn ăn.*



- *Hạn chế ăn các thực phẩm mặn như dưa/cà muối, cá muối, thức ăn nhanh, thực phẩm chế biến sẵn, thực phẩm đóng hộp.*

Muối có trong các thực phẩm chế biến sẵn:



Muối tự nhiên trong một số thực phẩm: Tôm, sò, ...



100g tôm có 0,37g muối



100g sò có 0,95g muối

Lưu ý một số loại thực phẩm chứa nhiều muối nên tránh dùng trong khẩu phần ăn hàng ngày:

Các món mắm: Một gia vị phổ biến trong bữa ăn hàng ngày của người Việt Nam là các loại mắm, như nước mắm, mắm cá, mắm tôm chua, mắm ruốc, mắm tôm, mắm tép, mắm cáy... Các loại mắm này được làm từ các loại cá, tôm, ruốc, moi, tép, cua, cáy trộn cùng muối và một số gia vị khác đặc trưng rồi ủ trong một thời gian cho lên men, tạo ra màu sắc và hương vị đặc trưng. Lượng muối trong các loại thực phẩm này đặc biệt cao, ví dụ chỉ với 5g mắm tôm chứa 515 mg muối, 5g mắm tép chua chứa 135mg muối.

Các món muối thực phẩm để lên men (dưa muối, cà muối, kiệu, dưa chuột muối...): Dưa muối, cà muối, bắp cải muối là những món ăn dân dã, phổ biến và “đưa cơm”. Dưa, cà, kiệu muối được làm bằng cách ngâm cà, dưa cải, bắp cải với nước pha muối và chút đường để lên men chua. Lượng muối trong 100g dưa chuột muối khoảng 2,5g;

Các loại thịt, cá “ăn liền”: Các loại thực phẩm ăn liền như giò, chả, ruốc, xúc xích, thịt xông khói, thịt hộp, cá hộp... cũng đã có chứa muối. Do đó đây cũng là những thực phẩm nên hạn chế chấm thêm gia vị chứa muối trong khi ăn.

Các loại súp, nước dùng, nước sốt: Các loại súp, nước dùng cũng đặc biệt chứa nhiều muối. Trong 1 bát nước phở, nước bún cá, bún riêu cua (tương đương 200ml nước dùng) chứa khoảng 2-4g muối.

Các loại mì ăn liền, pizza, spaghetti: Mì ăn liền, pizza, spaghetti đều là những thực phẩm chứa nhiều muối “tiềm ẩn”.

Đồ ăn vặt: Một số đồ ăn vặt như bim bim, hạt điều rang muối, bánh gạo vị mặn cũng chứa nhiều muối. Trong gói bim bim 48 g có tới gần 900 mg muối; trong 1 chiếc bánh gạo chỉ nặng 3 g có tới 195 mg muối.

Hải sản: Hầu hết các loại hải sản đều chứa nhiều muối hơn các loại sinh vật sống trong nước ngọt. Nên lưu ý khi nấu, chế biến các loại thực phẩm này, cho thêm ít muối hơn các loại khác.

Bảng 7.1: Thực đơn tham khảo cho người mắc tăng huyết áp

Bữa ăn	Món ăn
Bữa sáng	<i>Bún mọc</i> Bún: 150g, Thịt lợn nạc xay: 40g, Dọc mùng 60g, hạn chế nước béo <i>Tráng miệng: Sữa chua không đường: 1 hộp</i>
Bữa trưa	<i>Com thịt bò luộc, canh rau ngót nấu tôm khô, rau muống xào</i> <i>Rau muống xào 150g, dầu ăn 10ml, tương ứng ½ bát con sau khi chín</i> Com: 100g gạo lật nảy mầm (hoặc gạo xay rôi), tương ứng 2 lưng bát com Thịt bò: 80g Rau ngót: 30g, tôm khô: 10g, nấu 200mL canh rau ngót <i>Tráng miệng: Xoài: 1 miếng vừa - 1 má (100g)</i>
Bữa tối	<i>Com thịt lợn luộc, đậu phụ sốt cà chua, canh bí, rau luộc theo mùa (rau lá xanh)</i> Com: 75g gạo lật nảy mầm, tương ứng 1 miếng bát com Thịt lợn luộc, thịt lợn: 80g, nước thịt nấu canh bí (bí xanh 60g) Đậu phụ sốt cà chua: Đậu phụ 80g, cà chua 40g, hành lá, dầu ăn 10mL <i>Tráng miệng: Sữa chua không đường 1 hộp, chuối 1 quả</i>
Giá trị dinh dưỡng	Năng lượng: 1803 Kcal; Protein: 96g; Lipid: 50g; Glucid: 246g

b) Nhu cầu năng lượng

Chế độ ăn cần cung cấp đủ năng lượng để đảm bảo hoạt động sinh hoạt thông thường, hoặc phục hồi sức khỏe khi mắc các bệnh kèm theo.

Nhu cầu năng lượng của bệnh nhân dựa vào nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam, dao động tùy theo lứa tuổi (người cao tuổi có mức năng lượng thấp hơn người trẻ tuổi); mức độ lao động; thể trạng (người suy dinh dưỡng cần nhiều hơn...) và tình trạng bệnh lý kèm theo.

Ăn đủ năng lượng khi duy trì trọng lượng cơ thể trong khoảng BMI bình thường, không để gầy hoặc thừa cân, béo phì.

Nhu cầu năng lượng của các đối tượng đặc biệt:

- Người thừa cân béo phì: Cần hạn chế năng lượng, để giảm cân, điều chỉnh chế độ ăn

giảm năng lượng dựa vào chế độ ăn thực tế và khả năng dung nạp của bệnh nhân.

- Người gầy (suy dinh dưỡng) tăng năng lượng tùy mức dung nạp của từng cá thể, phụ nữ mang thai hoặc cho con bú sữa mẹ sẽ điều chỉnh theo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị.

c) Duy trì cân nặng nên có với BMI từ 18,5 - 22,9

Trong đó, BMI là chỉ số khối cơ thể. Đối với người bệnh THA, chỉ số BMI nên duy trì ở mức từ 18,5 đến 22,9 và lý tưởng ở là 22. Từ chỉ số này tính ra cân nặng lý tưởng của một người.

Cân nặng	Cách tính
Tối thiểu	= 18,5 x chiều cao (m) x chiều cao (m)
Lý tưởng	= 22 x chiều cao (m) x chiều cao (m)
Tối đa	= 22,9 x chiều cao (m) x chiều cao (m)

Lưu ý:

Người thừa cân, béo phì cần giảm cân để đạt được BMI < 22,9. Nếu không được thì cần giảm được 5% cân nặng ban đầu và duy trì. Duy trì kích thước vòng bụng < 90 cm (với nam) và < 80 cm (với nữ). Không áp dụng các chỉ số này cho phụ nữ có thai.

d) Đa dạng các nhóm thực phẩm

Tăng cường ăn rau quả để cung cấp chất xơ, vitamin và muối khoáng, tổng lượng một ngày từ nguồn rau xanh và quả chín ~ 400-500g. Nên ăn quả chín dạng múi miếng hơn là ép nước để tối ưu chất dinh dưỡng và chất xơ từ thực phẩm.

Nên ăn đậu, vừng, lạc, cá, ngũ cốc nguyên hạt. Hạn chế thực phẩm nguồn gốc động vật nhiều mỡ, phủ tạng, dầu ăn chiên rán ở nhiệt độ cao, dầu mỡ chiên rán nhiều lần. Nếu ăn thịt gà, vịt nên bỏ da.

e) Các chất dinh dưỡng đa lượng

Chế độ ăn cần có các thực phẩm nhiều chất bột đường, chất đạm và chất béo.

Các thực phẩm giàu chất bột đường bao gồm: Nhóm ngũ cốc và các sản phẩm chế biến từ ngũ cốc (cơm, bún, phở) và khoai củ, các loại hoa quả, và các sản phẩm có chứa đường, mật... Trong các loại thực phẩm này nên chọn các thực phẩm như nhóm ngũ cốc, hạn chế các loại đường và thực phẩm có chứa đường.

Các thực phẩm giàu chất đạm bao gồm: Thịt, cá các loại, trứng, sữa các loại hạt nhiều đạm như đậu đỗ. Trong các loại thực phẩm này nên chọn cân đối hai loại thực phẩm nguồn gốc động vật và thực vật.

Các thực phẩm giàu chất béo: Dầu, mỡ, lạc vừng các loại hạt giàu béo, các loại mỡ động vật, sữa... Nên ăn các thực phẩm giàu chất béo nguồn gốc thực vật như dầu thực vật các loại.

Các loại rau và quả chín chứa các loại vitamin, chất xơ.

2.1.2. Không hút thuốc lá, thuốc lào (gọi chung là hút thuốc lá)

Không hút thuốc lá, thuốc lào, bao gồm cả hít phải khói thuốc (hút thuốc thụ động).

Nếu đang hút, hãy bỏ thuốc.

Nếu chưa thể bỏ được thuốc, hãy hút thuốc bên ngoài nhà, trong vườn, nơi thoáng khí; không nên hút thuốc khi đến chơi nhà người khác, ở nơi công cộng, khi tiếp xúc hoặc đứng gần người khác.

Với người không hút thuốc cần:

- Vận động người hút thuốc bỏ thuốc.
- Mạnh dạn đề nghị người hút thuốc không đứng gần mình, hút ở đúng nơi quy định.

2.1.3. Không lạm dụng rượu, bia

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

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

Một đơn vị rượu được tính bằng:

3/4 lon bia 330 ml (5%)

100 ml rượu vang

30 ml rượu mạnh



2.1.4. Một số lưu ý khi hoạt động thể lực của người bệnh tăng huyết áp

Hoạt động thể lực đặc biệt cần thiết cho người bệnh THA. Tuy nhiên, để hoạt động thể lực phù hợp, người bệnh THA nên tuân thủ cách vận động và luyện tập dưới đây:

- Nên thực hiện đủ ba giai đoạn trong mỗi buổi tập:

+ Giai đoạn khởi động: Từ 5 đến 10 phút, làm ấm người, nên thực hiện những động tác đơn giản, dễ, cường độ thấp để cơ thể ấm lên từ từ và dễ co duỗi khi vào bài tập vận động. Khởi động các khớp từ đầu, cổ, tay, hông, đầu gối, cổ chân.

+ Giai đoạn tập luyện: Thực hiện các bài tập vận động từ 20 đến 30 phút.

+ Giai đoạn làm nguội: Từ 5 - 10 phút. Đây là giai đoạn thư giãn, thả lỏng cơ thể sau giai đoạn tập luyện, các động tác chậm để cơ thể dần dần trở về trạng thái ban đầu.

- Tập luyện với cường độ ở mức trung bình. Lựa chọn loại hình tập luyện phù hợp:

+ Nên chọn lựa các loại hình tập luyện có tính nhịp điệu đều đặn, thời gian kéo dài như: Đi bộ, đi xe đạp, bơi lội, dưỡng sinh, khiêu vũ dưỡng sinh...

+ Các môn thể thao **KHÔNG THÍCH HỢP**: Tập tạ, lặn, leo núi, đấm bốc, chạy nhanh, chạy đường dài, đua xe, bóng chày, quần vợt, bóng rổ.

- *Thời gian tập luyện duy trì đều đặn hàng ngày và vào lúc phù hợp:*

+ Vận động đều đặn thường xuyên tối thiểu 5 ngày/tuần.

+ Mỗi ngày vận động trung bình 30 - 45 phút.

- *Chọn lựa trang phục, giày dép khi tập luyện để thuận lợi và an toàn:*

+ Quần áo cần vừa vặn để tạo sự thoải mái khi tập luyện.

+ Chú trọng chọn giày có chất liệu mềm, mũi giày rộng để tránh chèn ép các ngón chân.

- *Phối hợp ăn uống và tập luyện:*

+ Nên uống đủ nước trước - trong - sau khi tập luyện.

+ Ăn thêm một ít thức ăn nhẹ khi tập luyện mạnh và lâu hơn 30 phút.

+ Mang theo thức ăn để xử trí phòng khi bị hạ đường máu.

Những lưu ý cụ thể của người bệnh tăng huyết áp khi luyện tập:

Người bệnh không nên tập luyện khi thấy mệt, khó thở, có cơn đau thắt ngực.

Người bệnh THA không nên tập luyện cường độ cao trong thời gian quá ngắn vì rất dễ gây THA đột ngột.

Người bệnh có THA không nên tập những môn làm THA như nâng tạ, hít đất.

Người bệnh có biến chứng võng mạc mắt nên tránh các tư thế vận động làm giảm đột ngột áp lực hốc mắt có thể làm nặng lên các tổn thương của mắt.

Người bệnh THA có tổn thương thận tránh những môn tập luyện có chạy, nhảy, mà nên tập ở tư thế nằm, ngồi và ưu tiên tập nhiều ở nửa phần thân trên.

2.1.5. Giảm căng thẳng

Người bệnh cần tránh những tình huống dễ căng thẳng. Suy nghĩ lạc quan, tích cực. Rèn luyện khả năng thích nghi với môi trường, chấp nhận những rủi ro có thể xảy ra như một phần tất yếu của cuộc sống.

2.1.6. Đo huyết áp thường xuyên

Người bệnh nên đo HA ít nhất mỗi ngày 1 lần và ghi vào sổ theo dõi HA. Nên sử dụng máy đo HA điện tử để đo HA tại nhà. Nếu có dấu hiệu bất thường (đau đầu, khó thở, chóng mặt, buồn nôn, đỏ mặt ...) cần nhanh chóng kiểm tra HA để được kịp thời đến cơ sở y tế để kiểm tra lại. (*Xem hướng dẫn cách đo HA ở bài sau*).

2.1.7. Dùng thuốc đúng cách

Người bệnh cần:

- Uống đúng thuốc, đủ liều, đều đặn theo hướng dẫn của cán bộ y tế.
- Không tự ý dùng thuốc, thay đổi thuốc, tăng hoặc giảm liều.
- Không tự mua thuốc về điều trị.

2.1.8. Đến khám tại cơ sở y tế

Khám lại theo lịch hẹn của cán bộ y tế. Đến ngay cơ sở khám chữa bệnh khi có dấu hiệu bất thường trong quá trình điều trị.

2.2. Tư vấn cho người bệnh đái tháo đường

2.2.1. Lưu ý về chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân đái tháo đường

Chế độ dinh dưỡng đối với bệnh nhân ĐTĐ tương tự như với bệnh nhân THA, tuy nhiên, bệnh nhân ĐTĐ cũng cần phải tuân thủ một số nguyên tắc sau đây:

❖ Nguyên tắc dinh dưỡng cho bệnh nhân đái tháo đường:

a) Nguyên tắc thành phần bữa ăn

Ăn đa dạng các loại thức ăn. Đảm bảo ăn đủ 4 nhóm chất dinh dưỡng chính: Chất đường bột (ngũ cốc), chất đạm, chất béo, chất xơ và vitamin, muối khoáng.

Tăng nhiều rau củ tươi trong khẩu phần ăn.

Tăng cường ăn thực phẩm có nhiều chất xơ (các loại đậu, cam, táo, ngũ cốc nguyên hạt...).

Chọn thực phẩm không nhiều chất béo để không làm tăng mỡ trong máu. Sử dụng dầu thay cho mỡ, dùng sữa tách bơ...

b) Nguyên tắc chọn thực phẩm

Chỉ số đường máu (CSĐM) là một chỉ số đánh giá khả năng hấp thu nhanh/chậm và làm tăng nồng độ đường máu của thức ăn có chất bột đường. Chỉ số đường máu được chia thành 100 mốc và chỉ số này càng cao thì càng không có lợi cho sức khỏe của người tiểu đường. Thường sử dụng bảng màu theo màu đèn đường để phân biệt chỉ số đường máu trong thực phẩm.

Trong các loại thực phẩm, nên sử dụng các loại thực phẩm có chỉ số đường máu thấp (< 55%); Nên sử dụng thực phẩm có chứa chất bột đường phức hợp như gạo xay xát không quá kỹ, gạo lứt, gạo lật nảy mầm thay một phần hoặc hoàn toàn cho gạo xát trắng kỹ, có thể dùng thay thế một phần khoai củ trong chế độ ăn vì hạn chế gây tăng đường máu nhanh sau khi ăn và lớp vỏ có chứa nhiều vitamin, khoáng chất và chất xơ có lợi cho sức khỏe.

Nên hạn chế tối đa loại đường hấp thu nhanh như đường mía, mật, mía, mật ong, các loại bánh kẹo, mứt, hoa quả sấy khô, nước ngọt có ga, mứt, quả khô...

Dựa theo chỉ số đường máu (CSĐM), thực phẩm được chia làm ba nhóm:

- Thực phẩm CSĐM cao: $CSĐM \geq 70\%$
- Thực phẩm CSĐM trung bình: $56 \leq CSĐM \leq 69\%$
- Thực phẩm CSĐM thấp: $CSĐM \leq 55\%$

Tham khảo chỉ số đường máu của thực phẩm theo bảng dưới đây:

Bảng 7.2: Chỉ số đường máu của thực phẩm

Nhóm thực phẩm	Tên thực phẩm	Chỉ số đường máu (%)
Bánh mì	Bánh mì trắng	100
	Bánh mì tươi (Công ty Bibica)	31,1
Ngũ cốc	Khoai lang nướng	135
	Bột dong	95
	Yến mạch	85
	Gạo trắng	83
	Gạo giã dối	72
	Khoai sọ	58
	Khoai lang luộc	54
	Củ từ	51
	Sắn (Khoai mì)	50
	Lúa mạch	31
Quả chín	Dưa hấu	72
	Cam	66
	Xoài	55
	Táo	53
	Chuối	53
	Nho	43
	Anh đào	32
	Mận	24
Rau	Cà rốt	49
	Rau muống	10
Đậu	Hạt đậu	49

Nhóm thực phẩm	Tên thực phẩm	Chỉ số đường máu (%)
	Lạc	19
	Đậu tương	18
Kem, sữa	Sữa chua	52
	Kem	52
	Sữa gầy	32
	Glucerna (Công ty Abbott)	39
Đường	Đường kính	86
Bánh	Nutribis light (Công ty Bibica)	31,4
	Huralight (Công ty Bibica)	27,6
	Netsure light (Công ty Bibica)	25,8
	Quasure light (công ty Bibica)	25,1

c) Nguyên tắc chia bữa ăn

Nên ăn 3 bữa chính, 1-2 bữa phụ và thay đổi thói quen là ăn chính vào bữa sáng, trung bình vào bữa trưa và nhẹ nhất vào bữa tối. Cần cá thể hóa dựa vào phương pháp điều trị sử dụng (loại thuốc hạ đường máu, chế độ insulin), đặc điểm sinh hoạt, đặc điểm đường máu trong ngày. Với bệnh nhân không dùng insulin (chỉ điều trị bằng chế độ ăn và/hoặc thuốc uống hạ đường máu) có thể chia nhỏ bữa ăn, phân bố lượng giữa các bữa ăn tùy thuộc đặc điểm đường máu trong ngày, điều kiện sinh hoạt/công việc; tuy nhiên ổn định lượng carbohydrat, phân bố tùy theo đặc điểm đường máu trong ngày là quan trọng để ổn định đường máu, đặc biệt là tránh hạ đường máu.

d) Nguyên tắc chế biến thức ăn

Tăng cường ăn các món luộc, hấp thay cho các món kho, rim hay rang nhằm giảm lượng muối và dầu mỡ nạp vào cơ thể.

e) Nguyên tắc chọn thực phẩm thay thế

Đảm bảo tổng lượng thực phẩm mỗi ngày không thay đổi nhưng thay loại thực phẩm này bằng thực phẩm khác tương đương.

- Nhóm chất bột đường

Số lượng chất bột đường cần được duy trì ổn định và các thực phẩm trong nhóm giàu chất bột đường có thể chuyển đổi cho nhau. Trong chế độ ăn, có thể thay đổi cơm gạo tẻ, gạo nếp hoặc bánh phở, bún, mỳ, khoai củ với số lượng như dưới đây:



Cơm tẻ: 55g



Xôi: 40g



Bánh phở: 60g



Bún 80g



Mì 27g (1/3 gói mì)



Bánh mì: ½ chiếc



Khoai sọ: 90g



Củ sắn: 75g



Khoai lang: 80g



Miến sòng: 24g

- Chất đạm

Năng lượng do chất đạm cung cấp nên chiếm từ 14% đến 20% tổng năng lượng, thay đổi tùy bệnh phối hợp của người bệnh, giảm bớt chất đạm tùy mức độ suy thận. Lượng protein cung cấp trung bình 1 - 1,2 g/kg. Chú ý sự cân đối giữa protein nguồn gốc động vật và thực vật. Nhu cầu đạm cần nhiều hơn ở phụ nữ mang thai và cho con bú.

Thực phẩm giàu protein nguồn gốc động vật nên lựa chọn cá, thịt nạc, thịt gia cầm bỏ da. Không nên ăn quá nhiều thịt đỏ, phủ tạng các loại gia súc, gia cầm để hạn chế acid béo no và cholesterol. Thực phẩm giàu protein nguồn gốc thực vật nên chọn đậu nành và các loại đậu khác như đậu xanh, đậu đỏ, đậu đen... Hạn chế tối đa đồ hộp, paté, xúc xích... do có nhiều năng lượng, chất béo, và nhiều muối.

Các thực phẩm giàu đạm có thể thay đổi với số lượng như sau:



34g thịt bò



37g thịt thăn lợn



26g thịt chín



33g giò



Lòng trắng trứng: 65g



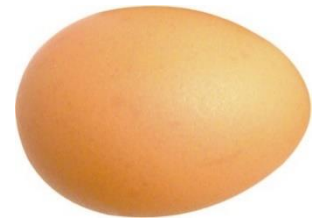
26g thịt gà (bỏ xương)



½ cá nhỏ (120 g/con)



1 miếng cá 40g



Quả trứng: 55g



3 con cá nhỏ (80g)



Tôm càng: 40g



Đậu phụ: 65g



Sữa đậu nành: 200ml



40 thịt nạc vai



32g chả xương sông

- Chất béo:

Tỷ lệ chất béo theo nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị, thay đổi tùy thói quen ăn uống, 30% tổng số năng lượng, cần hạn chế thấp hơn khi có rối loạn chuyển hóa lipid máu. Tỷ lệ các chất béo no nên dưới 10%, phần còn lại là chất béo không no một nối đôi và nhiều nối đôi.

Chế độ ăn cần hạn chế cholesterol (nên dưới 300 mg/ngày). Cholesterol có nhiều trong các phủ tạng động vật.

Tránh ăn các loại thịt nhiều mỡ, và tránh sử dụng nhiều sữa, các sản phẩm từ sữa. Nên ăn các loại cá, đặc biệt cá nhiều mỡ, dùng các loại dầu đậu nành, dầu bắp, dầu hướng dương, dầu hạt cải.

Cần hạn chế các loại dầu mỡ dùng chiên rán nhiều lần. Các loại thực phẩm giàu chất béo có thể thay thế cho nhau.



1 thìa dầu 5ml



1 thìa mỡ 2,5ml



Lạc 8g



1 thìa cà phê vừng đầy (8g)



1/2 miếng bơ 10g

- Nhóm chất xơ:

Ăn nhiều rau, có thể thay đổi các loại rau, ăn nhiều, ăn rau trước, sau đó ăn cơm và các món sau.



100g



130g



180g



180g



180g



1 lung bát con



1 lung bát con



1 lung bát con

Các loại quả chín cũng có thể thay đổi cho nhau trong các bữa ăn hàng ngày với số lượng như sau:



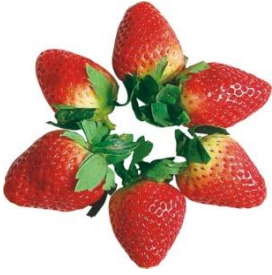
3 múi vựa



$\frac{1}{2}$ quả cam



$\frac{1}{2}$ quả chuối to



6 quả dâu tây



1 miếng to (130g)



$\frac{1}{2}$ quả dứa



1 quả dưa lê nhỏ



1 quả hồng xiêm: 100g



1 quả na nhỏ (70g)



5 quả roi nhỏ



$\frac{1}{2}$ quả táo (90g)



2 quả ổi nhỏ (130g)

Bảng 7.3: Thực đơn tham khảo cho người bệnh đái tháo đường

Bữa ăn	Món ăn
Bữa sáng	<i>Ăn dưa chuột hoặc rau luộc 100g (lưng bát con rau)</i> <i>Ăn rau trước, sau đó ăn phở, ăn chậm nhai kỹ</i> <i>Phở bò</i> Bánh phở: 150g, thịt bò nạc: 45g, hạn chế nước béo <i>Sữa chua không đường: 1 hộp</i>
Bữa phụ sáng	Táo tây 2 miếng (100g)
Bữa trưa	<i>Cơm cá sốt cà chua, thịt nạc luộc, canh rau mùng tơi, đồ luộc</i> <i>Đồ luộc 100g, tương ứng ½ bát con sau khi chín</i> <i>Ăn đồ trước khi ăn cơm</i> Cơm: 100g gạo lật, tương ứng 2 lưng bát cơm Cá: 80g, cà chua: 1 quả nhỏ (50g), dầu ăn: 5ml (1 thìa nhỏ) Thịt nạc luộc: 30 g, tương ứng 2 miếng Canh mồng tơi: Rau mồng tơi 100g <i>Ôi: 1 miếng ¼ quả ôi to (80-100g)</i>
Bữa tối	<i>Cơm thịt bò xào cần tây, đậu phụ nấu canh rong biển thịt nạc, bắp cải luộc</i> <i>Bắp cải luộc 100g, tương ứng ½ bát con sau khi chín</i> <i>Ăn bắp cải luộc trước khi ăn cơm</i> Cơm: 75g gạo lật nảy mầm, tương ứng 1 miệng bát cơm Thịt bò: 80g, cần tây: 20g, hành tây: 30g, dầu ăn: 10ml (1 thìa nhỏ) Đậu phụ non ½ bìa: 100 g, thịt nạc xay 20g, rong biển, hành lá <i>Sữa chua không đường: 1 hộp</i>
Giá trị dinh dưỡng	Năng lượng: 1700 Kcal; Protein: 90g; Lipid: 49g; Glucid: 244g

2.2.2. Không hút thuốc lá, thuốc lào (gọi chung là hút thuốc lá)

Tương tự với người bệnh THA.

2.2.3. Không lạm dụng rượu, bia

Tương tự với người bệnh THA.

2.2.4. Lưu ý về hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường

Hoạt động thể lực ở người bệnh ĐTD đóng vai trò vô cùng quan trọng trong việc giảm đường máu, giảm nguy cơ béo phì, nâng cao sức khỏe, thoải mái tinh thần. Tham khảo nội dung này ở phần “Một số lưu ý khi hoạt động thể lực với người bệnh tăng huyết áp”.

2.2.4. Giảm căng thẳng

Tương tự người bệnh THA.

2.2.5. Đo đường máu

Người bệnh có thể tự kiểm tra đường máu bằng máy đo đường máu cá nhân ít nhất mỗi tháng một lần (nếu có) và ghi vào sổ cá nhân để theo dõi. Người bệnh cần đo đường máu lúc đói, sau ăn và những lúc thấy mệt cũng như khi có biểu hiện hạ đường máu.

Nếu có dấu hiệu bất thường cần liên hệ ngay với cơ sở y tế gần nhất.

2.2.6. Dùng thuốc đúng hướng dẫn của cán bộ y tế

Tương tự như đối với người bệnh THA, người bệnh ĐTĐ cần:

- Uống đúng thuốc, đủ liều, đều đặn theo hướng dẫn của cán bộ y tế.
- Không tự ý dùng thuốc, thay đổi thuốc, tăng hoặc giảm liều.
- Không tự mua thuốc về điều trị.

2.2.7. Đến khám tại cơ sở y tế

Khám và xét nghiệm đường máu định kỳ ít nhất một tháng/ một lần để được điều chỉnh thuốc, chế độ ăn uống, luyện tập cho phù hợp, phát hiện các biến chứng của bệnh.

2.2.8. Xử trí khi có biến chứng hạ đường máu

Nguyên nhân: Người bệnh thực hiện chế độ ăn quá khắt khe, ăn ít hơn mọi khi, ăn muộn hơn mọi khi, bỏ bữa hoặc dùng thuốc quá liều hoặc luyện tập quá mức.

Biểu hiện: Cồn cào, vã mồ hôi, hoa mắt, tim đập nhanh, HA tăng, mệt mỏi.

Xử trí:

- Khi có biến chứng hạ đường máu nên uống nước đường, ăn bánh, kẹo, sau đó đi kiểm tra lại.

- Luôn mang theo đường, bánh, kẹo hoặc các đồ ngọt khác.

- Lưu ý: Nếu bệnh nhân hôn mê/ không tỉnh táo, không được đổ nước đường, sữa vào miệng bệnh nhân vì có thể gây tử vong. Cần chuyển bệnh nhân đến ngay cơ sở y tế gần nhất.

2.2.9. Phòng tránh biến chứng bàn chân

Nguyên nhân: Tổn thương mạch máu và thần kinh, nồng độ đường trong máu cao tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển, khi có vết thương sẽ lâu lành.

Biểu hiện: Bàn chân khô, bong, nứt nẻ, mất cảm giác, móng chân dày, bờ, nặng hơn là loét bàn chân, hoại tử ngón chân...

Cách phòng, tránh:

- Nên: Đi giày, dép mềm, kiểm tra, rửa và lau khô bàn chân, kẽ ngón chân hàng ngày.
- Không nên: Chườm nóng hoặc ngâm chân vào nước nóng > 30°C vì sẽ gây phỏng rộp bàn chân; cắt móng chân sát da; dút, giựt các xước măng rô ở phần da thừa; chọc vỡ các nốt phỏng/rộp; mang giày cao gót, giày dép chật hoặc đi chân đất.

3. THỰC HIỆN ĐÓNG VAI MỘT BUỔI TƯ VẤN

- Chọn chủ đề tư vấn cá nhân về chăm sóc sức khỏe người bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường.
- Lập kế hoạch tư vấn: Xác định mục tiêu buổi tư vấn, nội dung tư vấn, các câu hỏi sẽ đặt ra cho đối tượng, các thông tin cần cung cấp cho đối tượng.
- Thực hiện thực hành đóng vai tư vấn theo nhóm 3-4 người/nhóm.
- Phản hồi của nhóm và giảng viên.
- Các gợi ý phát triển và cải thiện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Nêu các bước thực hiện một buổi tư vấn về sức khỏe:

Bước 1: Gặp gỡ

Bước 2

Bước 3

Bước 4

Bước 5

Bước 6

Câu 2. Hãy liệt kê 8 nội dung cần tư vấn cho người bệnh THA?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Câu 3. Hãy liệt kê 10 nội dung cần tư vấn cho người bệnh ĐTĐ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Câu 4. Đối với người bệnh THA, ĐTĐ, chỉ số BMI nên có là bao nhiêu?

.....

Câu 5. Kể tên các nguyên tắc dinh dưỡng cho bệnh nhân ĐTĐ?

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

Câu 6. Hãy cho biết chỉ số đường máu của những thực phẩm sau đây và phân nhóm CSDM cao/trung bình/thấp?

	Thực phẩm	CSDM	Phân loại
a)	Chuối	.....	.....
b)	Dưa hấu	.....	.....
c)	Gạo trắng	.....	.....
d)	Khoai lang	.....	.....

Câu 7. Anh/chị hãy khoanh vào câu lựa chọn KHÔNG ĐÚNG về hoạt động thể lực phù hợp cho người bệnh THA, ĐTĐ?

- a) Lựa chọn các loại hình tập luyện có tính nhịp điệu đều đặn, thời gian kéo dài như: Đi bộ, đi xe đạp, bơi lội, dưỡng sinh, khiêu vũ dưỡng sinh.

- b) Chọn loại hình tập luyện cường độ mạnh.
- c) Chia buổi tập thành ba giai đoạn: Khởi động, tập luyện và làm nguội.
- d) Vận động đều đặn thường xuyên tối thiểu 5 ngày/tuần.

Câu 8. Lưu ý nào sau đây là đúng khi tập luyện thể dục thể thao ở người bệnh THA? (Có thể chọn nhiều đáp án)

- a) Người bệnh không nên tập luyện khi thấy mệt, khó thở, có cơn đau thắt ngực.
- b) Người bệnh THA không nên tập luyện cường độ cao trong thời gian quá ngắn vì rất dễ gây THA đột ngột.
- c) Người bệnh có THA không nên tập những môn làm THA như nâng tạ, hít đất.
- d) Người bệnh có biến chứng võng mạc mắt nên tránh các tư thế vận động làm giảm đột ngột áp lực hốc mắt có thể làm nặng lên các tổn thương của mắt.

Câu 9. Những việc nên và không nên làm để phòng tránh biến chứng bàn chân ở bệnh nhân ĐTĐ?

NÊN	KHÔNG NÊN
.....
.....
.....

Bài 8

TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE TRONG DỰ PHÒNG TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. *Trình bày được khái niệm, đối tượng truyền thông giáo dục sức khỏe.*
2. *Trình bày được các thông điệp truyền thông phòng chống tăng huyết áp, đái tháo đường.*
3. *Trình bày được các hình thức truyền thông trực tiếp tại trạm y tế xã và cộng đồng.*

NỘI DUNG

1. MỘT SỐ NỘI DUNG CƠ BẢN VỀ TRUYỀN THÔNG

1.1. Khái niệm truyền thông - giáo dục sức khỏe

Truyền thông - giáo dục sức khỏe giống như giáo dục chung, là quá trình tác động có mục đích, có kế hoạch đến suy nghĩ và tình cảm của con người, nhằm nâng cao kiến thức, đạt được thái độ tích cực và thực hành hành vi sức khỏe lành mạnh để bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho các cá nhân, gia đình và cộng đồng.

1.2. Đối tượng truyền thông

Đối tượng truyền thông (người nhận) là người tiếp nhận các thông điệp truyền thông. Họ có thể là một cá nhân, một nhóm người hay toàn thể cộng đồng. Dựa vào các cấp độ dự phòng, đối tượng truyền thông được chia thành ba nhóm như sau:

(1) Nhóm đối tượng ưu tiên

- Người trưởng thành (> 18 tuổi, ưu tiên trên 40 tuổi);
- Người có hành vi nguy cơ (hút thuốc lá, ít vận động, uống rượu bia, dinh dưỡng không hợp lý..);
- Người nguy cơ cao, người tiền THA, ĐTĐ;
- Người mắc BKLN (đã ổn định).

(2) Nhóm đối tượng ảnh hưởng trực tiếp đến đối tượng ưu tiên

- Người nhà của các đối tượng trên;
- Cán bộ y tế (đối tượng này sẽ được nâng cao năng lực);

- Hội, đoàn thể (truyền thông, vận động);

(3) *Nhóm đối tượng ảnh hưởng (2):*

- Lãnh đạo Đảng, chính quyền, cộng đồng, tôn giáo (truyền thông, vận động tạo môi trường hỗ trợ thay đổi hành vi);

- Lãnh đạo tổ chức chính trị - xã hội tại cộng đồng (ví dụ: Ban chăm sóc sức khỏe).

Trước khi tiến hành hoạt động truyền thông, cần phân tích kỹ đối tượng truyền thông (họ là ai, độ tuổi, hoàn cảnh, tình trạng sức khỏe, kiến thức về dự phòng và quản lý THA và ĐTĐ, hành vi có lợi và có hại liên quan đến dự phòng và quản lý THA và ĐTĐ, thói quen tiếp nhận thông tin, sở thích...).

Việc phân tích kỹ đối tượng truyền thông là cơ sở để phân tích, lựa chọn các yếu tố còn lại của mô hình truyền thông cho phù hợp (người truyền thông, thông điệp, kênh truyền thông, phản hồi, nhiều). Khi đó mới có thể đạt được hiệu quả truyền thông theo mục tiêu đề ra.

2. THÔNG ĐIỆP TRUYỀN THÔNG PHÒNG CHỐNG TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Thông điệp truyền thông là những nội dung truyền thông cơ bản được trình bày ngắn gọn, súc tích, thuyết phục về một vấn đề nào đó mà người truyền thông muốn chuyển tới người nhận nhằm thu hút, kêu gọi đối tượng hành động theo mục tiêu truyền thông.

Thông điệp truyền thông cần rõ ràng, ngắn gọn và có tính khuyến khích, thuyết phục hành động. Nên sử dụng thêm các số liệu chính xác, cập nhật để tạo thêm sức thuyết phục cho thông điệp.

Thông điệp truyền thông về dự phòng và quản lý THA và ĐTĐ được xây dựng trên cơ sở những nội dung truyền thông chính thống, cập nhật. Ví dụ:

- Những điều cần biết về THA (khái niệm, nguyên nhân, triệu chứng THA, cách xử lý khi có triệu chứng nghi mắc bệnh, cách đo HA, tuân thủ điều trị, những biện pháp phòng bệnh, ...).

- Những điều cần biết về bệnh ĐTĐ (khái niệm, nguyên nhân, triệu chứng, cách xử lý khi có triệu chứng nghi mắc bệnh, cách kiểm tra đường máu, tuân thủ điều trị, những biện pháp phòng bệnh, ...).

- Những việc cần làm để thực hiện dự phòng và quản lý THA và ĐTĐ tại cộng đồng.

Thông điệp truyền thông cần được đưa ra phù hợp với vấn đề sức khỏe/ yếu tố nguy cơ của đối tượng hoặc một nhóm đối tượng. Trước khi thực hiện truyền thông, cán bộ y tế cần xác định thực trạng vấn đề sức khỏe thông qua đánh giá nguy cơ (thu thập thông tin về các hành vi nguy cơ, đo HA, chiều cao, cân nặng, vòng eo, tính chỉ số BMI...) để lựa chọn thông điệp truyền thông phù hợp. Ví dụ:

ĐỐI TƯỢNG	THÔNG điệp
Với cộng đồng	Những điều cần biết về THA, ĐTD (khái niệm, nguyên nhân, triệu chứng, cách xử lý khi có triệu chứng nghi mắc bệnh, cách kiểm tra đường máu, tuân thủ điều trị, những biện pháp phòng bệnh, ...).
Đối tượng hút thuốc lá	Không hút thuốc lá
Đối tượng ít vận động	<p>Tăng cường hoạt động thể lực</p> <ul style="list-style-type: none"> - Luyện tập ít nhất 30 phút mỗi ngày, 5 ngày trong tuần đối với hoạt động thể lực mức độ trung bình như đi bộ nhanh, đạp xe, chơi bóng bàn, cầu lông, bơi. - Hoặc luyện tập ít nhất 75 phút mỗi tuần (15 phút/ngày x 5 ngày/tuần) đối với hoạt động thể lực mức độ cao như: Chạy, chơi bóng đá, bóng rổ, tennis, tập võ, nâng tạ... - Hạn chế các hoạt động tĩnh tại như ngồi xem ti vi, ngồi sử dụng máy tính... Nếu làm các công việc tĩnh tại trong văn phòng thì sau 1 giờ cần có hoạt động thể lực 5 - 10 phút.
Đối tượng lạm dụng rượu bia	<p>Không lạm dụng rượu bia. Nếu có uống thì nên hạn chế.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nam: Mỗi ngày chỉ uống ≤ 02 đơn vị cồn. - Nữ: $\leq \frac{1}{2}$ nam. Một đơn vị cồn tương đương với $\frac{3}{4}$ lon bia 330 mL (5%). Công thức tính: Dung tích (mL) x nồng độ (%) x 0,79 (hệ số quy đổi). Có thể tính nhanh 1 đơn vị bằng 01 chén/ly/cốc (loại chuyên dùng để uống loại rượu, bia đó).
Đối tượng có chế độ ăn không hợp lý	<p>Chế độ dinh dưỡng hợp lý:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Giảm muối bằng cách:</i> Cho bớt muối khi nấu ăn, giảm, hạn chế chấm thức ăn vào gia vị, nước mắm, hạn chế ăn các thực phẩm mặn như dưa/cà muối, cá muối, thức ăn nhanh, thực phẩm chế biến sẵn, thực phẩm đóng hộp. - <i>Duy trì cân nặng lý tưởng:</i> Duy trì cân nặng lý tưởng thông qua chế độ ăn uống giảm năng lượng và tăng hoạt động thể lực. Cân nặng lý tưởng khi BMI từ 18,5-22,9. - <i>Chế độ ăn uống (ngoài giảm muối):</i> Ăn đủ và đa dạng các nhóm thực phẩm. Tăng cường ăn rau quả để cung cấp chất xơ, vitamin và muối khoáng, bảo đảm ăn đủ 5 đơn vị chuẩn (400g)/ngày. Hạn chế thực phẩm nguồn gốc động vật nhiều mỡ.
Với người bệnh	
Người bệnh THA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chế độ dinh dưỡng hợp lý 2. Không hút thuốc lá 3. Không lạm dụng rượu bia 4. Tăng cường hoạt động thể lực 5. Giảm căng thẳng 6. Theo dõi HA tại nhà 7. Dùng thuốc đúng cách 8. Đến khám tại cơ sở y tế định kỳ

ĐỐI TƯỢNG	THÔNG điệp
Người bệnh ĐTD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chế độ dinh dưỡng hợp lý 2. Không hút thuốc lá 3. Không lạm dụng rượu bia 4. Tăng cường hoạt động thể lực 5. Giảm căng thẳng 6. Theo dõi đường máu 7. Dùng thuốc đúng cách 8. Đến khám tại cơ sở y tế định kỳ 9. Xử trí khi có biến chứng hạ đường máu 10. Phòng tránh biến chứng bàn chân

3. HÌNH THỨC TRUYỀN THÔNG TRỰC TIẾP TẠI CỘNG ĐỒNG

3.1. Thăm hộ gia đình

3.1.1. Khái niệm

Thăm hộ gia đình là hình thức truyền thông trực tiếp trong đó nhân viên YTTB/CTV y tế sẽ đến các hộ gia đình thực hiện sàng lọc (đo HA, chiều cao, cân nặng, điền phiếu sàng lọc) để phát hiện dấu hiệu, nguy cơ mắc THA, ĐTD đồng thời truyền thông hướng dẫn về phòng, chống THA, ĐTD.

3.1.2. Mục tiêu

- Phát hiện các dấu hiệu nghi ngờ mắc và các yếu tố nguy cơ của THA, ĐTD, thông qua đo HA và chấm điểm nguy cơ ĐTD theo bảng kiểm.

- Thực hiện truyền thông phòng chống THA, ĐTD để mỗi thành viên trong gia đình thực hiện lối sống lành mạnh, loại trừ các yếu tố nguy cơ của BKLN bằng cách ăn giảm muối, tăng cường hoạt động thể lực, dinh dưỡng hợp lý, không hút thuốc lá, không lạm dụng rượu, bia; duy trì cân nặng ở mức hợp lý.

- Tư vấn giáo dục sức khỏe để người có dấu hiệu nghi ngờ mắc bệnh, người có yếu tố nguy cơ của bệnh đến các cơ sở y tế để được khám, phát hiện bệnh kịp thời.

- Theo dõi, hỗ trợ người mắc THA, ĐTD tại nhà tuân thủ điều trị, tái khám đúng lịch.

3.1.3. Hướng dẫn thăm hộ gia đình

Bước 1. Chuẩn bị

Lập danh sách các hộ gia đình và các thành viên từ 40 tuổi trở lên trong gia đình trên địa bàn mình quản lý (có thể lấy thông tin từ trạm y tế xã, trưởng thôn, tổ trưởng tổ dân phố).

Đến thăm hộ gia đình theo kế hoạch đã xây dựng.

Chuẩn bị phương tiện, tài liệu sẽ mang theo, bao gồm:

- Máy đo HA.
- Thước dây để đo vòng bụng, chiều cao.
- Phiếu đánh giá nguy cơ ĐTĐ.
- Tài liệu truyền thông hỗ trợ: Tờ gấp, tranh lật.
- Sổ ghi chép, các biểu mẫu liên quan, bút.

Liên hệ với gia đình trước khi đến đánh giá nguy cơ và truyền thông.

Bước 2: Chào hỏi, giới thiệu bản thân, nêu mục đích cuộc đến thăm

Chào hỏi các thành viên trong gia đình, bắt đầu từ người cao tuổi trước.

Giới thiệu bản thân (nếu chưa quen biết gia đình) và mục đích của buổi đến thăm.

Xin phép được gặp mặt tất cả các thành viên từ 40 tuổi trở lên tại hộ gia đình.

Tạo không khí thân mật bằng cách hỏi thăm tình hình gia đình (sức khỏe, công việc, học tập...)

Bước 3: Quan sát, tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ của THA, ĐTĐ

Quan sát ngay từ khi bước chân vào gia đình để sơ bộ đánh giá hoàn cảnh sống, phát hiện các vấn đề cần truyền thông.

Tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng về dự phòng THA, ĐTĐ bằng cách đặt các câu hỏi phù hợp, cần tìm hiểu xem các thành viên trong gia đình biết gì về THA, ĐTĐ, họ đang có những hành vi nguy cơ nào, họ có biết cần làm gì để phòng bệnh). Ví dụ: Bác đã nghe nói đến THA, ĐTĐ chưa? Những bệnh này nguy hiểm như thế nào?

Cung cấp cho đối tượng một số thông tin về THA, ĐTĐ (Tham khảo nội dung trong phần nói chuyện sức khỏe).

Bước 4: Thực hiện sàng lọc THA, ĐTĐ cho thành viên trong hộ gia đình (cho những người chưa mắc THA, ĐTĐ) và đưa ra lời khuyên phù hợp

Thực hiện đo HA, đo vòng bụng, chiều cao, cân nặng.

Chấm bảng kiểm nguy cơ ĐTĐ.

Hoàn thiện danh sách nghi ngờ THA và nguy cơ ĐTĐ (Phụ lục 5).

Nếu đối tượng nghi ngờ mắc THA hoặc có nguy cơ cao mắc ĐTĐ, khuyên họ đến cơ sở y tế (trạm y tế, bệnh viện) để được khám phát hiện bệnh.

Nếu đối tượng không thuộc diện nguy cơ mắc bệnh và chưa có bất kỳ yếu tố nguy cơ nào thì tiếp tục khuyên đối tượng duy trì lối sống lành mạnh.

Truyền thông để đối tượng thực hiện các hành vi, lối sống lành mạnh, đặc biệt loại bỏ các yếu tố nguy cơ hiện đang tồn tại.

Với những đối tượng đang điều trị THA, ĐTD, nhắc nhở đối tượng đi khám định kỳ, uống thuốc đúng theo hướng dẫn của cán bộ y tế.

Bước 5: Thống nhất với đối tượng những việc cần làm

Yêu cầu đối tượng nhắc lại những việc đối tượng cần thực hiện sau buổi truyền thông này (đi khám, thực hiện các hành vi lành mạnh). Động viên, khuyến khích đối tượng thực hiện việc làm đó.

Bổ sung thông tin (nếu đối tượng nói chưa đầy đủ). Tóm tắt lại những điều đối tượng cần nhớ, cần thực hiện.

Gửi tài liệu (tờ gấp) để đối tượng đọc.

Bước 6: Kết thúc buổi thăm hộ gia đình

Cảm ơn gia đình. Nói rằng bạn sẵn sàng hỗ trợ nếu gia đình cần.

Hẹn gặp lại gia đình vào buổi truyền thông sau (nếu có).

3.1.4. Một số lưu ý khi thăm hộ gia đình truyền thông về phòng chống BKLN

Chuẩn bị danh sách hộ gia đình, danh sách các thành viên trên 18 tuổi trong hộ gia đình sẽ đến thăm. Ghi rõ ai đang thuộc diện được quản lý, theo dõi các BKLN như THA, ĐTD...

Trong buổi thăm hộ gia đình, YTTB có thể không gặp được hết các đối tượng thuộc diện sàng lọc (người trên 18 tuổi), nên đến thêm lần nữa để gặp các đối tượng còn lại.

Việc sàng lọc yếu tố nguy cơ của người dân từ 40 tuổi trở lên tối thiểu 6 tháng/lần.

Cần rất cần nhắc đưa ra các kết luận vì có thể khiến gia đình lo lắng. Hãy khuyên gia đình đến các cơ sở y tế để được đánh giá lại và khám phát hiện bệnh.

3.1.5. Thực hiện đóng vai buổi thăm hộ gia đình

Làm việc theo nhóm để lập kế hoạch đến thăm hộ gia đình, tìm hiểu về kiến thức, thái độ, thực hành liên quan đến BKLN và chuẩn bị thực hiện hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức cho các thành viên trong gia đình.

3.2. Nói chuyện sức khỏe về phòng, chống THA/ĐTD tại cộng đồng

3.2.1. Khái niệm

Nói chuyện giáo dục sức khỏe là nói chuyện với một nhóm đông người (30 - 40 người) về chủ đề liên quan đến sức khỏe nhằm phổ biến kiến thức và khuyến khích mọi người cùng hành động để dự phòng và quản lý THA, ĐTD.

3.2.2. Mục đích

- Cung cấp kiến thức cho nhóm người tham gia về THA, ĐTĐ.
- Thay đổi nhận thức, hành vi của người tham gia trong việc dự phòng THA, ĐTĐ.
- Tạo sự đồng thuận, chung tay và khuyến khích mọi người cùng hành động để dự phòng THA, ĐTĐ.

3.2.3. Hướng dẫn nói chuyện sức khỏe về phòng, chống THA, ĐTĐ tại cộng đồng

Bước 1. Chuẩn bị

- Xác định mục tiêu: Tăng cường kiến thức cho người tham gia về vấn đề sức khỏe cụ thể.

- Xác định đối tượng: Là những người có vấn đề sức khỏe, có nguy cơ, hoặc là người trực tiếp giải quyết vấn đề hoặc là người có vai trò quyết định trong giải quyết vấn đề sức khỏe. Cán bộ y tế cần tìm hiểu thực trạng các vấn đề sức khỏe, các yếu tố nguy cơ đang tồn tại của nhóm đối tượng để chuẩn bị nội dung phù hợp với đối tượng. Sau đó, cán bộ y tế phải thông báo cho đối tượng một cách cụ thể về chủ đề, thời gian và địa điểm tổ chức nói chuyện.

- Xác định thời gian:

+ Thường kéo dài 1 tiếng.

+ Tổ chức một buổi nói chuyện chuyên đề hoặc lồng ghép trong buổi họp, buổi sinh hoạt của ban ngành, đoàn thể tại cộng đồng.

+ YTTB chủ động xác định thời gian hoặc do người tổ chức khác mời tham gia.

- Chuẩn bị địa điểm: Nơi thuận tiện cho người tham dự di chuyển, phòng rộng rãi, thông thoáng, yên tĩnh.

- Xác định nội dung: Sau khi xác định được nhóm đối tượng đích hiện đang có vấn đề sức khỏe hoặc có nguy cơ thông qua đánh giá nguy cơ BKLN, cán bộ y tế chuẩn bị nội dung phù hợp. Buổi nói chuyện có thể đề cập đến một hoặc nhiều nội dung liên quan tới vấn đề sức khỏe/ yếu tố nguy cơ của đối tượng, ví dụ cụ thể với THA, ĐTĐ như sau:

+ Thực trạng THA, ĐTĐ.

+ Các yếu tố nguy cơ của THA, ĐTĐ.

+ Biểu hiện/ triệu chứng của THA, ĐTĐ.

+ Biện chứng của THA, ĐTĐ.

+ Cách phát hiện THA, ĐTĐ.

+ Các biện pháp dự phòng THA, ĐTĐ.

- Chuẩn bị tài liệu, phương tiện: Áp phích (để treo dán trong hội trường), tranh gấp (phát cho đối tượng vào cuối buổi nói chuyện). Nếu có điều kiện, sử dụng máy tính, máy chiếu, màn chiếu, băng hình liên quan đến buổi nói chuyện (nếu có).

Bước 2: Thực hiện buổi nói chuyện giáo dục sức khỏe tại cộng đồng

- *Cách bắt đầu nói chuyện:*

+ Chào hỏi, giới thiệu họ, tên.

+ Giới thiệu chủ đề: Ví dụ, nói chuyện sức khỏe về THA, ĐTD.

+ Thu hút ngay sự chú ý của mọi người.

✓ Bắt đầu bằng một sự kiện "Một người bạn của tôi vô tình phát hiện bị THA khi đi khám sức khỏe định kỳ ...".

✓ Tạo sự hồi hộp "Năm ngoái, Trung tâm Y tế huyện đã triển khai một cuộc khảo sát để tìm hiểu xem nhân dân biết những gì về phòng chống THA và ĐTD...".

✓ Tuyên bố sự kiện gây ngạc nhiên/ xúc động: "Năm ngoái ở xã ta đã có 5 người bệnh ĐTD bị biến chứng nặng do không tuân thủ điều trị...".

✓ Yêu cầu giơ tay: "Có bao nhiêu người ở đây tập thể dục hàng ngày?".

✓ Thông báo sẽ nói cho mọi người về cách làm thế nào để họ đạt được điều họ muốn "Tôi muốn trao đổi với các bạn những cách đơn giản để phòng THA, ĐTD."

- *Thực hiện nội dung buổi nói chuyện:*

+ Giới thiệu thực trạng của THA, ĐTD:

✓ THA, ĐTD ngày càng gia tăng về số lượng người mắc, theo ước tính trong cộng đồng cứ 25 người trưởng thành thì có 01 người mắc bệnh ĐTD và 05 người trưởng thành thì có 01 người mắc THA.

✓ THA, ĐTD là những bệnh mạn tính, bệnh không bao giờ khỏi cho nên bệnh phải được điều trị kéo dài suốt cả cuộc đời từ khi mắc bệnh cho tới khi tử vong.

✓ Do bệnh kéo dài nên giảm sức lao động cũng như chi phí điều trị, chăm sóc rất tốn kém về kinh tế, thời gian cho người mắc bệnh cũng như cho gia đình.

✓ Người mắc THA, ĐTD có tuổi đời sống ngắn, thông thường tử vong ở tuổi < 70, theo ước tính cứ gần 10 người tử vong trong cộng đồng thì có tới gần 08 người tử vong do mắc BKLN, trong đó có THA, ĐTD v.v...

+ Giới thiệu các yếu tố nguy cơ của THA, ĐTD:

✓ Yếu tố liên quan đến tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh càng lớn.

✓ Yếu tố liên quan đến gen di truyền, bệnh hay gặp ở những gia đình có bố hoặc mẹ hoặc anh hoặc chị hoặc em ruột mắc bệnh ĐTD hoặc THA.

✓ Yếu tố liên quan tới hành vi như hút thuốc; ăn mặn; ăn thực phẩm có nhiều mỡ; ăn ít rau hoặc trái cây; uống nhiều rượu, bia; ít vận động thể lực.

✓ Ở những người có mắc một số bệnh liên quan như rối loạn lipid máu, thừa cân hoặc béo phì.

Tóm tắt lại những nguy cơ của THA, ĐTD.

Đề nghị người nghe nhắc lại những yếu tố nguy cơ của THA, ĐTD để giúp cho người nghe nhớ được những yếu tố nguy cơ.

+ Giới thiệu biểu hiện, triệu chứng của THA, ĐTD:

✓ Biểu hiện của bệnh ĐTD: Giai đoạn đầu thường không có biểu hiện khi đường máu không tăng quá cao và chưa có biến chứng. Khi có triệu chứng ăn nhiều, uống nhiều, gầy sút không rõ nguyên nhân là đã ở giai đoạn muộn, khi đường máu đã tăng cao.

✓ Biểu hiện của THA: THA thường không có triệu chứng đặc hiệu, một số biểu hiện như đau đầu, ù tai, đỏ mặt, hồi hộp... tần suất xuất hiện thường xuyên, tăng dần, mức độ biểu hiện nhẹ, thoáng qua, nặng dần, khi thay đổi tư thế nằm sang đứng có thể bị hoa mắt, chóng mặt.

Tóm tắt lại những triệu chứng của THA, ĐTD. Lưu ý biểu hiện đầu tiên của bệnh đã có thể là biến chứng của bệnh.

Đề nghị người nghe nhắc lại triệu chứng của THA, ĐTD để giúp cho người nghe nhớ được triệu chứng của bệnh.

+ Giới thiệu biến chứng của THA, ĐTD:

✓ Biến chứng ở mắt: Ví dụ gây mù lòa...

✓ Biến chứng ở bàn chân: Gây hoại tử bàn chân do nhiễm trùng hoặc do tắc mạch máu.

✓ Biến chứng ở thận: Gây suy thận.

✓ Các biến chứng về tim mạch như: Đột quy, suy tim...

✓ Trình chiếu phim, hình ảnh nếu có.

Tóm tắt lại những biến chứng của THA, ĐTD.

Đề nghị người nghe nhắc lại các biến chứng của THA, ĐTD để giúp cho người nghe nhớ lâu hơn.

+ Giới thiệu cách phát hiện THA, ĐTD:

✓ Các yếu tố nguy cơ của THA, ĐTD hoàn toàn có thể phát hiện được bằng bộ công cụ đánh giá nguy cơ.

✓ Giới thiệu và hướng dẫn sử dụng bộ công cụ đánh giá nguy cơ THA, ĐTD.

✓ Giới thiệu phiếu phát hiện người có yếu tố nguy cơ THA, ĐTD trên trang điện tử: suckhoetoandan.vn để người nghe tham khảo và tự đánh giá nguy cơ của mình.

Đề nghị người nghe nhắc lại: Muốn phát hiện nguy cơ THA, ĐTD chúng ta làm thế nào.

+ Giới thiệu về cách dự phòng THA, ĐTD:

✓ Tuân thủ điều trị: Người bệnh cần phải tuân thủ về dùng thuốc, thời gian tái khám, tự theo dõi biến chứng của THA, ĐTD.

✓ Chế độ ăn, uống: Giảm lượng muối ăn < 5 g/người/ngày; không nên ăn những thức ăn quá mặn như dưa, cà muối hoặc thực phẩm chế biến sẵn như mì tôm, thịt muối đóng gói...

✓ Thuốc lá, uống rượu, bia: Nêu những tác hại của thuốc lá, rượu, bia với sức khỏe và là những yếu tố nguy cơ của THA, ĐTD.

✓ Vận động thể lực: Nêu tác dụng của việc vận động thể lực, khuyến mọi người hãy vận động thể lực > 30 phút/ngày, tránh thói quen sinh hoạt tĩnh tại (ngồi lâu xem ti vi; chơi game, xem phim, đọc báo quá lâu trên điện thoại...).

Tóm tắt lại những nội dung vừa nói chuyện.

Đề nghị người nghe nhắc lại nội dung vừa nói chuyện để giúp cho người nghe nhớ lâu hơn.

Bước 3: Kết thúc

- Đề nghị người nghe tiếp tục đưa ra ý kiến những nội dung chưa rõ, chưa hiểu, đặt ra những câu hỏi liên quan tới buổi nói chuyện.

- Giải đáp những thắc mắc, câu hỏi cho người nghe.

- Tóm lại những nội dung cần nhớ, cần làm để người nghe nhớ và thực hiện.

- Cảm ơn những người, tổ chức đã chuẩn bị, tạo điều kiện cho buổi nói chuyện, để lại số điện thoại, địa chỉ liên hệ để người nghe liên lạc khi cần hỗ trợ.

- Kết thúc cuộc nói chuyện và kêu gọi hành động:

+ Tóm tắt: "Tóm lại, chúng ta đã thấy được ba điều chúng ta có thể thực hiện để phòng THA. Đó là ..."

+ Chỉ ra những lợi ích của hành động đó: "Nếu chúng ta thực hiện được như vậy thì sẽ cải thiện được...."

+ Yêu cầu hành động: "Sau cuộc gặp mặt này, chúng ta sẽ ..., các cô/ bác/ anh/ chị có đồng ý không ạ?"

- Chào hỏi, hẹn gặp lại ở cuộc nói chuyện lần sau.

3.2.4. Một số lưu ý để buổi nói chuyện thành công

Giọng điệu rõ ràng, đủ nghe, có điểm nhấn. Sử dụng từ ngữ đơn giản, dễ hiểu.

Duy trì sự giao tiếp bằng mắt với người nghe để tăng sự tin cậy, tăng sự chú ý tập trung của họ. Giữ nét mặt thân thiện, cởi mở. Không nên quá nghiêm nghị hay cứng nhắc. Sử dụng tay phù hợp để nhấn mạnh các điểm chính. Hạn chế di chuyển nếu không cần thiết, không di chuyển quá nhanh hoặc quá chậm gây phản cảm cho người nghe.

Sử dụng thành thạo phương tiện như micro, loa, đài, ti vi ... hoặc sắp xếp người hỗ trợ. Lưu tâm đến phản hồi của đối tượng mặc dù thời gian trình bày chiếm đa số.

Giải quyết thỏa đáng các câu hỏi mà đối tượng đặt ra. Đối với các câu hỏi ngoài tầm hiểu biết của bạn, hãy mỉm cười và bình tĩnh tìm một câu trả lời tích cực. Nếu bạn không biết câu trả lời, hãy khai thác kinh nghiệm của những người tham dự hoặc hẹn trả lời vào dịp khác, tuy nhiên, việc này không nên lặp lại quá nhiều.

3.2.5. Thực hiện đóng vai một buổi nói chuyện sức khỏe

- Chọn chủ đề nói chuyện giáo dục sức khỏe liên quan đến BKLN.

- Lập kế hoạch cho buổi nói chuyện bao gồm: Xác định mục tiêu buổi tư vấn, xác định đối tượng, xây dựng kế hoạch trình bày nội dung, các câu hỏi sẽ đặt ra cho đối tượng, các phương tiện cần thiết cho buổi nói chuyện, xác định địa điểm, thời gian nói chuyện.

- Thực hiện nói chuyện giáo dục sức khỏe.

- Phản hồi của lớp học và giảng viên.

- Các gợi ý phát triển và cải thiện.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy liệt kê những nội dung truyền thông dự phòng THA, ĐTD cho cộng đồng?

.....
.....
.....
.....

Câu 2. Tiêu chuẩn sử dụng rượu ở nam và nữ giới là bao nhiêu đơn vị/ngày?

a) < 2 đơn vị rượu/ngày đối với nam, < 1 đơn vị rượu/ngày đối với nữ.

b) < 1 đơn vị rượu/ngày đối với nam, < 2 đơn vị rượu/ngày đối với nữ.

c) < 2 đơn vị rượu/ngày đối với nam, < 2 đơn vị rượu/ngày đối với nữ.

Câu 3. Người trưởng thành nên tập luyện như thế nào để có hiệu quả:

Ít nhất 150 phút mỗi tuần, có thể tập trung trong vòng 1 - 2 ngày trong tuần.

Ít nhất 30 phút mỗi ngày và 5 ngày mỗi tuần với cường độ trung bình.

Ít nhất 60 phút mỗi ngày và các ngày trong tuần.

Ít nhất 30 phút mỗi ngày và 5 ngày mỗi tuần với cường độ cao.

Câu 4. Các bước thăm hộ gia đình

(Anh/Chị hãy điền vào chỗ trống)

Bước 1 Chuẩn bị

Bước 2

Bước 3

Bước 4

Bước 5

Bước 6

Câu 5. Các bước nói chuyện sức khỏe

(Anh/Chị hãy điền vào chỗ trống)

Bước 1 Chuẩn bị

Bước 2

Bước 3

Bài 9

HƯỚNG DẪN TRIỂN KHAI QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM Y TẾ

MỤC TIÊU

Sau khi học xong bài này, học viên có khả năng:

1. *Trình bày được các khái niệm quản lý ca bệnh và quản lý điều trị.*
2. *Trình bày được các nội dung quản lý điều trị theo nguyên lý y học gia đình.*
3. *Trình bày được chức năng nhiệm vụ của trạm y tế xã về quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế.*
4. *Trình bày được các tiêu chí để tổ chức và các hoạt động quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại trạm y tế.*

NỘI DUNG

1. MỘT SỐ KHÁI NIỆM

1.1. Quản lý điều trị

Quản lý điều trị là “quản lý y tế” và “điều trị” lâu dài, thường xuyên và liên tục cho người bệnh mạn tính ngay cả khi bệnh nhân đã đạt mục tiêu điều trị, nhằm hạn chế các biến chứng, giảm thiểu tổn thương cơ quan đích. Quản lý điều trị luôn kết hợp “Thay đổi hành vi nguy cơ” với “Chiến lược điều trị bằng thuốc”.

Ca bệnh được coi là đang quản lý điều trị tại TYT khi có:

1. Có 1 trong các hồ sơ sau:

Có bệnh án điều trị ngoại trú (giấy hoặc điện tử);

hoặc sổ theo dõi kết quả điều trị do các chương trình ban hành;

hoặc các sổ sách, hồ sơ, giấy tờ khác có theo dõi, ghi chép một cách có hệ thống về diễn biến các lần khám và cấp thuốc của bệnh nhân; **VÀ**

2. Trong vòng 3 tháng qua bệnh nhân có ít nhất 1 lần đến cơ sở y tế đó để khám và lĩnh thuốc điều trị.

1.2. Quản lý ca bệnh

Tại TYT, có hai nhóm bệnh nhân BKLN trong diện quản lý là (1) Nhóm bệnh nhân đang được quản lý điều trị, và (2) Nhóm bệnh nhân đã có chẩn đoán bệnh tại bất kỳ cơ sở y tế nào và đã được quản lý điều trị tại cơ sở y tế khác hoặc chưa được quản lý điều trị.

Như vậy, ngoài ca bệnh đang quản lý điều trị tại TYT, TYT cần lập danh sách và nắm thông tin các trường hợp bệnh không quản lý điều trị tại TYT. Yêu cầu quản lý ca bệnh trên địa bàn là:

(-) Có danh sách/ sổ quản lý BKLN đã được chẩn đoán, theo mẫu tại Thông tư 37/2019/TT-BYT, và

(-) Cập nhật định kỳ ca bệnh mới được chẩn đoán trên địa bàn.

2. NỘI DUNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ

2.1. Mục tiêu

Mục tiêu hoạt động QLĐT nhằm đáp ứng cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe toàn diện, người bệnh được kiểm soát các yếu tố nguy cơ ở các cấp độ dự phòng khác nhau:

- Tư vấn, đánh giá kiểm soát thay đổi hành vi nguy cơ.
- Kiểm soát các chỉ số sinh học: Huyết áp, đường máu, mỡ máu.
- Theo dõi và kiểm soát dấu hiệu biến chứng sớm, điều trị sớm biến chứng.
- Điều trị tích cực, toàn diện các tổn thương cơ quan đích.

Mục tiêu cuối cùng để làm giảm gánh nặng bệnh tật do BKLN và giảm tình trạng tử vong sớm do BKLN.

2.2. Tiếp cận quản lý điều trị theo nguyên lý y học gia đình

Sử dụng cách tiếp cận y tế công cộng và áp dụng nguyên lý y học gia đình trong QLĐT THA, ĐTĐ.

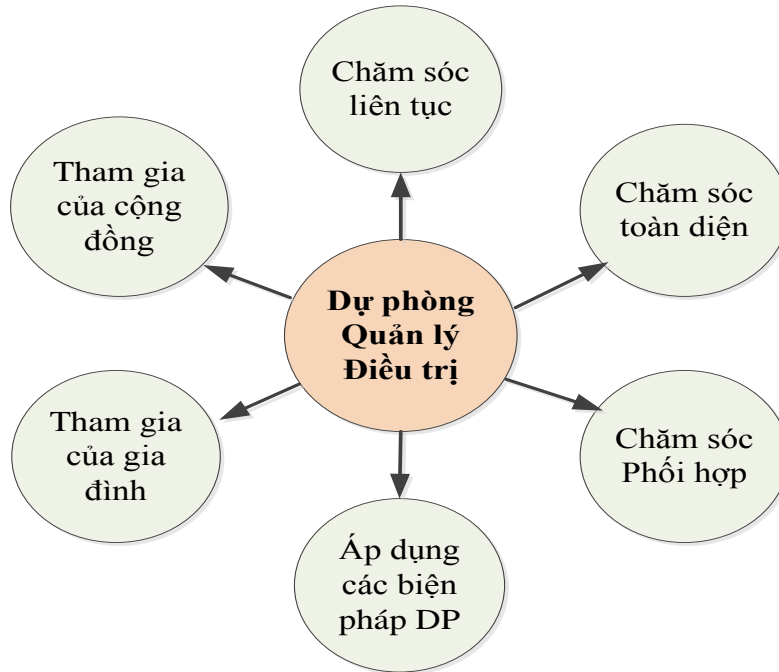
- Chăm sóc sức khỏe liên tục - là nguyên lý quan trọng nhất của YHGD: Cần lập hồ sơ/ Bệnh án ngoại trú của người bệnh (hồ sơ giấy/ điện tử). Ghi chép các thông tin đầy đủ, bao gồm: Tiền sử, yếu tố nguy cơ, thông tin các lần khám, tư vấn, lịch hẹn khám định kỳ, theo dõi mục tiêu điều trị. Khám và theo dõi, chuyển tuyến hoặc điều trị chuyên khoa khác (nếu cần).

- Chăm sóc sức khỏe toàn diện - là chăm sóc lấy con người làm trung tâm, điều trị các bệnh phối hợp và dự phòng biến chứng; trong quá trình quản lý, điều trị người bệnh không chỉ chú trọng đến sức khỏe thể chất mà còn cần quan tâm đến tâm lý và xã hội cho từng trường hợp người bệnh cụ thể.

- Chăm sóc sức khỏe phối hợp - là phối hợp người bệnh với thầy thuốc, phối hợp điều trị bằng thuốc và thay đổi hành vi lối sống phù hợp, phối hợp tuyến trên với tuyến dưới; bác sĩ/ NVYT tại TYT cần phối hợp với các bác sĩ tuyến trên, bác sĩ chuyên khoa (khi cần) để xây dựng phác đồ điều trị bệnh, theo dõi, xử trí biến chứng,... khi cần nhằm đạt hiệu quả điều trị tốt nhất.

- Áp dụng các cấp độ dự phòng nâng cao sức khỏe - ưu tiên quan tâm áp dụng các biện pháp dự phòng phù hợp, tư vấn dự phòng yếu tố nguy cơ.

- Huy động phối hợp, hỗ trợ tham gia của gia đình và cộng đồng trong tuân thủ điều trị, duy trì thay đổi hành vi, lối sống, môi trường sống.



Sơ đồ 9.1: Ứng dụng nguyên lý y học gia đình trong dự phòng, quản lý, điều trị bệnh không lây nhiễm

2.3. Yêu cầu đối với quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm

Để nâng cao hiệu quả hoạt động dự phòng, quản lý điều trị cho BKLN tại cộng đồng, ngành y tế cần xây dựng hệ thống tổ chức toàn diện, thực hiện các nhiệm vụ cơ bản sau:

(1) Cung cấp dịch vụ lâu dài: Khác với bệnh cấp tính chỉ cần điều trị một thời gian ngắn, BKLN phải điều trị lâu dài, có thể phải cả đời. Theo quy định của Bộ Y tế thì phải lập hồ sơ, bệnh án và kê đơn dài ngày, thường là 28-30 ngày cho mỗi lần khám.

(2) Theo dõi và tăng cường hiệu quả điều trị:

- Liên tục theo dõi các chỉ số quan trọng như huyết áp, cân nặng, chiều cao, đường máu... và bảo đảm kiểm soát các chỉ số này trở về mức bình thường, nghĩa là đạt mục tiêu điều trị.

- Điều trị ca bệnh mang tính cá thể, áp dụng phác đồ điều trị phù hợp, nhất là phối hợp thuốc. Điều trị bằng thuốc phải kết hợp với giáo dục/ tư vấn thay đổi hành vi, nhất là chế độ ăn uống và hoạt động thể lực. Có hình thức nhắc nhở bệnh nhân đến khám theo lịch hẹn.

(3) Đo lường và tăng cường độ bao phủ dịch vụ:

- Độ bao phủ được đánh giá ở ba tiêu chí: (1) Tỷ lệ ca bệnh được chẩn đoán trong số ca bệnh ước tính trên địa bàn, (2) Số ca bệnh được QLĐT (kể cả QLĐT ở nơi khác) và (3) Số ca bệnh đạt mục tiêu điều trị.

- Tăng tỷ lệ ca bệnh được chẩn đoán trong cộng đồng bằng cách tăng cường sàng lọc phát hiện. Tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe, sàng lọc cơ hội tại cơ sở khám chữa bệnh. Lồng ghép phát hiện trong khám sức khỏe định kỳ, nhất là cho người cao tuổi và lồng ghép với lập hồ sơ sức khỏe cá nhân. Phát triển mạng lưới YTTB/ tình nguyện viên triển khai sàng lọc chủ động đánh giá nguy cơ, phát hiện tại cộng đồng.

(4) Quản lý điều trị BKLN cần phải thực hiện ở tất cả các tuyến.

- Bệnh viện: Cung cấp dịch vụ cho bệnh nhân nặng, nhiều biến chứng. Hỗ trợ cho tuyến dưới QLĐT những trường hợp tuyến dưới có khả năng thực hiện.

- TYT: TYT thực hiện QLĐT các trường hợp THA vừa và nhẹ và QLĐT duy trì ĐTĐ đã được chẩn đoán và điều trị ở tuyến trên.

- Cộng đồng: Hầu hết ca bệnh điều trị ngoại trú tại cơ sở y tế do vậy họ vẫn sinh sống tại cộng đồng. Cộng đồng, gia đình tham gia vào việc hỗ trợ bệnh nhân tuân thủ điều trị như dùng thuốc đầy đủ, đến khám thường xuyên và hỗ trợ thay đổi các hành vi nguy cơ. Có thể tổ chức các hình thức như thành lập câu lạc bộ, thăm hộ gia đình ... huy động sự tham gia của chính quyền, ban ngành đoàn thể xã hội trong QLĐT tại cộng đồng.

(5) Phát triển và áp dụng công nghệ thông tin trong quản lý, sử dụng phần mềm quản lý BKLN và kết nối quản lý hồ sơ sức khỏe.

3. HỆ THỐNG TỔ CHỨC, CÁC CHÍNH SÁCH, HƯỚNG DẪN CHUYÊN MÔN HIỆN CÓ

Tổ chức dự phòng và QLĐT BKLN tại y tế cơ sở có sự phối hợp triển khai của cả hệ thống y tế dự phòng và hệ điều trị theo Quyết định 3756/2018/QĐ -BYT.

Bộ Y tế chủ trì phối hợp Cục quản lý khám chữa bệnh, Cục Y tế dự phòng và các đơn vị liên quan, các Viện chuyên ngành Trung ương già soát, bổ sung, xây dựng các chính sách, thông tư hướng dẫn chuyên môn nhằm tăng cường năng lực y tế cơ sở và thúc đẩy hoạt động QLĐT BKLN, đặc biệt là THA và ĐTĐ, cụ thể:

- Thông tư 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 của Bộ Y tế quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, trong đó quy định nhóm kỹ thuật và thuốc thiết yếu cần có tại TYT trong quản lý điều trị THA, ĐTĐ.

- Thông tư số 19/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 8 năm 2018 của Bộ Y tế ban hành danh mục thuốc thiết yếu, làm cơ sở xây dựng danh mục thuốc điều trị THA, ĐTĐ thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế.

- Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ Y tế quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, theo đó, quy định về thời gian cấp phát thuốc ngoại trú tại tuyến y tế cơ sở và các quy định hướng dẫn về quản lý thuốc điều trị ngoại trú.

- Thông tư số 49/2018/TT-BYT ngày 28 tháng 12 năm 2018 của Bộ Y tế quy định, hướng dẫn về thực hiện các xét nghiệm, xét nghiệm nhanh và xét nghiệm tại chỗ của các cơ sở y tế.

- Quyết định 2559/2018/QĐ-BYT ngày 20 tháng 4 năm 2018 của Bộ Y tế về Tăng cường quản lý điều trị THA và ĐTD áp dụng nguyên lý y học gia đình tại trạm y tế, theo đó quy định mô hình tiếp cận dự phòng và quản lý điều trị tại cộng đồng.

- Quyết định số 5904/2019/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2019 của Bộ Y tế ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã” nhằm tăng cường hiệu quả công tác chẩn đoán, điều trị, quản lý BKLN tại trạm y tế xã, chuẩn hóa, cập nhật các hướng dẫn chuyên môn về BKLN cho trạm y tế xã, đặc biệt dành cho các trạm y tế xã mới bắt đầu triển khai quản lý, điều trị THA, ĐTD.

3.1. Nhiệm vụ của trạm y tế xã

3.1.1. Nhiệm vụ của trạm y tế

TYT là đơn vị y tế tuyến đầu, là cửa ngõ trong hệ thống thực hiện nhiệm vụ tiếp cận dự phòng, phát hiện và QLĐT BKLN tại cộng đồng, bao gồm:

(1) Triển khai công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về phòng chống các bệnh không lây nhiễm, xây dựng môi trường hỗ trợ thay đổi hành vi lối sống và nâng cao sức khỏe cho người dân.

(2) Tổ chức và phối hợp tổ chức triển khai các hình thức sàng lọc phát hiện và tư vấn sức khỏe cho người nguy cơ cao mắc các BKLN trong cộng đồng.

(3) Tổ chức khám bệnh, chẩn đoán, QLĐT ngoại trú một số BKLN theo phân tuyến kỹ thuật, bao gồm: Lập bệnh án điều trị ngoại trú, kê đơn thuốc điều trị theo hướng dẫn chuyên môn; thường xuyên theo dõi diễn biến tình trạng bệnh, tư vấn chăm sóc và phục hồi chức năng cho người bệnh THA chưa biến chứng và điều trị duy trì ĐTD. Cập nhật đầy đủ các thông tin liên quan vào bệnh án và hồ sơ sức khỏe cá nhân. Chủ động phát hiện ca bệnh và chuyển tuyến theo hướng dẫn chuyên môn.

(4) Dự trữ thuốc và đảm bảo đủ thuốc, trang thiết bị thiết yếu để QLĐT các BKLN;

(5) Tổ chức triển khai hoạt động của mạng lưới YTTB và cộng tác viên y tế, hướng dẫn thực hiện các nội dung chuyên môn về sàng lọc, quản lý và dự phòng BKLN tại cộng đồng.

(5) Thực hiện thống kê, báo cáo BKLN theo quy định của Bộ Y tế, trong đó tăng cường ứng dụng công nghệ thông tin cho hoạt động này.

3.1.2. Nhiệm vụ của y tế thôn bản/ cộng tác viên

(1) Đi thăm các hộ gia đình:

- Sàng lọc THA, đánh giá nguy cơ mắc ĐTĐ. Người ≥ 40 tuổi, được sàng lọc ít nhất 1 lần/năm.

- Truyền thông giảm muối, phòng chống THA, ĐTĐ.

- Theo dõi, hỗ trợ người bệnh nhân THA, ĐTĐ tại nhà: Đôn đốc uống thuốc, tư vấn thay đổi hành vi, nhắc đi tái khám đúng hẹn.

(2) Tham gia truyền thông, nói chuyện sức khỏe tại buổi họp thôn, xóm về phòng chống BKLN.

(3) Định kỳ tham dự giao ban và báo cáo TYT các kết quả công việc:

- Số hộ gia đình đã đi thăm trong kỳ, số người được sàng lọc.

- Phiếu ghi kết quả sàng lọc người nghi THA, người có nguy cơ cao mắc ĐTĐ.

- Danh sách bệnh nhân được chẩn đoán, bệnh nhân đang QLĐT.

- Kết quả truyền thông, nói chuyện sức khỏe (nếu có).

3.1.3. Tiêu chí triển khai hoạt động dự phòng, sàng lọc/ phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường của trạm y tế xã

Tiêu chí về hoạt động khám chữa bệnh (bắt buộc)

Để triển khai hoạt động QLĐT THA và ĐTĐ tại TYT, hai tiêu chí bắt buộc phải có trước khi triển khai hoạt động bao gồm:

(1) TYT đã triển khai hoạt động khám chữa bệnh tại trạm, có kinh nghiệm quản lý và xử trí ca bệnh thông thường, sơ cấp cứu ban đầu.

(2) TYT đang thực hiện quản lý và thanh toán bảo hiểm y tế, có hệ thống kết nối thông tin về quản lý báo cáo ca bệnh quyết toán bảo hiểm y tế trên địa bàn.

3.1.4. Tiêu chí triển khai quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường

a) Nhân lực

TYT có ít nhất 2 cán bộ y tế là bác sỹ hoặc y sỹ thực hiện nhiệm vụ khám chữa bệnh và có chứng chỉ hành nghề tại trạm y tế xã.

Cán bộ y tế có chứng nhận tham gia khóa đào tạo về kỹ năng thực hành khám, chẩn đoán và xử trí, quản lý điều trị và tư vấn ca THA, ĐTĐ tại cộng đồng, theo hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế.

Cán bộ y tế thường xuyên được cập nhật tài liệu, phác đồ điều trị THA, ĐTĐ và tổ chức quản lý sàng lọc phát hiện ca bệnh tại cộng đồng.

TYT có cán bộ thực hành quản lý, cấp phát thuốc và tư vấn sử dụng cho người bệnh THA/ĐTĐ.

TYT có cán bộ được đào tạo, cập nhật thực hành thống kê báo cáo, quản lý ca bệnh trong các phần mềm ứng dụng công nghệ thông tin.

b) Trang thiết bị thiết yếu

TYT triển khai QLĐT ca bệnh THA, ĐTĐ ổn định hoặc do tuyến trên chuyển về. Các thiết bị cơ bản cho hoạt động khám chữa bệnh, quản lý bao gồm:

- Dụng cụ đo nhân trắc: Thước dây, thước đo chiều cao, cân.
- Máy đo HA được hiệu chuẩn định kỳ, số lượng đủ cho triển khai.
- Ống nghe.
- Máy xét nghiệm đường máu mao mạch và que test phục vụ kiểm soát đường máu của bệnh nhân, nếu TYT có QLĐT bệnh nhân ĐTĐ.
- Các thiết bị hỗ trợ khác, nếu có: Máy test nhanh nước tiểu, test mỡ máu toàn phần, điện tim.

c) Hồ sơ bệnh án, tài liệu và công cụ quản lý

Bệnh án ngoại trú: Là yêu cầu bắt buộc trong triển khai QLĐT ngoại trú. Bệnh án được sử dụng lâu dài cho mỗi bệnh nhân, được ghi chép thông tin đầy đủ trong lịch sử khám và điều trị và thường được tổng kết sau 1-2 năm hoặc khi người bệnh chuyển tuyến/ kết thúc điều trị. Mẫu bệnh án được thống nhất theo quy định của Bộ Y tế hoặc theo hướng dẫn cụ thể của y tế tuyến trên.

Sổ quản lý ca bệnh và phần mềm quản lý: Các biểu mẫu ghi chép và báo cáo theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại thông tư số 37/2019/QĐ-BYT và các phần mềm quản lý theo hướng dẫn của y tế tuyến trên.

Tài liệu, phác đồ xử trí ca bệnh: TYT phải sẵn có tài liệu khám, chẩn đoán, hướng dẫn tư vấn ca bệnh THA, ĐTĐ và phác đồ treo tường.

d) Yêu cầu về thuốc thiết yếu

Thuốc điều trị THA cơ bản, yêu cầu phải có đủ: Tại TYT QLĐT THA phải có ít nhất đủ ba nhóm thuốc cơ bản sau:

- (1) Nhóm chẹn kênh calci.
- (2) Nhóm ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể (U'CMC/U'CTT).
- (3) Nhóm lợi tiểu thiazide.

Các thuốc phổ biến:

- (1) Viên phối hợp 2 hoặc 3 nhóm. Nhóm lợi tiểu thường nằm trong viên phối hợp.

(2) Thuốc đơn chất phổ biến: Amlodipine 5mg, 10mg; Nifedipine 10mg, 20mg; Enalapril 5mg, 10mg, 20mg; Ramipril 5mg; Losartan 50mg; Telmisartan 40mg; Hydrochlorothiazid 12,5 mg, 25mg; Indapamide 1,5mg.

Thuốc điều trị đái tháo đường típ 2 cơ bản phải có đủ: Nếu TYT cho triển khai QLĐT bệnh nhân ĐTĐ típ 2, TYT phải có đủ hai nhóm thuốc cơ bản khi QLĐT ĐTĐ.

(1) Nhóm Biguanide: Thuốc Metformin 500mg, 850mg, 1000mg.

(2) Nhóm Sulfonylurea: Thuốc Gliclazide 30mg, 80mg.

Chế phẩm ở dạng đơn chất hoặc phối hợp.

Các thuốc có chỉ định ưu tiên: Áp dụng tại những TYT có điều kiện và đủ thuốc, năng lực QLĐT ca bệnh có nguy cơ tim mạch, tiền sử biến chứng hoặc chỉ định theo phác đồ tuyến trên.

(1) *Các thuốc huyết áp khác có chỉ định ưu tiên:*

- Thuốc có chỉ định ưu tiên, danh mục nhóm này gồm: Nhóm chẹn beta giao cảm, chẹn alpha giao cảm, nhóm tác động thần kinh trung ương.

- Các hoạt chất thường có: Atenolol 50mg, Propranolol hydroclorid 40mg, Mythyldopa 250mg. Prazosin 2mg, Spironolacton 25mg.

(2) *Thuốc đái tháo đường chỉ định theo đơn tuyến trên: Insulin.*

TYT có quản lý ca bệnh ĐTĐ sử dụng Insulin dạng bút tiêm U-100 theo hướng dẫn của tuyến trên: Insulin tác dụng nhanh, ngắn; Insulin tác dụng trung bình và Insulin tác dụng chậm.

3.2. Nhiệm vụ của các đơn vị y tế quản lý hoạt động tại trạm y tế xã

3.2.1. Nhiệm vụ của Sở Y tế

Sở Y tế chỉ đạo, hướng dẫn các đơn vị trên địa bàn và đưa nhiệm vụ dự phòng, quản lý điều trị BKLN vào nhiệm vụ của Ban chỉ đạo chăm sóc sức khỏe nhân dân các cấp. Trực tiếp chỉ đạo các đơn vị tuyến tỉnh, huyện xây dựng kế hoạch chi tiết tăng cường năng lực thực hiện quản lý điều trị một số bệnh không lây nhiễm tại các tuyến y tế cơ sở theo hướng y tế công cộng áp dụng nguyên lý y học gia đình.

Chỉ đạo, đơn đốc phê duyệt, thực hiện các danh mục kỹ thuật để chẩn đoán, điều trị THA, ĐTĐ.

Chỉ đạo triển khai gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở theo Thông tư 39/2017/TT-BYT bảo đảm tính sẵn có của các thuốc thiết yếu trong điều trị THA, ĐTĐ tại các trạm y tế. Hướng dẫn y tế cơ sở thực hiện, quản lý việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú theo Thông tư số 52/2017/TT-BYT. Bảo đảm các tuyến y tế cơ sở sẵn có thiết bị cần thiết để triển khai dự phòng, phát hiện, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm.

Thành lập nhóm giảng viên tuyển tỉnh và giám sát viên tuyển tỉnh về điều trị quản lý THA và ĐTD cho tuyến huyện và trạm y tế xã. Đào tạo hỗ trợ bác sỹ và giám sát viên tuyến huyện nhằm giám sát hỗ trợ sau đào tạo cho tuyến xã nâng cao kỹ năng khám, xử trí ca bệnh và kỹ năng quản lý tại TYT.

3.2.2. Nhiệm vụ của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh và các đơn vị liên quan

Tham mưu cho Sở Y tế xây dựng kế hoạch chiến lược tổng thể trung và dài hạn về hoạt động phòng chống BKLN trên địa bàn tỉnh, lựa chọn hoạt động ưu tiên và xây dựng kế hoạch can thiệp phù hợp với đặc điểm tình hình và nguồn lực của địa phương.

Tham mưu cho Sở Y tế chỉ đạo, hướng dẫn triển khai đồng bộ hoạt động quản lý điều trị một số BKLN phổ biến, tập trung quản lý điều trị THA và ĐTD tại trạm y tế xã, phường. Đảm bảo sự sẵn có thuốc thiết yếu tại y tế cơ sở và cơ chế thanh quyết toán bảo hiểm y tế theo quy định.

Trung tâm Kiểm soát bệnh tật tuyển tỉnh là đầu mối tuyển tỉnh xây dựng kế hoạch, huy động nguồn lực và triển khai các hoạt động để nâng cao năng lực cho tuyến xã về quản lý điều trị THA, ĐTD, bao gồm: i) Ban hành các văn bản chỉ đạo, hướng dẫn triển khai; ii) Tổ chức các khóa tập huấn; iii) Giám sát hỗ trợ và iv) Kiểm tra, đánh giá. Tổ chức tập huấn về dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh không lây nhiễm cho cán bộ y tế tuyến cơ sở trên địa bàn.

Đầu mối quản lý số liệu, thống kê báo cáo về các hoạt động dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý các bệnh không lây nhiễm phổ biến tại tuyến y tế cơ sở trên trong tỉnh.

Xây dựng và duy trì hoạt động của PKĐK có KCB BHYT nhằm mục đích để xây dựng mô hình quản lý BKLN và là nơi thực hành đào tạo cho CBYT.

3.2.3. Nhiệm vụ của bệnh viện tuyển tỉnh/ thành phố

Chẩn đoán và điều trị ca bệnh nặng.

Tham mưu cho Sở Y tế triển khai hoạt động chuyên môn, xây dựng chương trình đào tạo và mô hình quản lý điều trị nội trú, ngoại trú và chuyển tuyến ca bệnh THA, ĐTD trên địa bàn.

Bệnh viện tuyển tỉnh là đơn vị thực hiện rà soát, xây dựng và bổ sung tài liệu, hướng dẫn chuyên môn về QLĐT THA và ĐTD cho y tế cơ sở.

Phụ trách hoạt động đào tạo kỹ năng thực hành khám, xử trí ca bệnh trong quản lý điều trị cho tuyến cơ sở. Giám sát hỗ trợ tuyến xã thực hiện kỹ năng chuyên môn.

Phối hợp với các đơn vị tuyển tỉnh thực hiện giám sát, hoàn thiện hệ thống trong kiểm soát và dự phòng bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng. Phối hợp trong theo dõi đánh giá mô hình bệnh tật, quản lý số liệu trên địa bàn.

3.2.4. *Nhiệm vụ của y tế tuyến huyện*

Hướng dẫn tuyến xã triển khai các chính sách, thông tư hướng dẫn chuyên môn về dự phòng quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường tại cơ sở.

Xây dựng kế hoạch hoạt động hàng năm, tổ chức, phối hợp tổ chức các lớp đào tạo cho tuyến xã về quản lý điều trị và dự phòng tăng huyết áp, đái tháo đường trên địa bàn. Thường xuyên giám sát hỗ trợ chuyên môn tuyến xã về hoạt động quản lý điều trị, sàng lọc phát hiện và thống kê báo cáo. Giám sát tuyến xã về cập nhật, sử dụng đúng tài liệu, phác đồ chuyên môn, hướng dẫn quản lý ca bệnh. Tạo điều kiện, môi trường thực hành tại bệnh viện tuyến huyện nâng cao kỹ năng quản lý điều trị cho cán bộ y tế xã.

Đảm bảo duy trì và sẵn có đủ nhóm thuốc cơ bản điều trị THA, ĐTĐ tại tuyến xã, hỗ trợ cán bộ y tế xã áp dụng chiến lược điều trị theo đúng phác đồ tại quyết định số 5904/QĐ-BYT. Đảm bảo đủ trang thiết bị cơ bản cho hoạt động quản lý điều trị tại tuyến xã và giám sát việc hiệu chỉnh thiết bị định kỳ.

Bệnh viện huyện là đơn vị trực tiếp hỗ trợ chuyên môn, tiếp nhận xử trí ca bệnh do tuyến xã chuyển lên. Thực hiện các xét nghiệm đánh giá định kỳ ở bệnh nhân đang được quản lý điều trị tại TYT. Chuyển bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường ổn định về TYT xã và chỉ đạo, hướng dẫn tuyến xã tiếp tục quản lý và điều trị ngoại trú.

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

Câu 1. Hãy kể tên hai tiêu chuẩn bắt buộc để ca bệnh được coi là đang quản lý điều trị tại TYT?

a)

.....

.....

b)

.....

Câu 2. Các tiêu chí bắt buộc phải có trước khi triển khai hoạt động quản lý điều trị THA và ĐTĐ tại TYT bao gồm:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

Câu 3. Trình bày các nhiệm vụ của TYT xã trong dự phòng, sàng lọc/ phát hiện và quản lý điều trị THA, ĐTĐ tại trạm y tế.

.....
.....
.....
.....
.....

Cách làm nào dưới đây là đúng nhất đối với cách tiếp cận y tế công cộng trong quản lý điều trị bệnh không lây nhiễm?

Bắt đầu bằng hỗ trợ số lượng lớn các trạm y tế nhưng chỉ tập trung vào triển khai quản lý điều trị các trường hợp tăng huyết áp mức độ vừa và nhẹ sau đó từng bước bổ sung các ca phức tạp và các bệnh khác.

Bắt đầu bằng hỗ trợ số lượng nhỏ các trạm y tế triển khai quản lý điều trị được một số bệnh không lây nhiễm phổ biến sau đó từng bước nhân rộng ra các trạm y tế khác.

Chỉ hỗ trợ trạm y tế làm công tác nâng cao sức khỏe, dự phòng và phát hiện bệnh không lây nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng (2002). *Dinh dưỡng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học.
2. Bộ Y tế, Vụ Khoa học và Đào tạo (2005). *Kỹ năng giao tiếp và giáo dục sức khỏe* (Sách dùng cho các trường trung học Y tế). Nhà xuất bản Y học.
3. Bộ Y tế, Viện Dinh dưỡng (2012). *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị*. Nhà xuất bản Y học.
4. Vụ sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em (2012). *Thực hành truyền thông trực tiếp về làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh* (tài liệu dành cho truyền thông viên cộng đồng).
5. Tổng cục Thống kê (2015). *Điều tra quốc gia các yếu tố nguy cơ mắc bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam 2015 (STEPS, 2015)*.
6. Bộ Y tế. Quyết định 112/QĐ-K2ĐT năm 2016 của Cục Y tế Dự phòng ban hành Chương trình đào tạo liên tục “Dự phòng và kiểm soát bệnh không lây nhiễm tại cộng đồng”.
7. Bộ Y tế (2016). *Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học, 27-32.
8. Global Health Estimates 2016: *Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016*. Geneva, WHO; 2018.
9. Bộ Y tế, Cục Quản lý khám chữa bệnh (2017). *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường typ 2*
10. Trung tâm Truyền thông Giáo dục sức khỏe Trung ương (2017). *Kỹ năng truyền thông Giáo dục sức khỏe trực tiếp*.
11. Lại Đức Trường (2018). *Truyền thông về tăng huyết áp và đái tháo đường tại cộng đồng* (ppt)
12. Lê Danh Tuyên. Đỗ Thị Phương Hà (2018). *Giảm ăn muối để phòng chống tăng huyết áp và bệnh tim mạch*. Nhà xuất bản Y học.
13. Bộ Y tế. Quyết định 3756/QĐ-BYT ngày 22/06/2018 của Bộ Y tế ban hành *Hướng dẫn hoạt động dự phòng, chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm phổ biến cho tuyến y tế cơ sở*.

14. Bộ Y tế. Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20/12/2019 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “*Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại Trạm y tế xã*”.
15. Bộ Y tế. Quyết định 5481/QĐ-BYT ban hành ngày 30/12/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2*”
16. Bộ Y tế. *Hướng dẫn thực hành giám muối trong khẩu phần ăn tại trường học, 2021.*
17. Bộ Y tế. Quyết định 3087/QĐ-BYT ban hành ngày 16/07/2020 của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường*”.