



- BS. Mã Tùng Phát

PHÁT HIỆN VÀ QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



MỤC TIÊU HỌC TẬP

1. Liệt kê được các trường hợp cần làm xét nghiệm tầm soát đái tháo đường.
2. Biết cách hỏi bệnh và khám lâm sàng cho bệnh nhân đái tháo đường.
3. Trình bày được các mục tiêu điều trị cơ bản của bệnh nhân đái tháo đường
4. Trình bày các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng để đánh giá các biến chứng mạn tính của đái tháo đường.
5. Trình bày được các tình huống cần phải chuyển chuyên khoa



NỘI DUNG

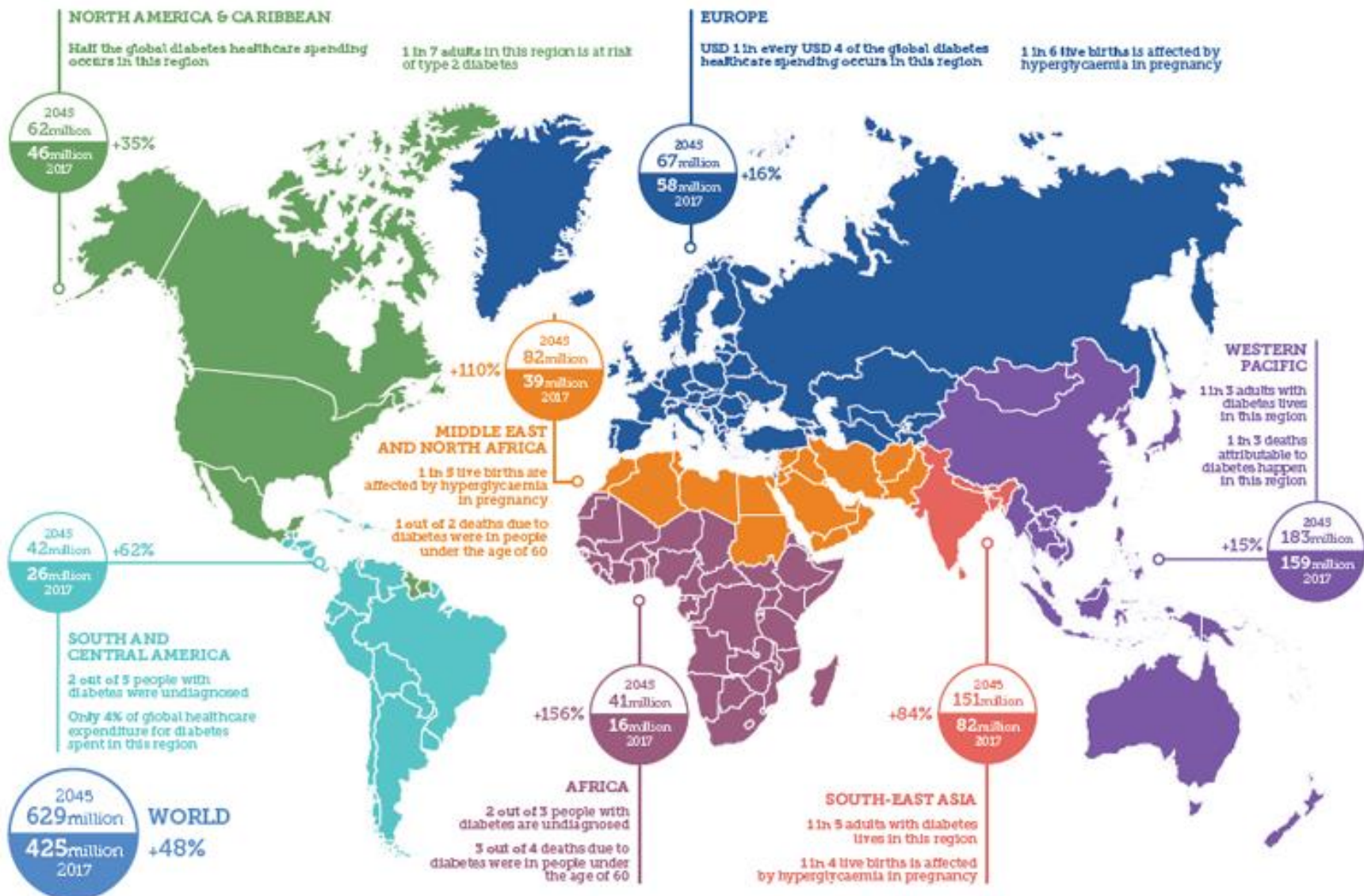
- 1. ĐẠI CƯƠNG**
- 2. CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**
- 3. ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN**
- 4. KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT**
- 5. QUẢN LÝ NGUY CƠ TIM MẠCH**
- 6. TẦM SOÁT VÀ QUẢN LÝ CÁC BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU NHỎ**
- 7. GIÁO DỤC BỆNH NHÂN**
- 8. CHUYỂN KHÁM CHUYÊN KHOA**



1. ĐẠİ CƯƠNG

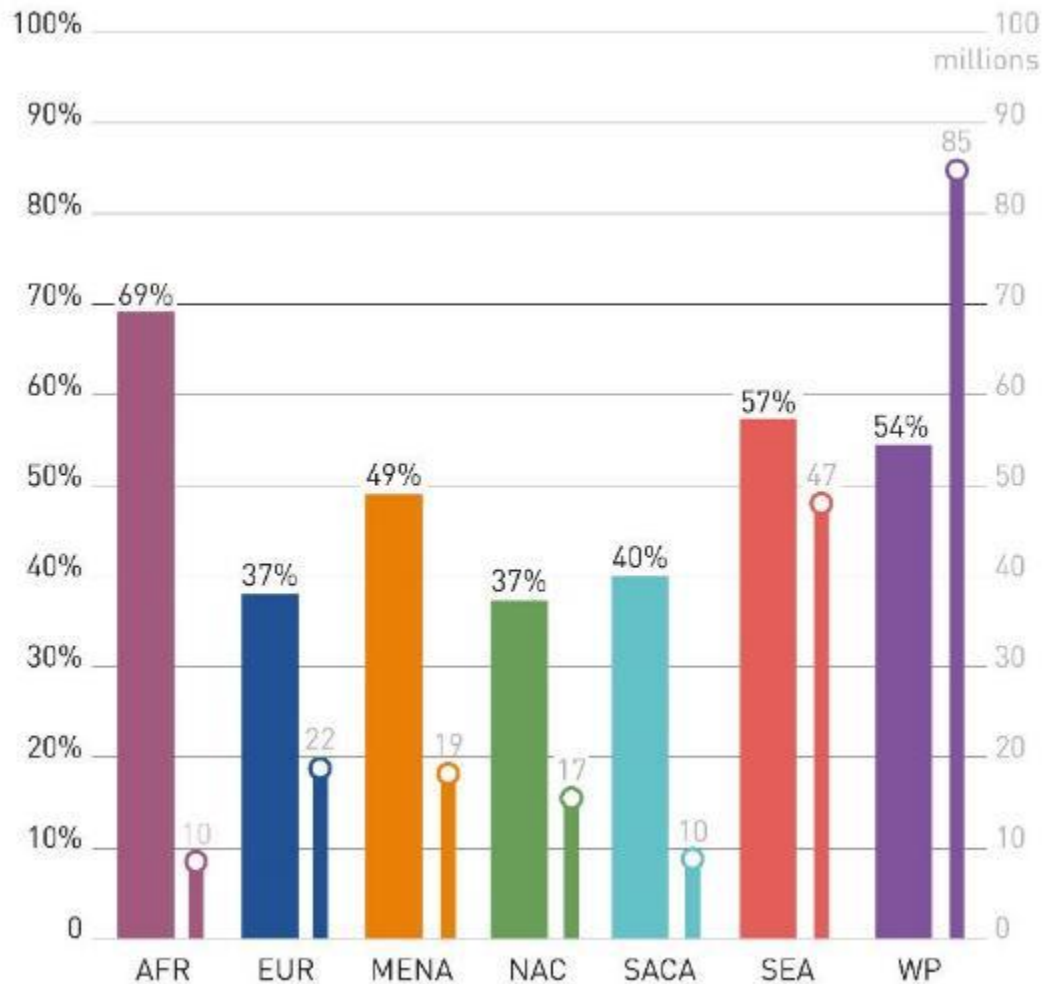


Gia tăng số lượng người ĐTĐ





Đái tháo đường chưa chẩn đoán



Khoảng 50%
là chưa được
chẩn đoán



Biến chứng ĐTĐ khi chẩn đoán

50% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có một hoặc nhiều biến chứng tại lúc mới chẩn đoán

Thiếu máu cục
bộ da, chân: 6%

Đau cách hồi 3%

Tăng creatinine huyết
thanh: 3%

Đột quỵ hay cơn thoáng
thiếu máu não 1%



Tăng huyết áp 35%

Bệnh lý võng mạc 21%

Rối loạn cương dương 20%

Bất thường ECG 18%

Mất mạch chân 13%

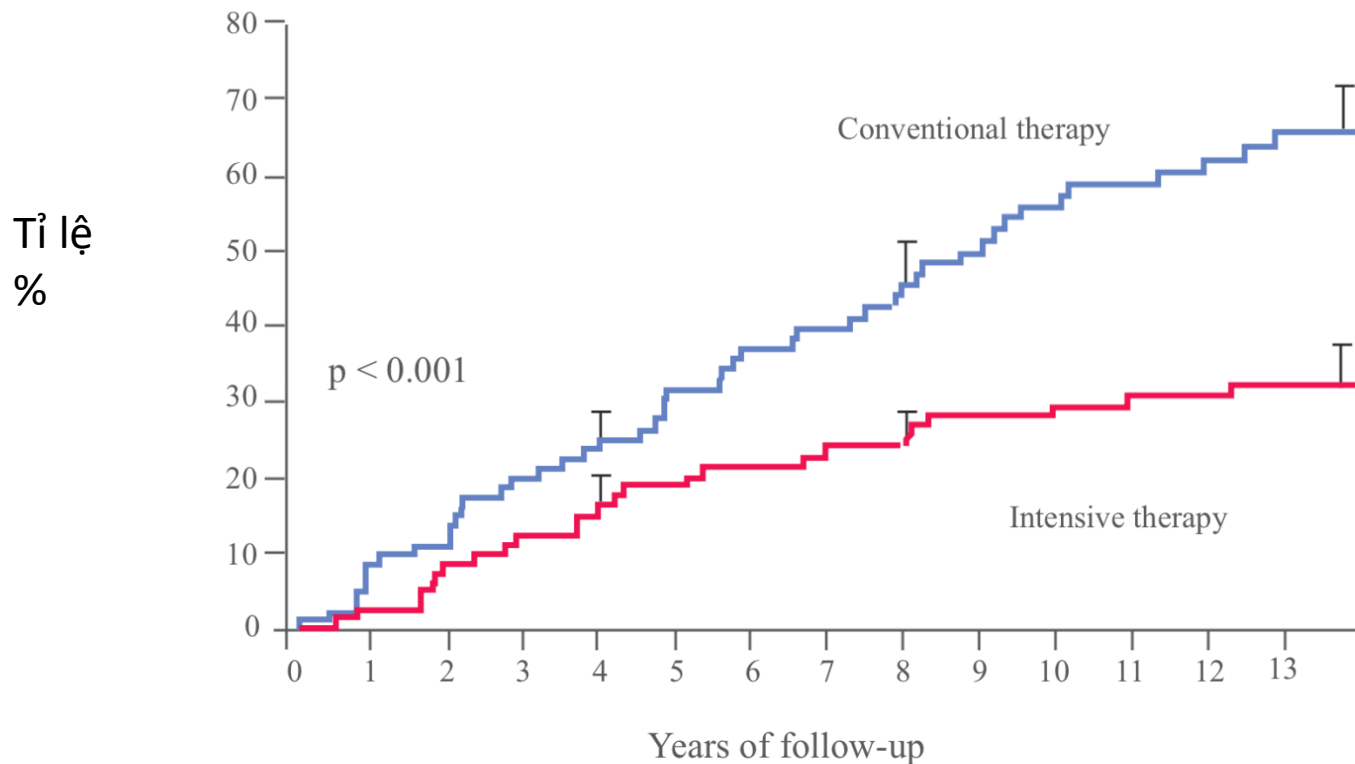
Nhồi máu cơ tim 1%

→ TẦM SOÁT VÀ PHÁT HIỆN SỚM ĐTĐ



Nghiên cứu Steno - 2

- Giảm tử vong tim mạch ở nhóm can thiệp đa yếu tố

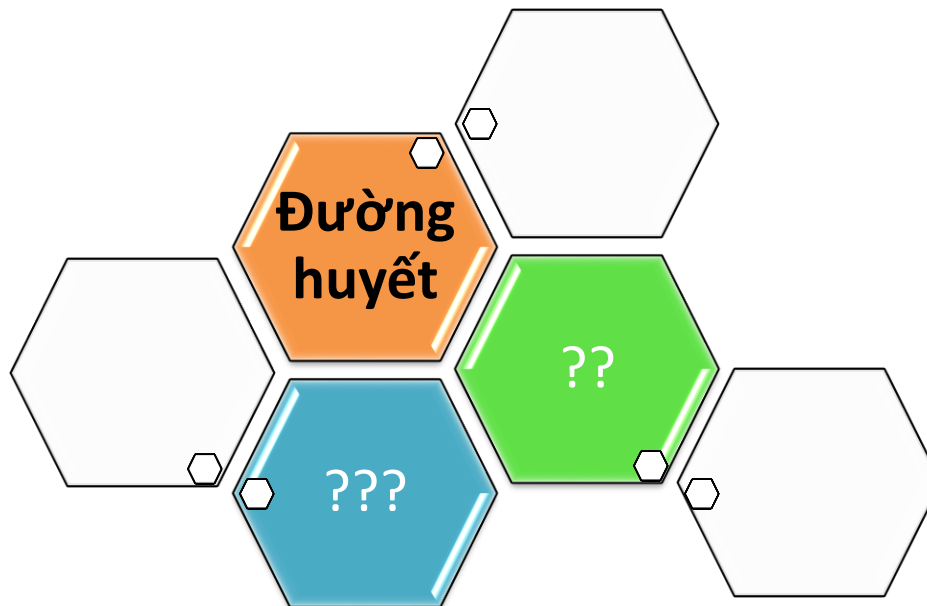


Nhóm điều trị tích cực: sử dụng RAS, aspirin, hạ lipid máu, kiểm soát ĐH tích cực



Cần đánh giá toàn diện

- Gia tăng đường huyết tác động trên nhiều nhiều hệ cơ quan: mắt, tim, thận, mạch máu, thần kinh...
- ĐTĐ thường đồng mắc: THA, rối loạn lipid máu



A collection of medical supplies for diabetes management, including syringes, insulin pens, glucose meters, test strips, and various pills, arranged on a light gray background.

CÁC TRƯỜNG HỢP CẦN TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- Người có các **triệu chứng lâm sàng của tăng đường huyết**.
- Người có các **biểu hiện nghi ngờ của các biến chứng đái tháo đường**: Nhiễm trùng da lâu lành, nhiễm trùng tiết niệu hoặc viêm âm đạo tái diễn, viêm quanh chân răng, lao phổi...

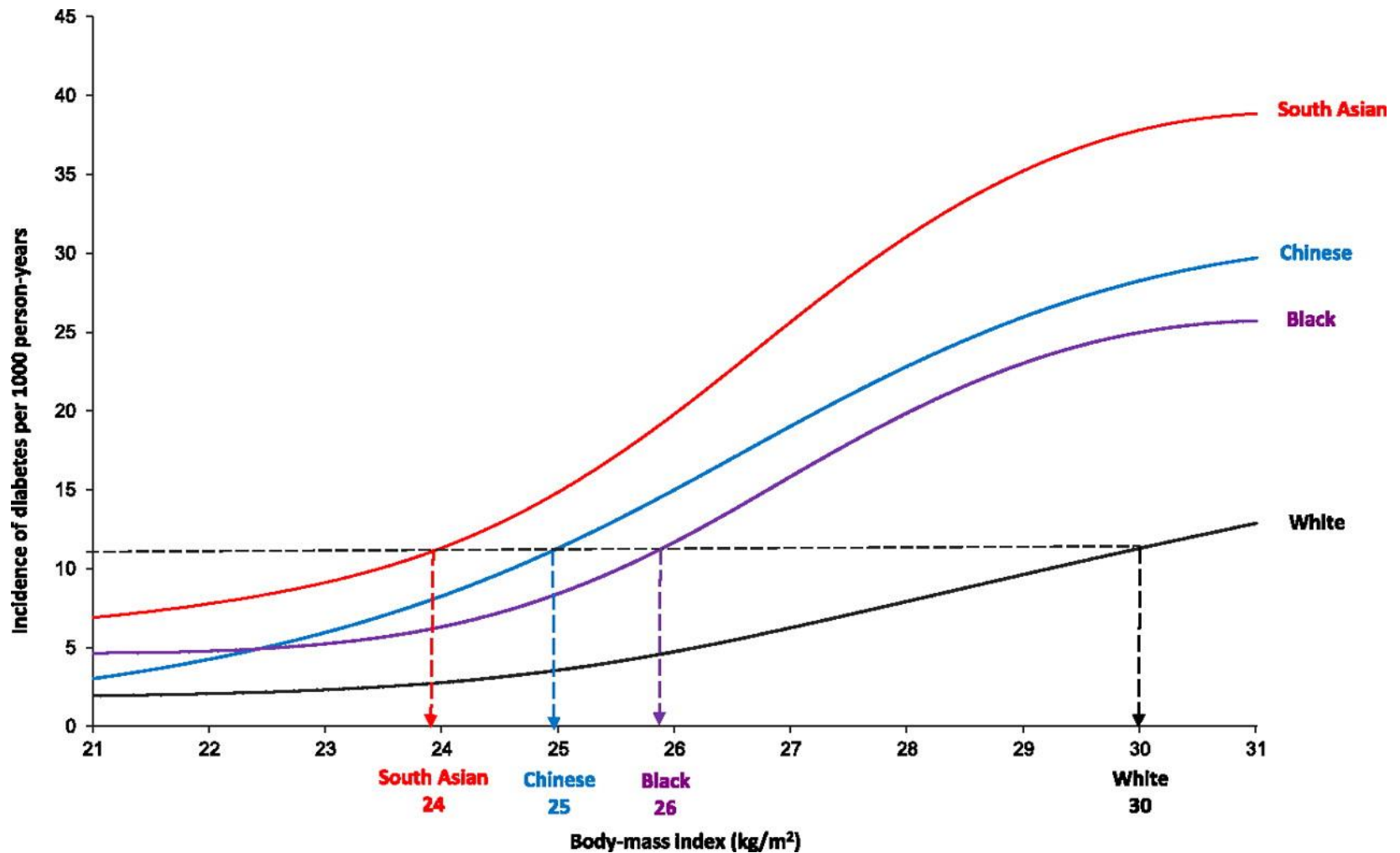


TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- Người lớn có **BMI ≥ 23 kg/m²**, hoặc **cân nặng lớn hơn 120% cân nặng lý tưởng** và có một hoặc nhiều hơn một trong các yếu tố nguy cơ sau:
 - Ít vận động thể lực.
 - Gia đình có người bị đái tháo đường ở thế hệ cận kề (bố, mẹ, anh chị em ruột).
 - Tăng huyết áp HDLc < 35 mg/dL và/hoặc nồng độ TG > 250mg/dL
 - Vòng bụng to: ở nam ≥ 90 cm, ở nữ ≥ 80 cm.
 - Phụ nữ bị buồng trứng đa nang.
 - Phụ nữ đã mắc đái tháo đường thai kỳ.
 - HbA1c $\geq 5,7\%$, rối loạn đường huyết đói hay rối loạn dung nạp glucose
 - Có các dấu hiệu đề kháng insulin trên lâm sàng (như béo phì, dấu gai đen...).
 - Tiền sử có bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch.



Nguy cơ ĐTĐ khác nhau giữa chủng tộc





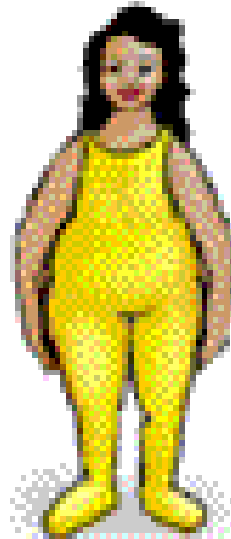
Nhân trắc học các dạng dễ bị ĐTĐ 2



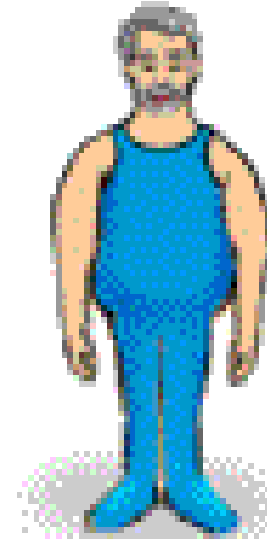
Low BMI
Low WHR



Low BMI
Low WHR



High BMI
Low WHR



Low BMI
High WHR



High BMI
High WHR

Ít nguy cơ hơn

Nguy cơ dễ mắc bệnh đái tháo đường hơn





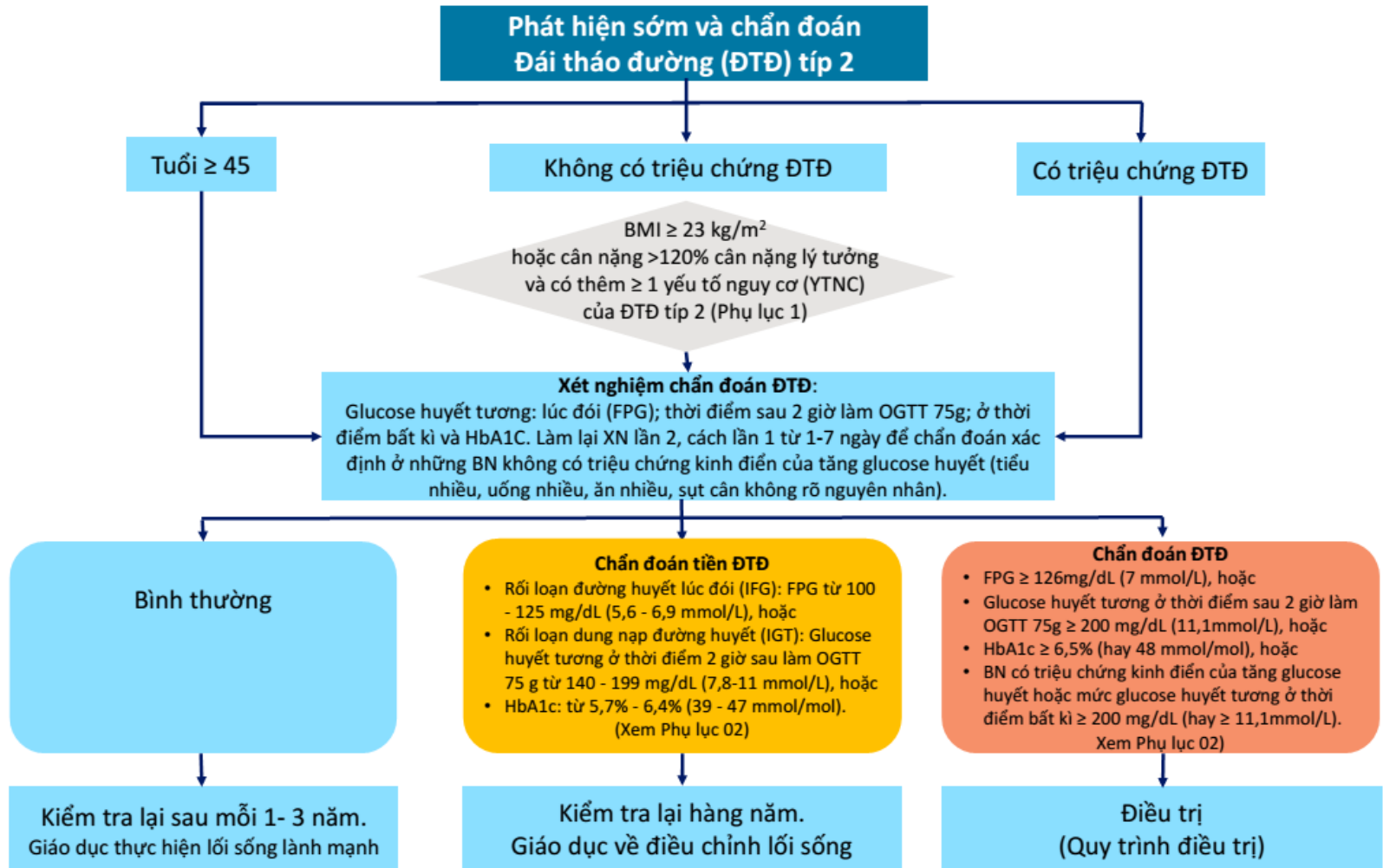
DẤU GAI ĐEN
(Acanthosis
Nigrans)





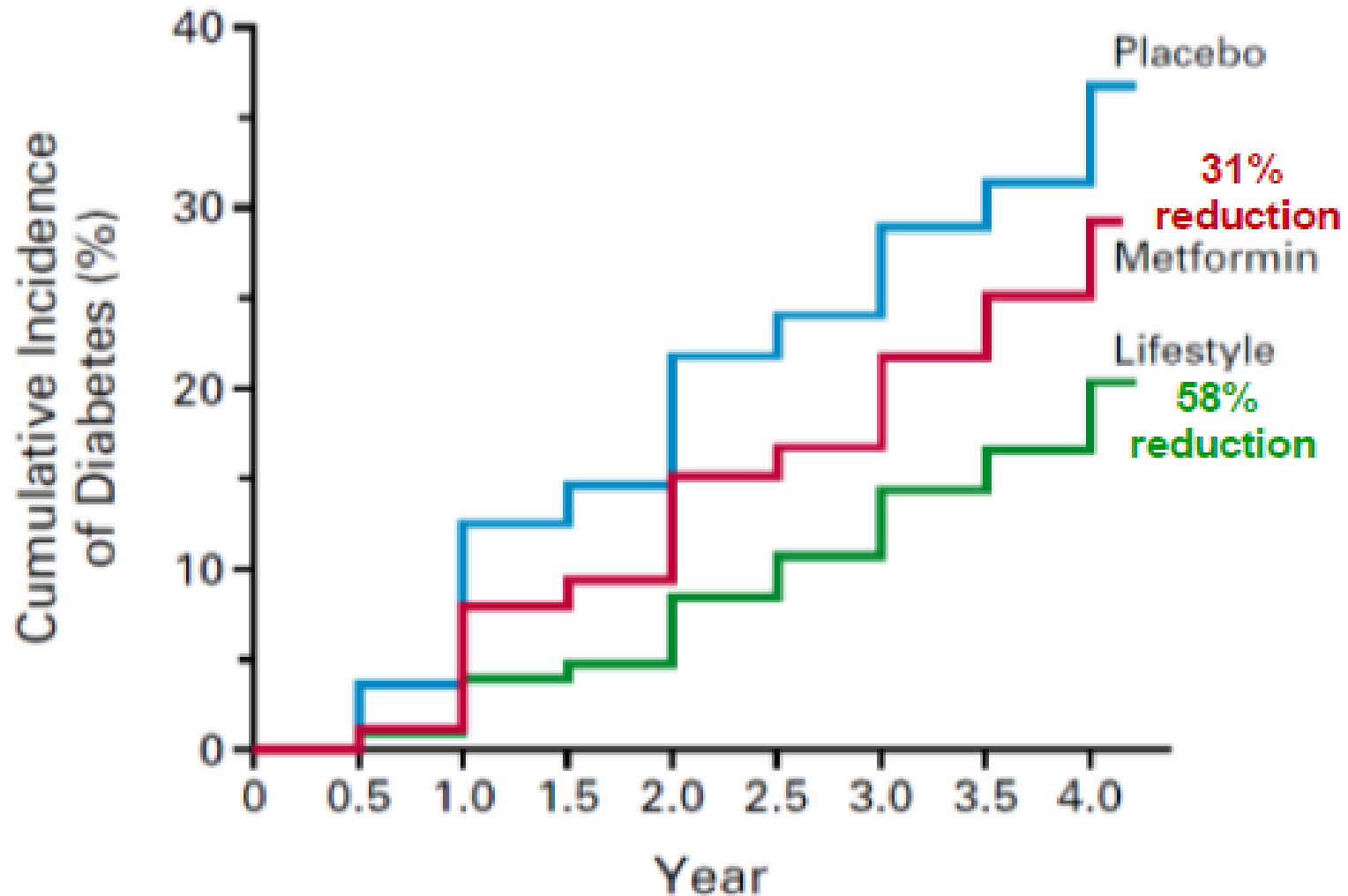
TẦM SOÁT ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- Ở bệnh nhân không có các dấu hiệu/triệu chứng trên, bắt đầu thực hiện xét nghiệm phát hiện sớm đái tháo đường ở **người ≥ 45 tuổi**.





Mỹ: Chương trình phòng chống bệnh ĐTĐ (Diabetes Prevention Programme)





Phòng ngừa ĐTĐ

Áp dụng cho người có RLĐH đói (IGT), RLDNĐ (IFG), hay A1C từ 5.7–6.4%.

- Thay đổi lối sống
 - Giảm cân ít nhất 7%
 - Vận động ít nhất > 150 phút /tuần
- Có thể phối hợp thuốc Metformin,
(đặc biệt BMI > 35kg/m², < 60 tuổi , ĐTĐ thai kỳ, A1c không giảm khi thay đổi lối sống)
- Tầm soát và điều trị yếu tố nguy cơ tim mạch



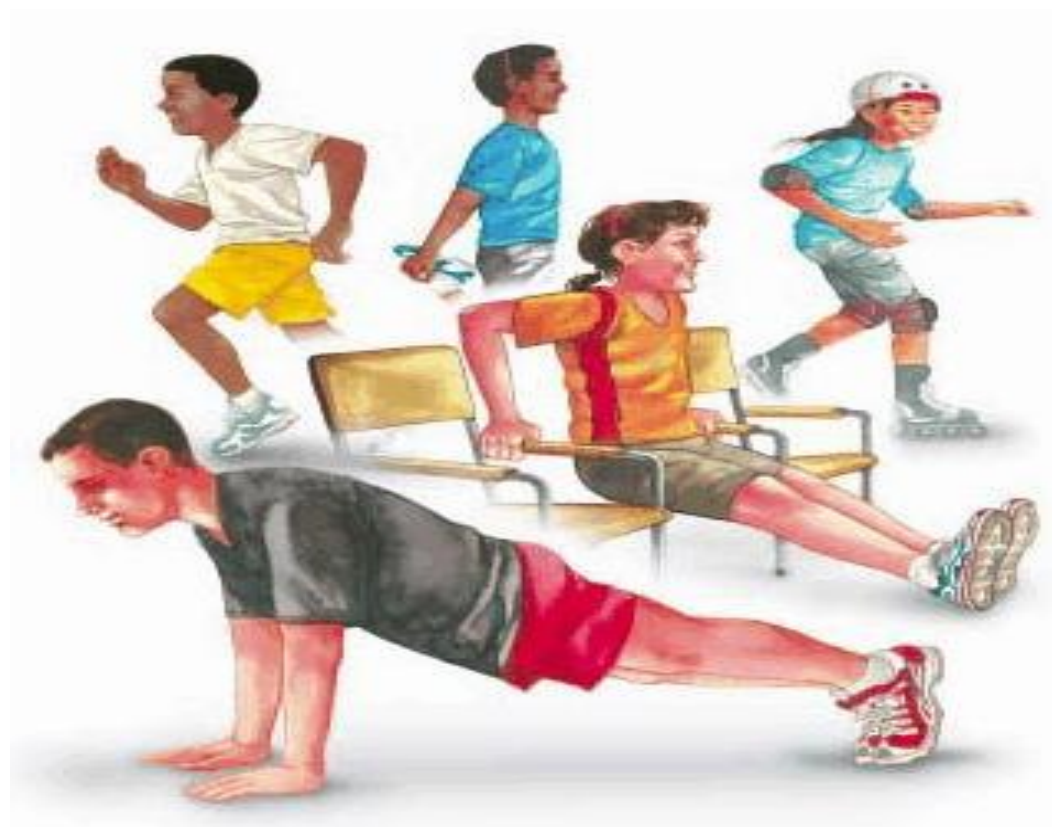
Giảm cân – kiểm soát cân nặng

- Chế độ ăn
 - Giảm tổng calorie
 - Giảm cholesterol
 - Chọn chất béo phù hợp: không bão hoà, thực vật v.s transfat
 - Hạt, trà, caffee vs nước ngọt, thịt đỏ
- Ngưng, giảm bia rượu
- Tăng vận động thể lực
- Giảm 7% cân nặng, trong 6 tháng, 1-2 lb/tuần.



Tập luyện

- Cải thiện sự nhạy cảm insulin
- Giảm vòng eo
- Bài tập cường độ trung bình-nặng.
- Ít nhất là 3 lần/tuần, tối thiểu >10 phút.
- Trẻ em thanh thiếu niên: 60 phút/ngày





3. ĐÁNH GIÁ TOÀN DIỆN

Bệnh sử và tiền căn

Khám thực thể: cần đặc biệt chú trọng

Đánh giá về cận lâm sàng



Bệnh sử và tiền căn

- Tuổi, đặc điểm lúc khởi phát ĐTĐ.
- Lối sống
- Tiền sử sử dụng thuốc lá, uống rượu
- điều trị trước và đáp ứng điều trị
- Các bệnh đồng mắc.
- Tầm soát trầm cảm, lo âu, các vấn đề tâm lý,
- Rản khác đối với điều trị



Bệnh sử và tiền căn

- Đánh giá sử dụng thuốc uống, thuốc tiêm và tuân trị
- Thói quen theo dõi đường huyết và kết quả đường huyết
- Tiền sử nhập viện vì tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết.
- Tiền sử tăng huyết áp, rối loạn lipid máu
- Các biến chứng mạch máu nhỏ
- Các biến chứng mạch máu lớn
- Kế hoạch sinh con (nữ)



Khám thực thể:

- Chiều cao, cân nặng và BMI;
- Đo huyết áp,
- Khám đáy mắt
- Khám tuyến giáp.
- Khám da: tìm dấu gai đen, các thay đổi da do ĐTĐ kiểm soát kém, khám các vùng tiêm chích nếu bệnh nhân dùng insulin).



Khám thực thể

- **Khám bàn chân toàn diện:**
 - Nhìn: xem dấu khô da, các vết chai, biến dạng bàn chân
 - Sờ: mạch mu chân và chày sau
 - Đo tỉ số huyết áp chân/cánh tay (ABI)
 - Có hay mất phản xạ gân cơ Achilles
 - Khám thần kinh.



Đánh giá về cận lâm sàng

- HbA1c, nếu chưa làm trong 3 tháng vừa qua
- Nếu chưa được thực hiện ít nhất 1 lần/năm, thực hiện các xét nghiệm sau:
 - Cholesterol toàn phần, LDL, HDL, Triglycerides.
 - AST ALT
 - Tỷ số Albumin/creatinin niệu
 - Creatinin, GFR
 - TSH ở bệnh nhân ĐTĐ típ 1

A collection of medical supplies for diabetes management, including two blue glucometers, several syringes, insulin pens, blister packs of white and yellow pills, a small vial of white powder, and a brown bottle of yellow capsules, all arranged on a light gray background.

4. KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT



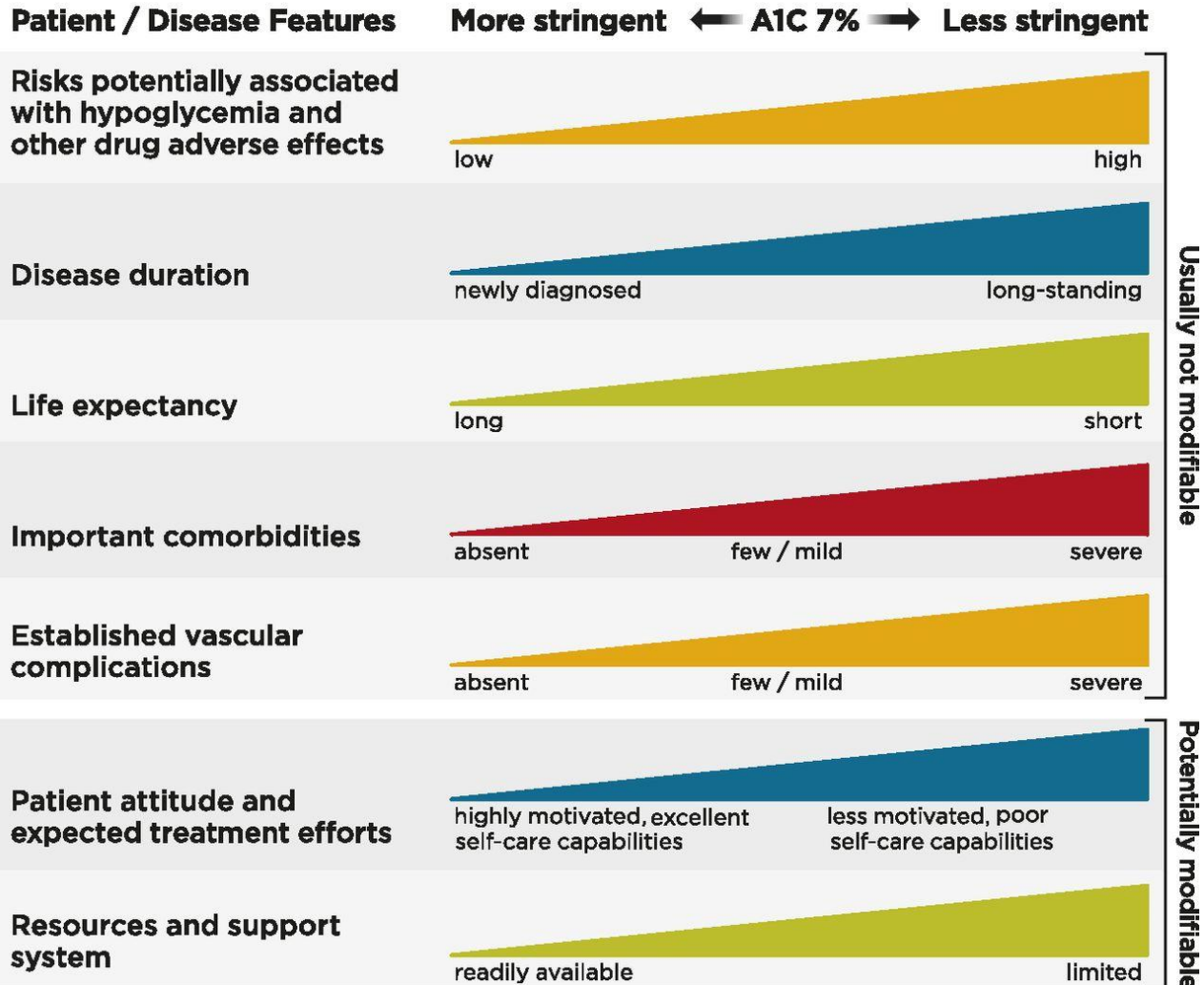
KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT


- Các mục tiêu về kiểm soát đường huyết
 - Đường huyết đói : 80-130 mg/dL
 - Đường huyết sau ăn: dưới 180 mg/dL
 - HbA1c: < 7%.
- Glucose mỗi lần thăm khám,
- HbA1c mỗi 3 tháng. Nếu ổn định có thể mỗi 6 tháng



Cá thể hóa trong kiểm soát ĐH

Approach to the Management of Hyperglycemia





5. QUẢN LÝ NGUY CƠ TIM MẠCH



QUẢN LÝ NGUY CƠ TIM MẠCH

- Tỷ lệ tăng huyết áp ở người đái tháo đường lên đến 50-70%.
- Đo huyết áp tại mỗi lần thăm khám
- **Mục tiêu chung:**
 - HA Tâm Thu < 140 mmHg
 - HA Tâm Trạng < 90mmHg
 - Kết hợp thay đổi lối sống
- Bệnh thận: mục tiêu 130/80-85



5. QUẢN LÝ NGUY CƠ TIM MẠCH

- **Rối loạn lipid máu**

- Bộ lipid máu cần được kiểm tra ít nhất mỗi năm 1 lần
- Để điều chỉnh cần kết hợp thuốc và thay đổi lối sống:
 - Giảm cân
 - Giảm mỡ bão hòa
 - Giảm mỡ trans cũng như giảm tổng lượng mỡ vào
 - đồng thời tăng acid béo giàu omega 3, chất xơ hòa tan.



5. QUẢN LÝ NGUY CƠ TIM MẠCH

- **Rối loạn lipid máu**

- Việc sử dụng statin có thể được áp dụng cho bệnh nhân đái tháo đường bất kể trị số LDL ban đầu ở những trường hợp sau:
 - Có bệnh tim mạch;
 - Không có bệnh tim mạch nhưng lớn hơn 40 tuổi và có nhiều hơn một yếu tố nguy cơ tim mạch khác.
- Ở bệnh nhân không có các nguy cơ ở trên, nên xem xét điều trị statin kết hợp với thay đổi lối sống:
 - LDL cholesterol vẫn còn >100 mg/dL
 - Có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch.



5. QUẢN LÝ NGUY CƠ TIM MẠCH

- **Rối loạn lipid máu**

- Ở bệnh nhân không có bệnh tim mạch, mục tiêu chính là LDL cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/L). Ở bệnh nhân đã có bệnh tim mạch, mục tiêu LDL cholesterol là <70 mg/dL (1,8 mmol/L).
- Các mục tiêu lipid máu khác bao gồm nồng độ triglycerides <150 mg/dL (1,7 mmol/L) và HDL cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/L) ở nam và >50 mg/dL (1,3 mmol/L) ở nữ. Tuy nhiên cần chú ý ưu tiên mục tiêu điều trị LDL cholesterol với statin trước.



Tóm tắt các mục tiêu điều trị (ABC)

Mục tiêu	Chỉ số
HbA1c	<7*
Glucose đói	80-130 mg/dL
Glucose sau ăn	<180mg/dL
Huyết áp	Tâm thu <140 mmHg, Tâm trương<90mmHg Nếu có biến chứng thận, HA <130/80
Lipid máu	LDL <100 mg/dL, nếu chưa có biến chứng tim mạch; LDL< 70mg/dl nếu đã có biến chứng tim mạch Triglycerides <150 mg/dL HDL c >40 mg/dL ở nam và >50mg/d ở nữ.

*: Mục tiêu cá thể hóa.

6. TẦM SOÁT VÀ QUẢN LÝ CÁC BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU NHỎ





- ĐTĐ típ 2 mới chẩn đoán: ít nhất mỗi năm 1 lần: GFR, A/C niệu
- Đối với bệnh nhân đái tháo đường típ 1: sau 5 năm

Tần suất theo dõi chức năng thận bằng eGFR, mL/min/1.73 m²

<30

**Tham vấn bs
chuyên khoa thận**



Bệnh võng mạc do ĐTĐ

- Mới chẩn đoán :
 - Khám mắt toàn diện,
 - Đo thị lực tại thời điểm
 - Nếu không có bằng chứng về bệnh võng mạc ở một hoặc nhiều lần khám mắt hàng năm và đường huyết được kiểm soát tốt, có thể xem xét khám mắt 2 năm một lần.
- Nếu có bệnh võng mạc do ĐTĐ: Khám ít nhất hàng năm.
- Nếu bệnh võng mạc đang tiến triển hoặc đe dọa đến thị lực: phải khám mắt thường xuyên hơn hoặc chuyển bác sĩ chuyên khoa mắt.



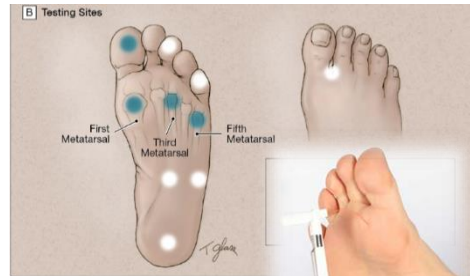
Bệnh thần kinh do ĐTĐ

- Thời điểm: ĐTĐ típ 2 mới chẩn đoán hoặc típ 1 sau 5 năm , sau đó ít nhất mỗi năm một lần.
- Các thăm khám được khuyến cáo gồm:
 - cảm giác nóng/lạnh hoặc tù nhón (sợi thần kinh nhỏ)
 - cảm giác rung âm thoa (sợi thần kinh lớn).
 - Khám monofilament để đánh giá nguy cơ loét và đoạn chi.

Tầm soát và chẩn đoán bệnh TKNB do ĐTĐ

Các xét nghiệm thần kinh đơn giản

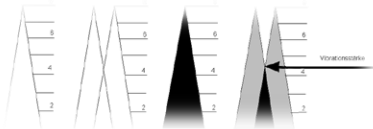
Kiểm tra chức năng sợi thần kinh lớn



10g-Monofilament



Reflexes



128 Hz-Tuning fork

Kiểm tra chức năng sợi thần kinh nhỏ



Pin-prick / Neurotips



Sudoscan



Tiptherm





Chăm sóc bàn chân

- Các biến chứng trên bàn chân từ thần kinh, mạch máu và/hoặc nhiễm trùng, chính là nguyên nhân hàng đầu khiến bệnh nhân nhập viện và có nguy cơ phải đoạn chi.
- Đánh giá bàn chân toàn diện để xác định nguy cơ nguy cơ đưa đến loét hoặc đoạn chi.
 - Ít nhất mỗi năm 1 lần
 - Mỗi lần thăm khám đối với những bệnh nhân đã mất cảm giác hoặc tiền căn loét/đoạn chi..



Chăm sóc bàn chân

- Việc đánh giá được bao gồm:
 - Hỏi tiền căn loét, đoạn chi, biến dạng chi, can thiệp mạch máu, thói quen hút thuốc.
 - Hỏi các triệu chứng bệnh thần kinh ngoại biên (đau, rát bỏng, tê) và của mạch máu (dễ mỏi chân, đau cách hồi).
 - Khám lâm sàng bao gồm nhìn màu sắc da, biến dạng chân, đánh giá thần kinh (monofilament 10g) và ít nhất một trong các test sau: cảm giác tù nhọn, rung âm thoa, nhiệt) và bắt mạch máu chân.
 - Đo ABI và các khảo sát mạch máu chuyên sâu khác được (nếu có đau cách hồi và bắt mạch không rõ)

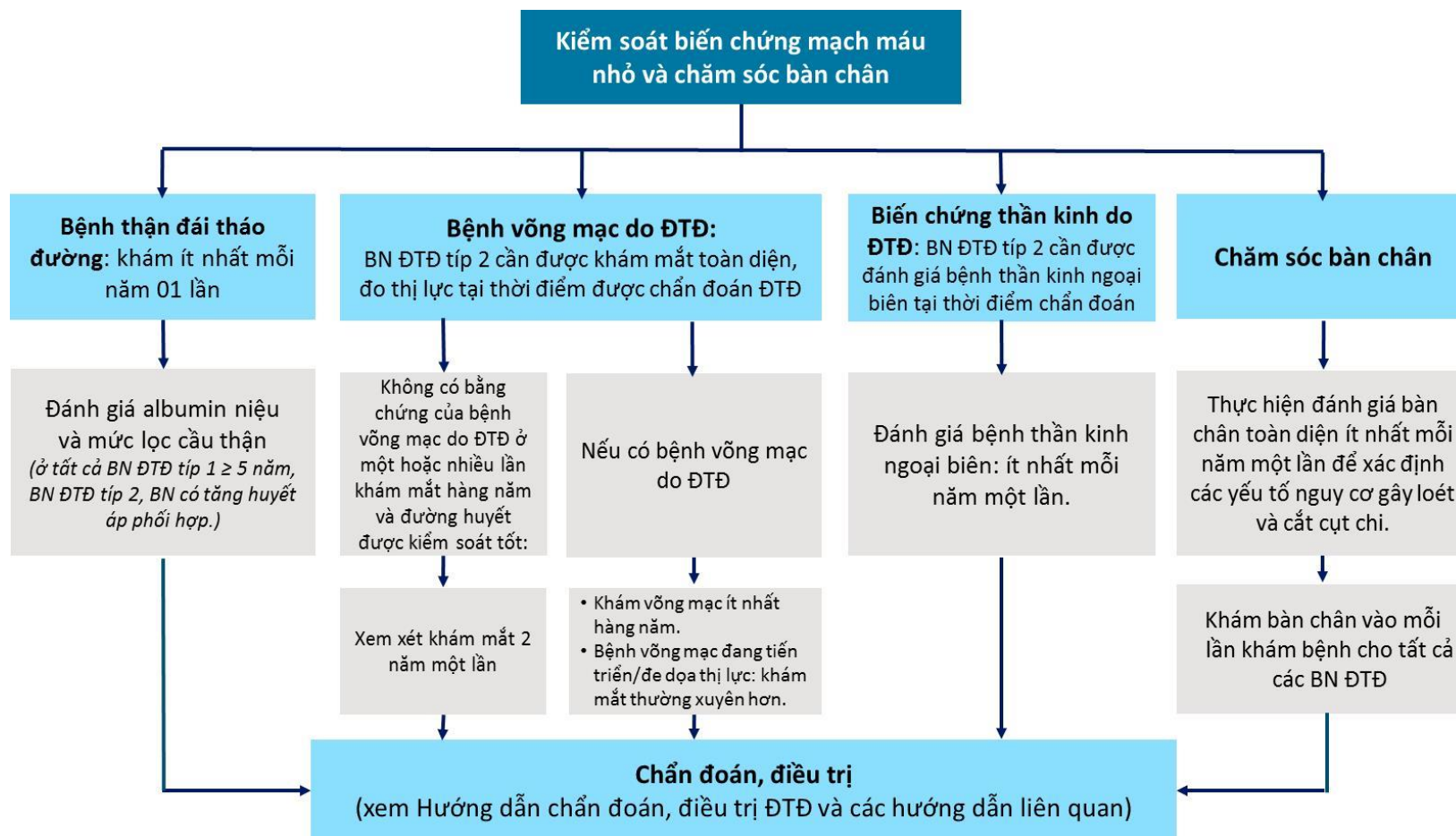


Chăm sóc bàn chân

- Việc quản lý bàn chân đôi khi cần phối hợp liên chuyên khoa đối với loét chân có nguy cơ cao
 - lọc máu,
 - bàn chân charcot hoặc
 - đã từng loét hay đoạn chi
- Tất cả bệnh nhân cần được tư vấn cách chăm sóc và bảo vệ bàn chân.
- Trong một số trường hợp, cần có dày, dép chuyên biệt cho những bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương thần kinh trầm trọng, biến dạng chân hoặc đã từng đoạn chi.



6. TẦM SOÁT VÀ QUẢN LÝ CÁC BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU NHỎ



Hình 2: Tầm soát biến chứng mạch máu nhỏ và chăm sóc bàn chân. Theo hướng dẫn Cục Khám Chữa Bệnh, Bộ Y Tế 2017

7. GIÁO DỤC BỆNH NHÂN





GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- Tư vấn và hướng thêm thêm về chế độ ăn, tập luyện và lối sống.
- Cần được hỗ trợ và thảo luận về phương pháp và mục tiêu điều trị.
- Hướng dẫn nhận biết các triệu chứng hạ đường huyết và cách xử trí.
- Theo dõi bệnh trong những ngày ốm.



GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

- **Đối với bệnh nhân đã dùng insulin:**
 - Hướng dẫn cách tiêm insulin và được kiểm tra lại cách tiêm insulin đúng cách
 - Đối với bệnh nhân được tiêm nhiều mũi insulin, có thể cần được tư vấn và hướng dẫn cách theo dõi đường huyết tại nhà.
- **Phụ nữ ở tuổi sinh đẻ:**
 - Biện pháp ngừa thai nếu đang sử dụng các thuốc điều trị không được phép sử dụng trong thai kỳ,
 - Kiểm soát đường huyết tích cực trước và trong mang thai.

8. CHUYỂN KHÁM CHUYÊN KHOA





CHUYỂN KHÁM CHUYÊN KHOA

- Chuyên khoa nội tiết: khi kiểm soát đường huyết kém, có nhiều bệnh đồng mắc, chế độ điều trị phức tạp như tiêm insulin nhiều mũi.
- Chuyên khoa mắt: nếu có tổn thương đáy mắt, giảm thị lực mà không lý giải được.
- Chuyên khoa thận: khi $GFR < 30$ ml/ph/1.73m² da hoặc xuất hiện tiểu protein không lý giải được kèm hoặc không kèm tiểu máu mà không có bệnh vớng mạc đi kèm hoặc tiểu protein diễn tiến nhanh hoặc giảm GFR đột ngột.
- Phẫu thuật viên mạch máu: khi có biểu hiện đau cách hồi trầm trọng
- Trung tâm bàn chân đái tháo đường hoặc cơ sở y tế có đội ngũ liên chuyên khoa: khi có vết loét chân do đái tháo đường.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cục khám chữa bệnh- Bộ Y Tế (2018). Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý đái tháo đường tại trạm y tế.
2. Cục khám chữa bệnh- Bộ Y Tế (2017). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2.
3. Cục khám chữa bệnh- Bộ Y Tế (2017). Quy trình lâm sàng chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2.
4. American Diabetes Association (2019). Standards of Medical Care in Diabetes—2019
5. International Diabetes Federation (2017). IDF Clinical Practice Recommendations for Managing Type 2 Diabetes in Primary Care



4. KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT

- **Mục tiêu HbA1c có thể thay đổi:**
 - **Nghiêm ngặt hơn - HbA1c < 6,5% (48 mmol/mol) nếu:**
 - có thể đạt được
 - không có dấu hiệu đáng kể của hạ đường huyết
 - những tác dụng có hại của thuốc đối với người bị bệnh đái tháo đường trong thời gian ngắn, bệnh ĐTĐ típ 2 được điều trị bằng thay đổi lối sống hoặc chỉ dùng metformin, trẻ tuổi và không có bệnh tim mạch quan trọng.
 - **ít nghiêm ngặt (nới lỏng hơn) - HbA1c < 8% (64 mmol/mol) phù hợp với:**
 - bệnh nhân có tiền sử hạ đường huyết trầm trọng
 - lớn tuổi
 - có nhiều biến chứng mạch máu nhỏ hoặc mạch máu lớn, có nhiều bệnh đi kèm
 - Hoặc đã mắc ĐTĐ trong thời gian dài và khó đạt mục tiêu điều trị.

