

## LỜI NÓI ĐẦU

*Trong các bệnh không lây nhiễm thì tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là các bệnh có tỷ lệ mắc, biến chứng và tử vong cao nhất. THA mà mắc ĐTĐ thì nguy cơ biến chứng sẽ cao hơn chỉ mắc THA và ngược lại. THA, ĐTĐ có những yếu tố nguy cơ (YTNC) hoàn toàn giống nhau. Vì vậy khi triển khai các biện pháp dự phòng THA sẽ đồng thời dự phòng được bệnh ĐTĐ và ngược lại, dự phòng được bệnh ĐTĐ thì sẽ dự phòng được bệnh THA.*

*Theo báo cáo kết quả điều tra Quốc gia về các yếu tố nguy cơ của một số bệnh không lây nhiễm năm 2015 ở nhóm tuổi từ 18 đến 69, tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp (THA) là 18,9% và tỷ lệ ĐTĐ là 4,1%. Ước tính trong một xã 3.000 dân thì sẽ thực có 396 người mắc THA và 86 người mắc ĐTĐ. Trong số này chỉ có chỉ có 43,1% người mắc THA và 31,1% số người ĐTĐ đã từng được phát hiện bệnh.*

*THA, ĐTĐ là các bệnh phải đi khám mới biết mình mắc bệnh, hai bệnh này khi mắc thì đa số lại không có triệu chứng gì; khi có triệu chứng rõ ràng thì đã là biến chứng rồi. Vì vậy có rất nhiều người khi bị biến chứng thì buộc phải đi khám bệnh, khi đó mới biết mình bị bệnh THA, ĐTĐ.*

*Bên cạnh những bệnh nhân không biết mình mắc THA, ĐTĐ thì còn có rất nhiều người sắp mắc bệnh, gọi là **tiền THA, tiền ĐTĐ**. Nếu những người này không được phát hiện thì sớm muộn cũng trở thành người mắc THA, ĐTĐ thực sự. Việc phát hiện ra người tiền mắc THA, tiền mắc ĐTĐ nhằm mục đích làm chậm tiến triển thành bệnh THA, ĐTĐ là rất quan trọng vì sẽ đỡ tốn kém cho chi phí điều trị và hơn nữa sẽ không bị biến chứng do bệnh THA và ĐTĐ.*

*Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Bắc Kạn biên soạn cuốn tài liệu này dành cho tiền mắc THA, tiền mắc ĐTĐ với mong muốn để giảm tỷ lệ mắc bệnh THA, ĐTĐ; làm chậm lại quá trình tiền mắc bệnh thành mắc bệnh.*

*Xin chân thành cảm ơn!*

**T/M Nhóm biên soạn**

**BS. Nguyễn Thái Hồng**

## Bài 01: CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ, BIẾN CHỨNG VÀ MỐI LIÊN QUAN CỦA BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### I. Mục tiêu học tập

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

1. Trình bày được các yếu tố nguy cơ (YTNC) và biến chứng của bệnh tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ).
2. Trình bày được mối liên quan giữa bệnh THA và ĐTĐ.
3. Trình bày được khi mắc cả bệnh THA và ĐTĐ.

### II. Nội dung

#### 1. Khái quát chung

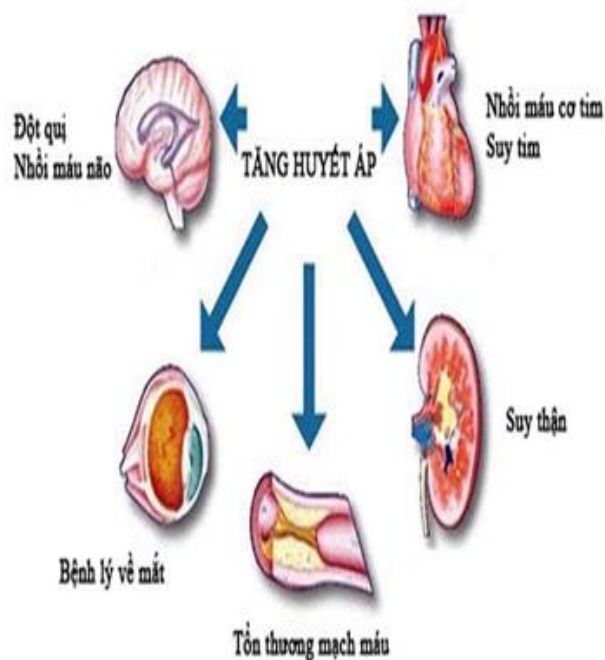
##### 1.1. THA

**1.1.1. Định nghĩa:** THA là khi huyết áp tâm thu  $\geq 140\text{mmHg}$  và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90\text{mmHg}$ .

**1.1.2. Nguyên nhân THA:** Phần lớn THA là không có nguyên nhân, chỉ có khoảng 5% các trường hợp là có nguyên nhân.

##### 1.3.3. Biến chứng THA (còn gọi là tổn thương cơ quan đích do THA)

- Đột quỵ: Tai biến mạch máu não
- Sa sút trí tuệ.
- Tổn thương mạch máu: Hẹp động mạch cảnh, phình lóc tách thành động mạch chủ.
- Phì đại thất trái (trên điện tâm đồ hay siêu âm tim), suy tim.
- Nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực, bệnh mạch máu ngoại vi.
- Bệnh lý về mắt: Xuất huyết hoặc xuất tiết võng mạc mắt.
- Suy thận: có Protein trong nước tiểu.



Hình 01. Tổn thương cơ quan đích do THA

## 1.2. ĐTĐ

### 1.2.1. Định nghĩa

ĐTĐ là bệnh do thiếu Insulin hoặc do giảm khả năng đáp ứng với tác dụng của Insulin hoặc cả hai. Bệnh gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh. Bệnh ĐTĐ gồm có ĐTĐ típ 1, típ 2, ĐTĐ thai kỳ; riêng ĐTĐ típ 2 chiếm 90-95% các trường hợp ĐTĐ.

### 1.2.2. Biến chứng

#### **ĐTĐ gây nhiều biến chứng ở các cơ quan như:**

➤ Biến chứng mạch máu nhỏ sẽ gây nên các bệnh: suy thận, biến chứng mạch máu ở đáy mắt, gây bệnh lý ở võng mạc, đục thủy tinh thể, gây mù lòa.

➤ Biến chứng mạch máu lớn do gây xơ vữa động mạch, biến chứng mạch máu ngoại biên với biểu hiện đau cách hồi, đau chân ở tư thế nằm, chân lạnh, tím ở phần chi dưới và ngón chân, teo cơ liên đốt, nhiễm trùng hoại thư.

#### ➤ Biến chứng nhiễm trùng:

+ Đường huyết cao lâu ngày làm suy giảm chức năng của bạch cầu, dẫn đến mất khả năng chống lại vi khuẩn, nên dễ bị nhiễm khuẩn.

+ Đường huyết cao làm lưu thông máu, tuần hoàn máu chậm lại, các tế bào hồng cầu di chuyển chậm hơn. Vì vậy việc vận chuyển chất dinh dưỡng cho vết thương cũng chậm lại, vết thương lành chậm hoặc có thể hoàn toàn không lành.

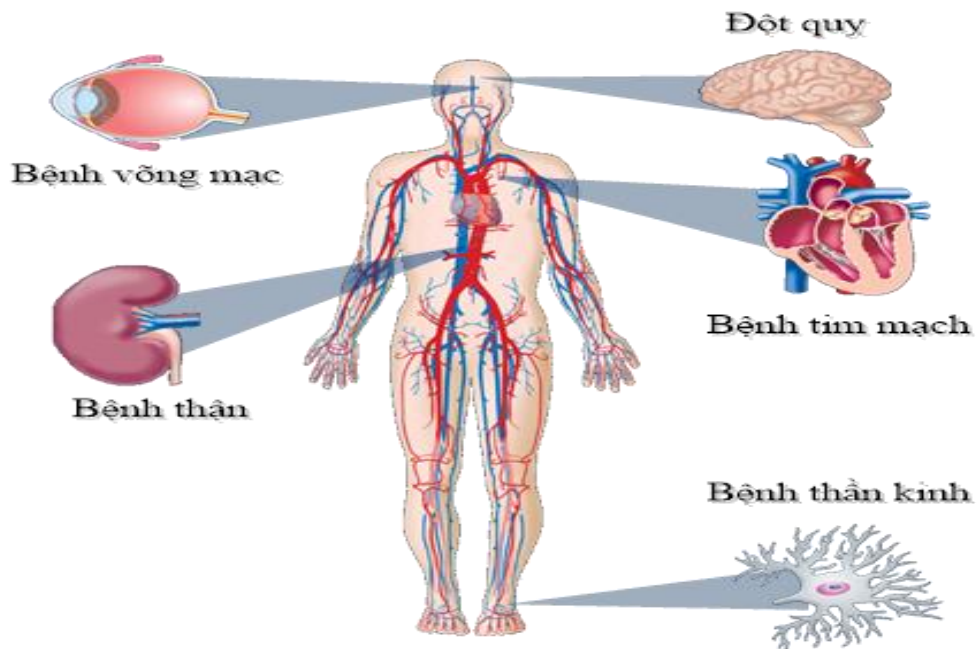
+ Đường huyết cao làm tổn thương dây thần kinh của cơ thể nên dễ dàng bị chấn thương bàn chân mà người bệnh không biết được họ đang bị thương.

#### ➤ Biến chứng thần kinh, gồm:

+ Biến chứng thần kinh ngoại biên: Do đường huyết cao, các dây thần kinh ở ngoại biên bị tổn thương, sẽ làm cho bệnh nhân tê bì chân tay, kim châm kiến bò. Các triệu chứng này làm ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống hàng ngày của bệnh nhân, nhất là giấc ngủ.

+ Biến chứng thần kinh tự chủ: Ảnh hưởng đến hệ thống thần kinh nằm ngoài sự điều khiển của ý thức chủ động, có chức năng điều khiển hoạt động của các nội tạng như dạ dày, ruột, tim mạch đặc biệt hệ tiết niệu (biểu hiện đái không tự chủ).

➤ Biến chứng bàn chân của ĐTD là hậu quả của biến chứng mạch máu và thần kinh ngoại vi, hậu quả là gây viêm loét khó liền ở bàn chân, dẫn đến phải **cắt cụt chi**.



Hình 02. Biến chứng của ĐTD

## 2. Các yếu tố nguy cơ (YTNC) của THA, ĐTD

### 3.1. Khái niệm về yếu tố nguy cơ (YTNC)

YTNC là yếu tố làm tăng khả năng sẽ mắc bệnh cho một cá nhân trong một thời gian nhất định. Các YTNC gây nên bệnh THA, ĐTD bao gồm YTNC **thay đổi được** và **không thể thay đổi được**.

### 2.2. Các YTNC thay đổi được

- THA (là YTNC của ĐTD), ĐTD (là YTNC của THA).
- Rối loạn Lipid máu (hay là rối loạn chuyển hóa mỡ máu, hay tăng mỡ máu).
- Có Protein trong nước tiểu.
- Thừa cân/béo phì; béo bụng.
- Hút thuốc lá, thuốc lào, uống nhiều rượu, bia.
- Ít hoạt động thể lực, Stress và căng thẳng tâm lý.
- Chế độ ăn quá nhiều muối (yếu tố nguy cơ đối với THA), ít rau quả.

### 2.3. Các YTNC không thay đổi được:

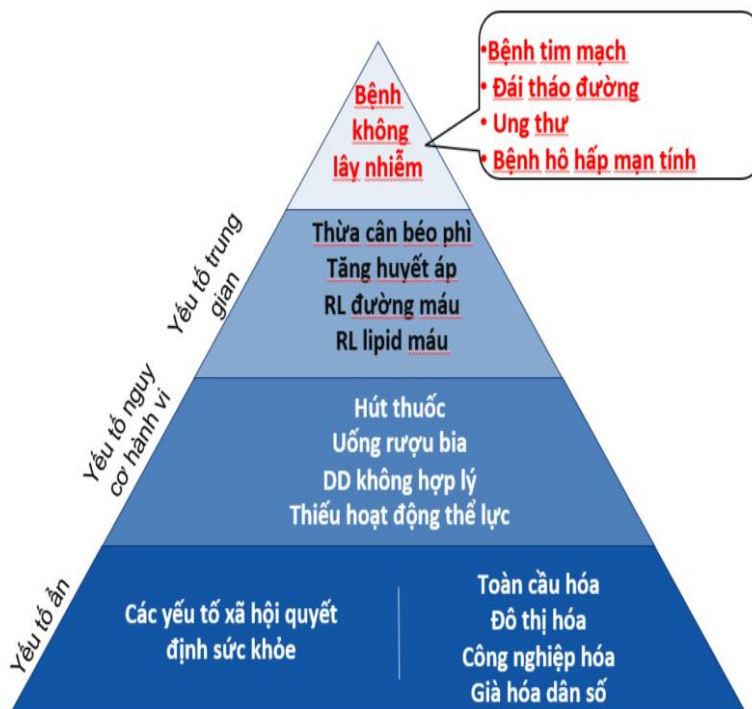
Tuổi cao, gia đình có người mắc THA/ĐTD (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ).

### 3. Mối liên quan của bệnh THA, ĐTĐ

#### 3.1. Cơ sở khoa học về nguy cơ của bệnh THA, ĐTĐ

**Bệnh THA:** Gây cản trở luồng máu lưu thông đến thận, gây suy thận, THA làm nặng thêm các biến chứng của ĐTĐ, khi bệnh ĐTĐ gây tổn thương động mạch vành và động mạch não thì THA sẽ làm cho bệnh nhồi máu cơ tim và tai biến mạch máu não nặng hơn. Bởi vì THA làm tăng áp lực lên thành động mạch vành và thành động mạch não, vốn nó đã bị tổn thương do THA và đường máu rời. Chỉ cần một cơn THA nhẹ thì động mạch sẽ bị vỡ hoặc tắc hoặc bán tắc, khi bán tắc cục máu đông di chuyển đến chỗ không di chuyển được nữa thì gây tắc mạch hoàn toàn.

**Bệnh ĐTĐ:** Làm tổn thương các động mạch, làm cho động mạch dễ bị xơ vữa, khi động mạch bị xơ vữa sẽ nhanh dẫn đến xơ cứng, sẽ gây ra THA. Ngoài ra ĐTĐ sẽ làm tổn thương các dây thần kinh và mạch máu ở tất cả các cơ quan; nếu tổn thương mạch máu ở cầu thận sẽ gây suy thận, tổn thương mạch máu ở tim sẽ gây nhồi máu cơ tim; tổn thương mạch máu ở não sẽ gây tai biến mạch máu não tổn thương mạch máu và dây thần kinh ở bàn chân sẽ gây loét bàn chân tất khó liền, có thể phải cắt cụt chi.v.v...



Hình 03. Tháp các YTNC của THA và ĐTĐ cấp 2



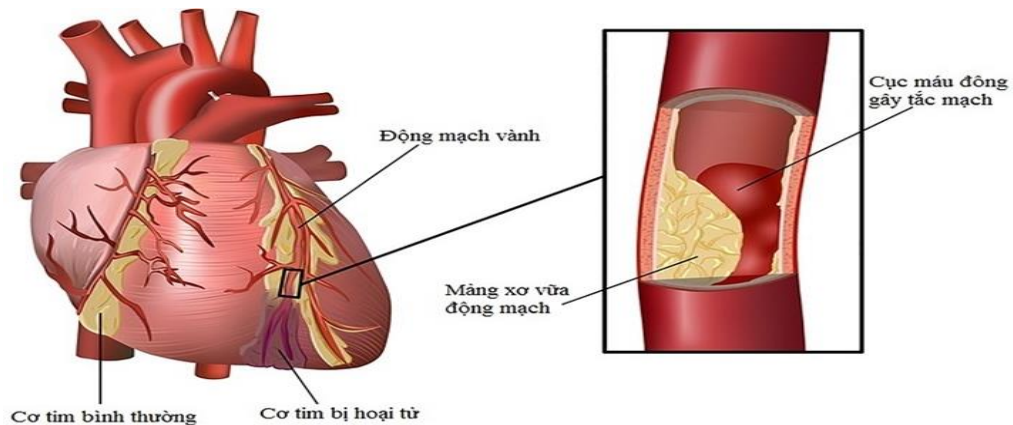
Hình 04. Béo bụng là một YTNC của THA, ĐTĐ

### 3.2. Người bệnh vừa mắc THA vừa mắc ĐTD thì bệnh rất nặng

- THA là một YTNC làm tăng mức độ nặng của ĐTD, ngược lại ĐTD cũng làm cho THA trở nên khó điều trị hơn. Người ta thấy rằng tỷ lệ THA ở người ĐTD cao gấp 2 lần so với người không bị ĐTD. THA có thể xuất hiện trước khi bệnh nhân được chẩn đoán ĐTD hoặc được phát hiện đồng thời với ĐTD. Tất cả đều giống nhau là có các rối loạn chuyển hóa, gồm: rối loạn mỡ máu, béo phì, THA, tăng đường huyết, kháng insulin hoặc không dung nạp đường (là cơ thể không thể sử dụng insulin và đường một cách hiệu quả). Riêng rối loạn chuyển hóa mỡ máu và THA sẽ làm cho động mạch bị viêm, động mạch bị viêm sẽ gây nguy cơ đông máu, rồi tạo cục máu đông di chuyển trong hệ tuần hoàn máu là rất nguy hiểm.

- Trong các nguyên nhân gây xơ vữa động mạch (THA, ĐTD, rối loạn mỡ máu, béo phì) thì chúng sẽ luôn tương tác và ảnh hưởng xấu đến nhau; sẽ đẩy nhanh quá trình xơ vữa động mạch tiến triển; gây ra một vòng luẩn quẩn rất khủng khiếp làm cho “Hội chứng chuyển hóa” ngày càng nặng lên.

- Những người bị ĐTD khi có THA làm cho tiên lượng bệnh xấu đi rõ rệt so với chỉ mắc một bệnh. Cùng mắc cả THA và ĐTD làm cho tỷ lệ bệnh lý mạch vành và đột quỵ tăng gấp 2- 3 lần so với người không bị ĐTD. THA và ĐTD làm gia tăng nguy cơ tổn thương các máu lớn và nhỏ, gây nên bệnh mạch vành, tai biến mạch máu não, tắc mạch chi, bệnh võng mạc mắt có thể gây mù; gây viêm thận rồi dẫn đến suy thận, gây bệnh lý thần kinh. Thực tế cho thấy những người mắc THA và ĐTD mà không tuân thủ điều trị thì sẽ bị đột tử bất cứ lúc nào.



Hình 05. Tổn thương động mạch do THA và ĐTD

## **Bài 02. PHÒNG, CHỐNG BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP**

### **I. Mục tiêu học tập**

*Sau bài này học viên có khả năng:*

1. Trình bày được các YTNC của bệnh THA .
2. Trình bày được triệu chứng và các xét nghiệm cần làm để chẩn đoán THA .
3. Trình bày được phân độ chẩn đoán bệnh THA.
4. Trình bày được nguyên tắc điều trị bệnh THA và huyết áp mục tiêu.

### **II. Nội dung**

**1. Các yếu tố nguy cơ (YTNC):** 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. Tiền sử gia đình (bố, mẹ, anh, chị có người bị THA).

#### **2. Triệu chứng THA**

Hầu như không có triệu chứng gì, nếu có thì có các triệu chứng sau: Đau ngực, hoa mắt, chóng mặt, ù tai; nếu cơn THA thì đau đầu dữ dội, choáng váng, đo huyết áp thấy cao hơn bình thường.

#### **3. Các xét nghiệm cần làm**

- Xét nghiệm máu:
  - + Công thức máu
  - + Sinh hóa máu: Glucose máu, cholesterol toàn phần, triglycerides, LDL-C, HDL-C; axit uric, creatinine máu; SGOT/SGPT;
  - + Điện giải máu ( $\text{Na}^+$ ,  $\text{K}^+$ );
- Xét nghiệm nước tiểu 10 thông số;
- Điện tâm đồ.
- Các xét nghiệm khác và thăm dò chức năng để tìm nguyên nhân:
  - + Các hormone tuyến giáp: T3, T4, TSH (tìm nguyên nhân THA do tuyến giáp)
  - + Siêu âm ổ bụng, siêu âm tiết niệu: Tìm sỏi đường tiết niệu
  - + Các xét nghiệm, thăm dò chức năng chuyên sâu: Siêu âm mạch máu, tim, định lượng các yếu tố đông máu, men tim, chụp động mạch .v.v...khi có chỉ định.

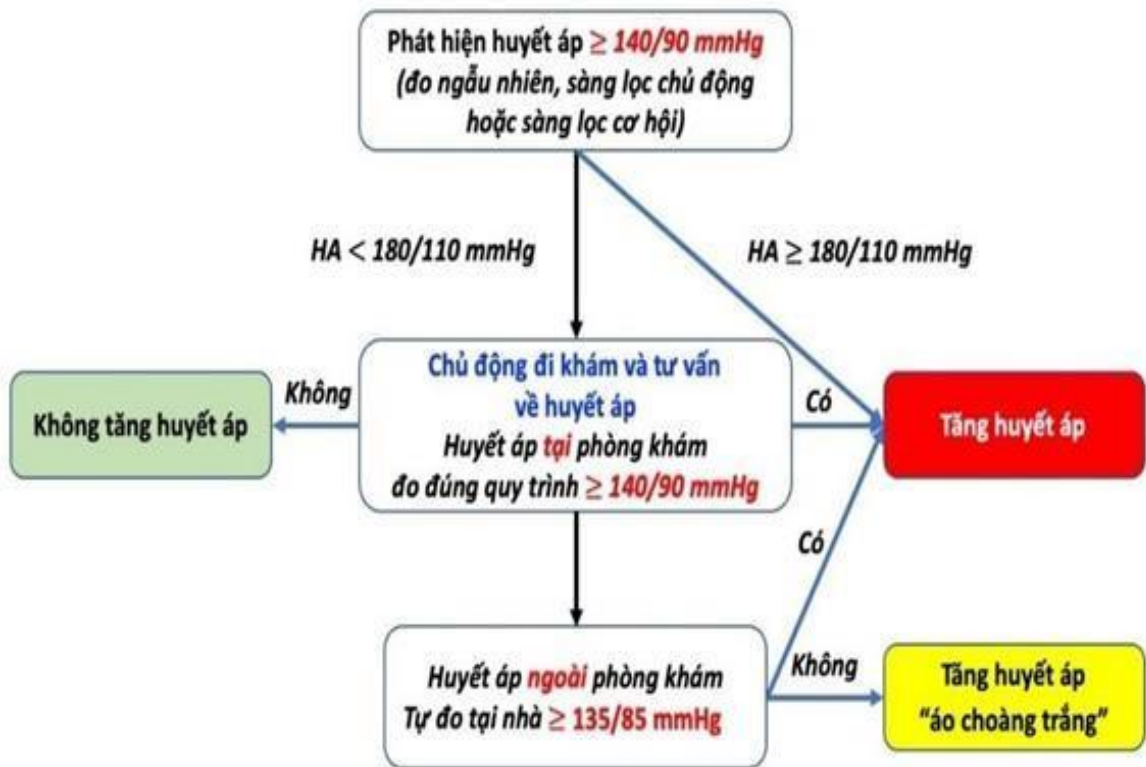


#### 4. Chẩn đoán THA

##### 4.1. Quy trình đo huyết áp: Chi tiết tại phụ lục

##### 4.2. Phân độ THA

| Phân độ huyết áp   | HA tâm thu (mmHg) | và/hoặc  | HA tâm trương (mmHg) |
|--------------------|-------------------|----------|----------------------|
| HA tối ưu          | < 120             | và       | < 80                 |
| HA bình thường     | 120 - 129         | và/hoặc  | 80 - 84              |
| 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           | $\geq 180$        | và/ hoặc | $\geq 110$           |



Sơ đồ 01. Các bước để khẳng định THA

#### 6. Chuyển tuyến đối với bệnh nhân THA

##### a) Chuyển tuyến trên

- THA ở người trẻ 40 tuổi.
- THA ở phụ nữ có thai hoặc nghi THA thứ phát.
- THA có nhiều bệnh nặng phối hợp, như suy tim, hen phế quản/COPD\*.v.v..

(COPD: Bệnh phổi mãn tính tắc nghẽn)



- THA đang quản lý điều trị có diễn biến bất thường, không đạt HA mục tiêu dù đã điều trị đủ  $\geq 3$  thuốc, với ít nhất 1 lợi tiểu hoặc không dung nạp với thuốc.
- THA nghi ngờ hoặc đã có biến chứng nặng (như tai biến mạch máu não, suy tim, bệnh mạch vành, phình tách động mạch chủ, suy thận, tiền sản giật...);
- Khi cần làm xét nghiệm cho lần đầu tiên mới phát hiện THA hoặc khám định kỳ 6-12 tháng (nếu TYT chưa làm được các xét nghiệm cơ bản).

#### *b) Tuyến trên chuyển về TYT*

- Những trường hợp bệnh nhân chuyển lên để làm xét nghiệm lần đầu hoặc theo định kỳ mà không thấy bất thường.
- THA đã được kiểm soát ổn định ở tuyến trên với một phác đồ hiệu quả, đạt mục tiêu điều trị THA, trên cơ sở phải có sẵn các thuốc THA tại TYT.

### **7. Điều trị THA**

#### *a) Nguyên tắc điều trị*

- Điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.
- Dùng thuốc kết hợp với điều trị YTNC.
- Chính liều thuốc theo YTNC.
- Mục tiêu điều trị THA nhằm ngăn ngừa hoặc làm chậm tiến triển các biến chứng của THA trên cơ quan đích: nghĩa là cần đạt “HA mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tổn thương cơ quan đích”. Cụ thể mục tiêu phải đưa huyết áp về đạt huyết áp mục tiêu như sau:

+ **HA tâm thu** từ 120 đến <130 mmHg (người <65 tuổi) và từ 130 đến < 140 mmHg (người  $\geq 65$  tuổi), có thể thấp hơn nếu dung nạp được.

+ **HA tâm trương** cần đạt từ 70 đến <80 mmHg.

- Khởi trị **sớm, tích cực để nhanh chóng** đạt HA mục tiêu trong 1-3 tháng.
- Chiến lược điều trị luôn gồm biện pháp thay đổi lối sống kết hợp thuốc hạ HA khi có chỉ định.

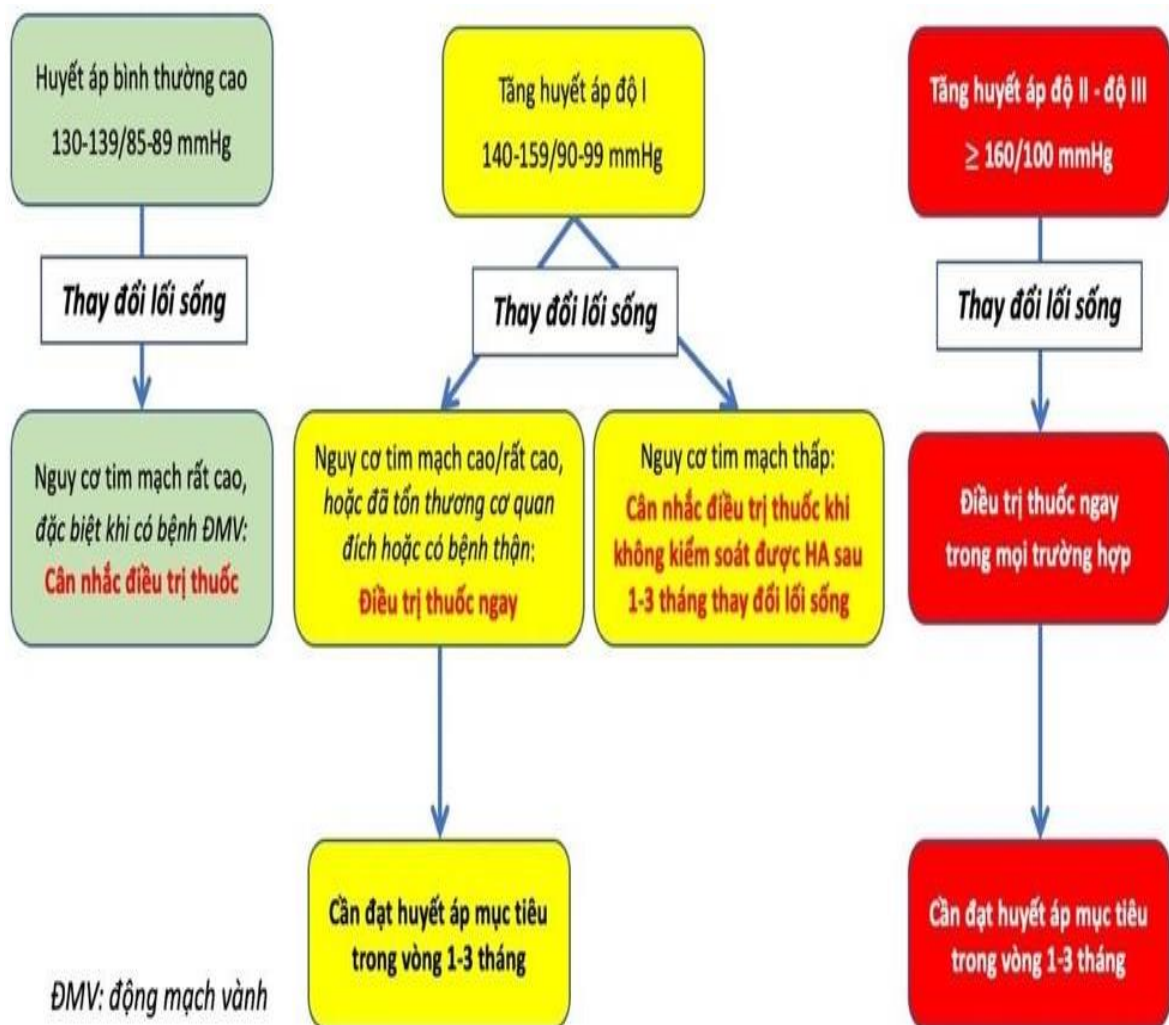
#### *- Thời điểm khởi trị THA:*

+ Khởi trị khi **HA  $\geq 140/90$  mmHg** ở người <80 tuổi hoặc  $\geq 160/90$  mmHg ở người  $\geq 80$  tuổi;

+ Khi HA từ 130-139/85-89 mmHg: cần thay đổi lối sống, cân nhắc phối hợp với điều trị thuốc khi nguy cơ tim mạch rất cao.

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

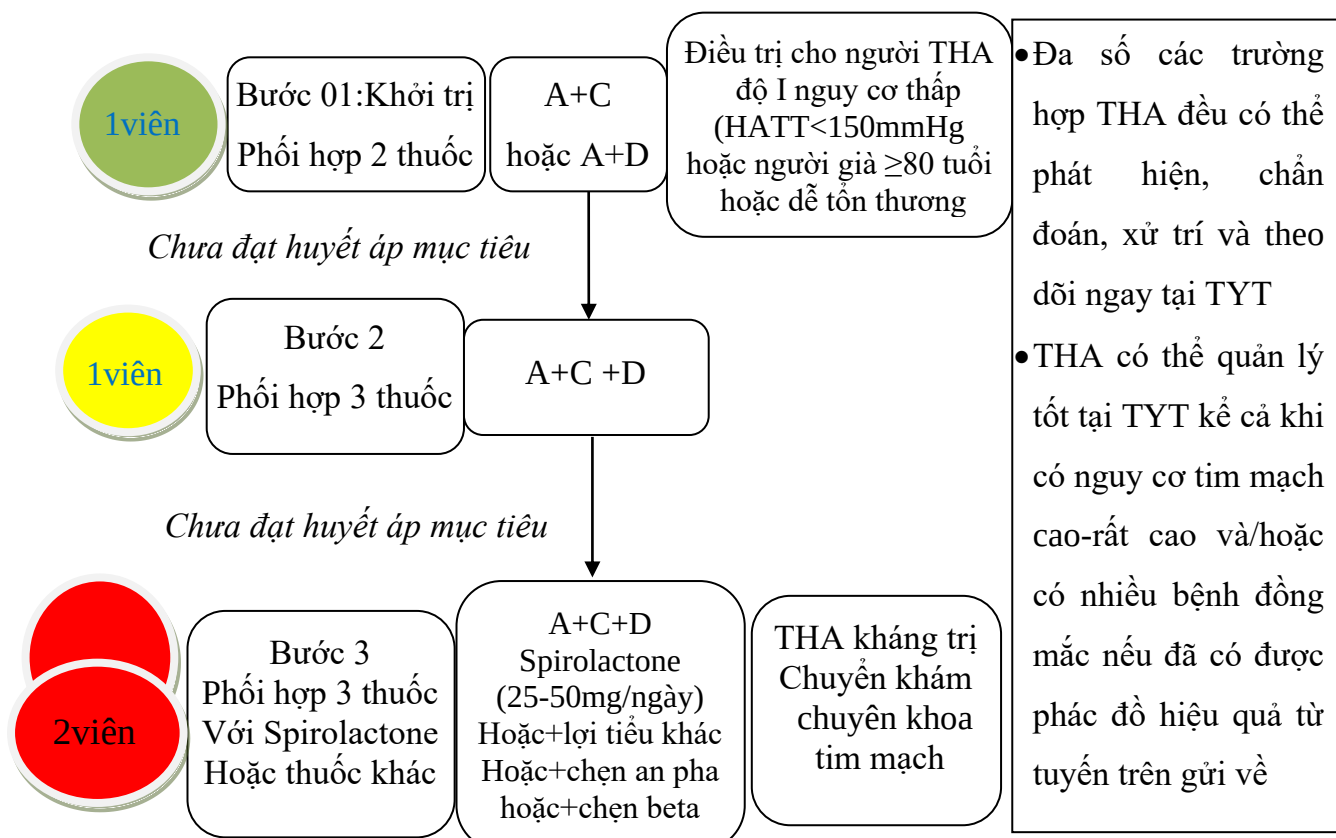
- **Kiểm soát đồng thời các yếu tố nguy cơ tim mạch** khác như ĐTĐ, rối loạn Lipít máu... để tăng tối đa hiệu quả dự phòng tổn thương cơ quan đích và giảm thiểu nguy cơ tim mạch tổng thể.



Sơ đồ 02. Chiến lược điều trị THA

#### b) Phác đồ chung điều trị THA khi không có chỉ định ưu tiên

Khi chưa đủ các thông tin về YTNC tim mạch khác, về tổn thương cơ quan đích và các bệnh lý phối hợp thì có thể khởi trị THA như đối với người không có chỉ định ưu tiên theo phác đồ sau:



A. Nhóm thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1;

C. Nhóm thuốc chẹn kênh can xi;

D. Nhóm thuốc lợi tiểu dạng thiazit

### Sơ đồ 03. Phác đồ chung điều trị THA khi không có chỉ định ưu tiên

- Nên phối hợp sớm 2 thuốc để nhanh chóng đạt HA mục tiêu. trừ các trường hợp THA độ I nguy cơ thấp, người ≥ 80 tuổi hoặc dễ tổn thương.

- Có thể hoá các lựa chọn thuốc hạ huyết áp hoặc khi có các chỉ định ưu tiên để chọn thuốc HA.

**c) Xử trí cấp cứu THA:** Khi HA ≥ 200/120 mmHg hoặc ≥ 180/110 mmHg nhưng có các biểu hiện như đau thắt ngực, đau đầu dữ dội, thở 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. Thì cần phải:

- Nằm nghỉ đầu thấp.
- Gọi ngay TYT hoặc cấp cứu 115.
- Không tự vận chuyển đến TYT hoặc bệnh viện.
- Không tự uống thuốc THA (trừ TYT có điện thoại chỉ định dùng).

**d) Mục tiêu điều trị THA**

- Số đo HA cần đạt “Đích” như sau:

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

+“**Đích HATTr**” là từ 70 mmHg đến < 80mmHg.

- 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.

- Kiểm soát tốt các YTNC tim mạch (nếu có) bao gồm cả rối loạn Lipid máu và bỏ hút thuốc lá. Kiểm soát được bệnh ĐTD (nếu có).

**8. Danh mục thuốc tại TYT**

| Thuốc uống                                               | Tên thuốc                                                | Liều khởi trị | Liều hàng ngày | Số lần dùng  |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|----------------|--------------|
| <b>Nhóm A</b><br>Tác động lên<br>hệ renin<br>angiotensin | <i>Loại ức chế men chuyển (ÚCMC)</i>                     |               |                |              |
|                                                          | Benazepril                                               | 5 mg          | 10-40 mg       | 1 lần/ngày   |
|                                                          | Captopril                                                | 12,5 mg       | 25-100 mg      | 2-3 lần/ngày |
|                                                          | Enalapril                                                | 2,5 mg        | 5-40 mg        | 1-2 lần/ngày |
|                                                          | Lisinopril                                               | 5 mg          | 10-40 mg       | 1 lần/ngày   |
|                                                          | Perindopril                                              | 2,5 mg        | 5-10 mg        | 1 lần/ngày   |
|                                                          | Ramipril                                                 | 2,5 mg        | 2,5-20 mg      | 1 lần/ngày   |
|                                                          | <i>Loại ức chế thụ thể AT1 của angiotensin II (ÚCTT)</i> |               |                |              |
|                                                          | Irbesartan                                               | 75 mg         | 150-300 mg     | 1 lần/ngày   |
|                                                          | Losartan                                                 | 25 mg         | 50-100 mg      | 1-2 lần/ngày |
|                                                          | Telmisartan                                              | 20 mg         | 20-80 mg       | 1 lần/ngày   |
|                                                          | Valsartan                                                | 80 mg         | 80-320 mg      | 1-2 lần/ngày |
| <b>Nhóm B</b><br>Chẹn beta<br>giao cảm<br>(CB)           | Bisoprolol                                               | 2,5 mg        | 5-10 mg        | 1 lần/ngày   |
|                                                          | Metoprolol                                               | 25 mg         | 50-100 mg      | 1-2 lần/ngày |
|                                                          | Carvedilol                                               | 6,25 mg       | 12,5-50 mg     | 2 lần/ngày   |
|                                                          | Nebivolol                                                | 2,5 mg        | 5-10 mg        | 1 lần/ngày   |
| <b>Nhóm C</b>                                            | <i>Loại dihydropyridine (DHP)</i>                        |               |                |              |

| Thuốc uống                            | Tên thuốc                                  | Liều khởi trị | Liều hàng ngày | Số lần dùng |
|---------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|----------------|-------------|
| Chẹn kênh canxi (CC)                  | Amlodipine                                 | 2,5 mg        | 5-10 mg        | 1 lần/ngày  |
|                                       | Felodipine                                 | 2,5 mg        | 5-20 mg        | 1 lần/ngày  |
|                                       | Lacidipine                                 | 2 mg          | 2-6 mg         | 1 lần/ngày  |
|                                       | Nifedipine chậm (SR)                       | 10 mg         | 20-120 mg      | 2 lần/ngày  |
|                                       | Nifedipine kéo dài (LA)                    | 15 mg         | 30-90 mg       | 1 lần/ngày  |
| <b>Nhóm D</b><br>Lợi tiểu             | <i>Lợi tiểu dạngthiazide</i>               |               |                |             |
|                                       | Hydrochlorothiazide                        | 6,25 mg       | 6,25-12,5mg    | 1 lần/ngày  |
|                                       | Indapamide                                 | 1,5 mg        | 1,5-3 mg       | 1 lần/ngày  |
|                                       | <i>Lợi tiểu kháng aldosterone</i>          |               |                |             |
|                                       | Spironolactone                             | 25 mg         | 25-75 mg       | 1 lần/ngày  |
| <b>Nhóm E</b><br>Các thuốc hạ áp khác | <i>Tác động lên hệ giao cảm trung ương</i> |               |                |             |
|                                       | Methyldopa                                 | 250 mg        | 250-2000 mg    | 2 lần/ngày  |
|                                       | Reserpine                                  | 0,1 mg        | 0,1-0,25 mg    | 1 lần/ngày  |

### 9. Chống chỉ định và thận trọng khi sử dụng thuốc hạ huyết áp

| Thuốc hạ huyết áp                                | Chống chỉ định                                                                                            | Thận trọng khi dùng                                                               |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Nhóm A<br>(Ức chế men chuyển/<br>Ức chế thụ thể) | Thai nghén<br>Tiền sử phù mạch<br>Tăng kali máu ( $> 5,5 \text{ mmol/L}$ )<br>Hẹp động mạch thận cả 2 bên | Phụ nữ trong tuổi sinh sản, không sử dụng biện pháp tránh thai đáng tin cậy       |
| Nhóm B<br>(Chẹn beta giao cảm – CB)              | Hen/co thắt phế quản<br>Blốc xoang nhĩ hoặc blốc nhĩ thất độ cao<br>Nhịp tim chậm ( $< 60$ chu kỳ/phút)   | Hội chứng chuyển hoá<br>Giảm dung nạp glucose<br>Người hoạt động thể lực tích cực |
| Nhóm C<br>(Chẹn kênh canxi-CC loại DHP)          |                                                                                                           | Nhịp tim nhanh<br>Suy tim mức độ NYHA độ III-IV<br>Phù chân nặng nề trước đó      |

| <b>Thuốc hạ huyết áp</b>                        | <b>Chống chỉ định</b>                                                                                                     | <b>Thận trọng khi dùng</b>                                                                 |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nhóm C<br>(Chẹn kênh canxi-<br>CC loại non DHP) | Blốc xoang nhĩ hoặc blocc nhĩ<br>thất độ cao<br>Nhịp tim chậm (< 60 chu<br>kỳ/phút)<br>Suy thất trái nặng (LVEF <<br>40%) | Táo bón                                                                                    |
| Nhóm D<br>(Lợi tiểu dạng<br>thiazide)           |                                                                                                                           | Gút<br>Hội chứng chuyển hoá<br>Giảm dung nạp glucose<br>Có thai<br>Tăng canxi, Hạ kali máu |
| Nhóm E<br>(Các thuốc khác)                      | Trầm cảm (với Reserpine)<br>Bệnh lý gan mật (với<br>Methyldopa)                                                           |                                                                                            |

## **Phụ lục. QUY TRÌNH ĐO HUYẾT ÁP BẰNG MÁY ĐO ĐIỆN TỬ**

### **1. Những điểm cần lưu ý trước khi đo huyết áp**

Nghỉ ít nhất 5 phút trước khi đo, không ăn, uống, tập thể dục, tắm ít nhất 30 phút trước khi đo huyết áp. Không cử động người và nói chuyện trong khi đo. Không đo huyết áp khi đang căng thẳng.

Ngồi trên ghế với bàn chân đặt trên mặt nền phẳng và đặt cánh tay lên bàn sao cho vòng bít ở ngang với tầm tim bạn.

### **2. Cách sử dụng**

**2.1. Cách lắp/thay pin:** Tháo nắp đậy pin, lắp pin “AA” vào khoang chứa pin sau đó đóng nắp đậy pin lại.

**2.2. Cách quấn vòng bít:** Xấn phần áo ở cánh tay cần đo, lồng tay vào vòng bít, mép cuối của vòng bít phải cách khuỷu tay từ 1 tới 2 cm. Dán miếng dính để cố định vòng bít.

*Lưu ý: Khi đo ở cánh tay phải, ống dẫn khí sẽ nằm ở bên cạnh khuỷu tay. Không đè khuỷu tay lên trên ống dẫn khí.*

**2.3. Vận hành máy đo huyết áp:** Sau khi vòng bít bắt đầu bơm hơi, ấn phím START/STOP, tất cả các biểu tượng sẽ hiện trên màn hình; kết quả trong vòng khoảng 01 phút.

*Lưu ý: Giữ nguyên tư thế trong suốt quá trình đo, không cử động, nói chuyện.*

**2.4. Dừng đo:** Ấn phím START/STOP để tắt máy và xả khí trong vòng bít, máy sẽ tắt trong vòng 02 phút.

**2.5. Sử dụng chức năng nhớ (tìm kết quả đo lần trước):** Ấn vào phím nhớ cạnh phím START/STOP sẽ hiển thị kết quả đo lần trước; máy nhớ được 30 kết quả đo từ trước.



Hình 6. Tự đo huyết áp tại nhà



## Bài 03. PHÒNG, CHỐNG BỆNH TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

### I. Mục tiêu học tập

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

1. Nêu được định nghĩa bệnh tiền ĐTĐ.
3. Nêu được các bước tự phát hiện tiền ĐTĐ.
4. Nêu được mục tiêu và các phương pháp chính để phòng và điều trị tiền ĐTĐ.

### II. Nội dung

#### 1. Định nghĩa

Tiền ĐTĐ là tình trạng bệnh lý khi nồng độ Glucose máu cao hơn bình thường, nhưng chưa đạt tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ, bao gồm những người rối loạn Glucose máu lúc đói, hoặc rối loạn dung nạp Glucose (RLDNG), hoặc tăng HbA1c.

Tiền ĐTĐ là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và ĐTĐ típ 2. Khoảng 5-10% người tiền ĐTĐ sẽ trở thành ĐTĐ hàng năm và tổng cộng 70% người tiền ĐTĐ sẽ thành ĐTĐ thực sự.

Tiền ĐTĐ liên quan với các yếu tố nguy cơ giống như bệnh ĐTĐ: thừa cân, béo phì, rối loạn Lipid máu, THA, ít hoạt động thể lực...

**Cơ chế bệnh sinh:** gồm nhiều yếu tố tác động bao gồm các gen nguy cơ, kháng insulin, tăng nhu cầu tiết insulin, ngộ độc Glucose, ngộ độc Lipid, rối loạn tiết/giảm hoạt động incretin, tích lũy amylin, giảm khối lượng tế bào bê ta tuyến tụy... kết cục làm giảm chức năng tế bào bê ta tiến triển. Mức độ giảm tiết insulin và đề kháng insulin xuất hiện từ rất sớm, trước khi được chẩn đoán ĐTĐ khoảng 13 năm và tăng dần theo thời gian. Do đó việc phát hiện sớm và can thiệp điều trị tích cực người mắc tiền ĐTĐ sẽ giúp giảm tỉ lệ mắc ĐTĐ típ 2 và dự phòng các biến chứng tim mạch và biến chứng khác do tăng Glucose máu (cả tăng lúc đói và sau ăn).

**Tỷ lệ mắc:** Theo Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF) năm 2019 toàn thế giới có 373,9 triệu người trong độ tuổi từ 20-79 có RLDNG (tương ứng với 7,5%). Dự báo

đến năm 2045, con số này sẽ tăng lên 548,4 triệu (8,6%), trong đó gần một nửa (48,1%) dưới 50 tuổi.

Ở Việt Nam, theo báo cáo của IDF 2019, tỉ lệ người bị RLDNG chiếm 8,6%, tương đương 5,3 triệu người, gấp 1,4 lần so với bệnh nhân ĐTĐ.

## II. Chẩn đoán

### 1. Sàng lọc tiền ĐTĐ

Muốn chẩn đoán được bệnh tiền ĐTĐ thì phải khám sàng lọc người có nguy cơ mắc ĐTĐ. Mục đích của sàng lọc là để phát hiện sớm số mới mắc tiền ĐTĐ để tư vấn, quản lý điều trị và phòng bệnh.

*Chi tiết tại phụ lục 01. Bảng hỏi sàng lọc người có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ và ĐTĐ*

### 2. Chẩn đoán xác định tiền ĐTĐ khi có một trong các rối loạn sau đây

- Rối loạn Glucose máu lúc đói (impaired fasting Glucose: IFG): Glucose huyết tương lúc đói từ 5,6 - 6,9 mmol/L. (Glucose máu lúc đói là xét nghiệm sau bữa ăn uống cuối cùng ít nhất 8 giờ) hoặc
- Rối loạn dung nạp Glucose (impaired Glucose tolerance: IGT): Glucose huyết tương sau 2 giờ từ 7,8 – 11,0 mmol/L khi làm nghiệm pháp dung nạp Glucose (NPDNG) bằng đường uống với 75 g Glucose, hoặc
- HbA1c: 5,7 – 6,4%.

#### Tiêu chí chẩn đoán tiền ĐTĐ

| Tiêu chí                                        | Tiền ĐTĐ          |
|-------------------------------------------------|-------------------|
| Glucose huyết tương khi đói                     | 5,6 – 6,9 mmol/   |
| Glucose huyết tương sau 2 giờ khi làm NPDNG 75g | 7,8 – 11,0 mmol/L |
| HbA1c (định lượng theo phương pháp chuẩn)       | 5,7 – 6,4%        |

*Lưu ý: HbA1c không có giá trị để chẩn đoán và theo dõi nếu có một trong các tình huống sau: Bệnh tế bào hình liềm, thai kỳ (3 tháng giữa và 3 tháng cuối thai kỳ và giai đoạn hậu sản). Thiếu Glucose-6-phosphate dehydrogenase, nhiễm HIV, lọc máu, mới bị mất máu hoặc truyền máu, đang điều trị với erythropoietin.*

## III. Cách phát hiện tiền ĐTĐ

### **3.1. Khuyến cáo làm xét nghiệm test nhanh để sàng lọc, phát hiện ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ ở người lớn không có triệu chứng cho các đối tượng sau:**

3.1.1. Người trưởng thành ở bất kỳ tuổi nào có thừa cân hoặc béo phì ( $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$ ) và có kèm một trong số các yếu tố nguy cơ sau:

- Có người thân đời thứ nhất (bố mẹ, anh chị em ruột, con đẻ) bị ĐTĐ.
- Tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch.
- THA ( $HA \geq 140/90 \text{ mmHg}$ , hoặc đang điều trị THA).
- HDL cholesterol  $< 0,9 \text{ mmol/l}$  và/hoặc triglyceride  $> 2,8 \text{ mmol/l}$ .
- Phụ nữ bị hội chứng buồng trứng đa nang.
- Ít hoạt động thể lực.
- Các tình trạng lâm sàng khác liên quan với kháng insulin (như béo phì nặng, dấu gai đen).

3.1.2. Phụ nữ đã được chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ cần theo dõi lâu dài, xét nghiệm ít nhất mỗi 3 năm.

3.1.3. Tất cả mọi người từ tuổi 45 trở lên.

3.1.4. Nếu các kết quả bình thường, xét nghiệm sẽ được làm lại trong vòng 1-3 năm sau hoặc ngắn hơn tùy theo kết quả ban đầu và các yếu tố nguy cơ.

### **3.2. Các bước khám phát hiện**

3.2.1. *Người nghi mắc tự khám: Theo phụ lục 01*

3.2.2. *Nhân viên y tế khám*

- Đánh giá nguy cơ mắc: *Theo phụ lục 02*

- Phát hiện các biểu hiện của tổn thương cơ quan đích (nếu có):

- + Khám thần kinh và khả năng nhận thức;
- + Khám tim: nghe tiếng tim, phát hiện tiếng thổi ở tim và động mạch cảnh;
- + Khám mạch ngoại biên, so sánh huyết áp 2 cánh tay;
- + Soi tổn thương đáy mắt.

- Các xét nghiệm thường quy cho người tiền ĐTĐ:

- + Hemoglobin;
- + Glucose máu khi đói; HbA1c

- + 4 chỉ số mỡ máu: cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglycerides;
- + Axit uric, creatinine máu và mức lọc cầu thận ước tính (eGFR);
- + Xét nghiệm SGOT/SGPT máu;
- + Xét nghiệm nước tiểu tìm albumin niệu;
- + Điện tâm đồ đủ 12 chuyển đạo.

**+ Chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp Glucose khi:**

Glucose máu lúc đói  $<5,6$  mmol/L hoặc HbA1c  $<5,7\%$  ở người có kèm theo các nguy cơ tiền ĐTĐ, ĐTĐ được liệt kê trong mục 3.1.1 (do NPDNG chẩn đoán tiền ĐTĐ và ĐTĐ nhạy hơn).

- Sơ đồ sàng lọc tiền ĐTĐ và ĐTĐ (*Theo phụ lục 03*)

## **IV. Điều trị tiền ĐTĐ**

### **4.1. Mục đích của điều trị tiền ĐTĐ**

- Đưa Glucose huyết trở về bình thường, ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến triển thành ĐTĐ; ngăn chặn và làm giảm các biến chứng do tăng Glucose huyết.
- Giảm nguy cơ bệnh tim mạch thông qua phát hiện và điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.

### **4.2. Mục tiêu điều trị**

- Mục tiêu HbA1c:  $<5,7\%$ .
- Giảm được ít nhất 3-7% cân nặng ở người thừa cân/béo phì và duy trì ở mức đó.
- Vòng eo  $<80$ cm với nữ giới,  $<90$ cm với nam giới.
- Đạt được hoạt động thể lực cường độ trung bình tối thiểu 30 phút/ngày, ít nhất 5 ngày mỗi tuần.
- Kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch (nếu có) bao gồm THA, rối loạn Lipid máu và bỏ hút thuốc lá.

### **4.3. Các phương pháp điều trị**

#### **4.3.1. Thay đổi lối sống**

##### *a. Can thiệp dinh dưỡng*

Can thiệp giảm cân bằng dinh dưỡng và hoạt động thể lực xuyên suốt quá trình điều trị cho người có nguy cơ là cốt lõi nhằm ngăn ngừa diễn tiến đến ĐTĐ

đối với người thừa cân, béo phì. Chế độ giảm cân thường khó duy trì lâu dài do đó sau những can thiệp tích cực ban đầu, người bệnh cần được tư vấn dùng thêm thuốc, hỗ trợ tâm lý. Khuyến cáo áp dụng chế độ ăn giảm năng lượng, giảm chất béo; với mức giảm cân dần dần cho người thừa cân, béo phì. Khuyến cáo lựa chọn thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp, nguyên hạt, giàu chất xơ, rau, hoa quả, không gia công chế biến công nghiệp, chất béo không no (dầu thực vật, cá).

Bên cạnh chế độ ăn giảm tổng năng lượng, một số thực phẩm được chứng minh có thể giảm nguy cơ tiền ĐTĐ, ĐTĐ như các loại hạt, sữa chua, cà phê, trà được khuyến khích sử dụng. Ngược lại các thực phẩm cần hạn chế như thịt đỏ, đồ ngọt, nhiều đường, các thức ăn chứa mỡ bão hòa (động vật).

Với người không thừa cân, béo phì: không cần giảm cân, chỉ thay đổi sự lựa chọn thực phẩm như trên.

*(Chi tiết về dinh dưỡng cho người bệnh trong Phụ lục 2).*

#### *b. Tăng hoạt động thể lực*

Người tiền ĐTĐ cần duy trì tập luyện và hoạt động thể lực nhằm đích tiêu hao khoảng 700kcalo/tuần tương đương với mức độ tập luyện cường độ trung bình 150 phút/tuần như đi bộ nhanh. Tối thiểu 30 phút mỗi ngày, ít nhất 5 ngày trong tuần. Mỗi lần không dưới 10 phút, giảm thời gian ngồi tĩnh tại. Tăng cường hoạt động trong ngày, kết hợp các loại hình tập luyện: aerobic, đi bộ, thể dục dụng cụ... Lựa chọn bài tập và mức độ tùy từng cá thể. Tập luyện giúp tăng độ nhạy insulin, cải thiện Lipid máu, giảm huyết áp, cải thiện kiểm soát Glucose máu, giảm nguy cơ tim mạch, giảm cân, tăng lượng cơ, tăng sức bền thể lực, ngăn ngừa/làm chậm diễn tiến đến ĐTĐ típ 2. Tập luyện có tác dụng tốt cho mọi đối tượng, mọi lứa tuổi.

*Lưu ý với người có bệnh tim mạch cần được bác sỹ đánh giá bệnh tim mạch trước luyện tập.*

Cần động viên tập luyện thường xuyên, mục đích là để người bệnh cam kết theo chương trình lâu dài, không nản và bỏ cuộc. Chương trình can thiệp được thay đổi linh hoạt trên khung qui định, tùy từng cá thể. Khuyến cáo các nhân viên y tế áp dụng kê đơn hoạt động thể lực cho người mắc tiền ĐTĐ.

### 4.3.2. Điều trị bằng thuốc

**a. Metformin** là nhóm thuốc chính được chỉ định điều trị tiền ĐTĐ

- **Chỉ định:**

+ Sau 3 tháng áp dụng chế độ ăn và luyện tập không kiểm soát được HbA1c <5,7%.

+ Những lần theo dõi sau ghi nhận Glucose máu tăng dần.

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

- $BMI \geq 25kg/m^2$
- < 60 tuổi.
- Phụ nữ có tiền sử ĐTĐ thai kỳ.
- Có cả rối loạn Glucose máu lúc đói và rối loạn dung nạp Glucose.
- Có các nguy cơ khác: một 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/24giờ, tăng dần liều, tối đa 2.000mg/24 giờ.

- **Theo dõi:** Chú ý 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.

### 4.4. Phát hiện và kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch

- THA.

- Rối loạn mỡ máu.

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

#### 4.5. Theo dõi

- Tần suất khám mỗi tháng 01 lần, xét nghiệm Glucose máu đói (HbA1c được thực hiện mỗi 3 tháng 1 lần).
- Bệnh cần thời gian điều trị lâu dài.
- Đối với những người có nguy cơ cao mắc tiền ĐTĐ/ĐTĐ nhưng kết quả xét nghiệm Glucose máu bình thường: xét nghiệm lại Glucose máu hàng năm.
- Ứng dụng công nghệ để hỗ trợ người mắc tiền ĐTĐ duy trì và tuân thủ chế độ can thiệp thay đổi lối sống tích cực là rất cần thiết. Tùy từng hoàn cảnh cụ thể của từng người (tuổi, trình độ nhận thức, mức độ kinh tế, sở thích, nghề nghiệp...) mà lựa chọn công nghệ phù hợp. Có thể sử dụng nền tảng web, tin nhắn, mạng xã hội zalo, viber, các ứng dụng chuyên biệt App... để cung cấp thông tin, theo dõi nhật ký ăn uống, tập luyện và đưa ra lời khuyên can thiệp, điều chỉnh kịp thời. Đồng thời khuyến khích, động viên người mắc tiền ĐTĐ, tạo cộng đồng chia sẻ tâm lý, kinh nghiệm, trợ giúp nhau.

**Phụ lục 01.**  
**Bảng hỏi sàng lọc người có nguy cơ mắc tiền ĐTĐ và ĐTĐ**  
**(Theo Hiệp Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ- ADA 2019)**

| <b>Câu hỏi</b>                                                                                                                                       | <b>Thang điểm</b>                                                                                                            | <b>Điểm số (0 điểm nếu không biết)</b> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Bạn bao nhiêu tuổi?                                                                                                                               | < 40 tuổi (0 điểm)<br>40-49 tuổi (01 điểm)<br>50-59 tuổi (02 điểm)<br>≥ 60 tuổi (03 điểm)                                    |                                        |
| 2. Giới tính của bạn là gì?                                                                                                                          | Nữ (0 điểm) Nam (1 điểm)                                                                                                     |                                        |
| 3. Nếu là nữ: bạn đã bao giờ bị chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ chưa?                                                                                          | Không (0 điểm) Có (1 điểm)                                                                                                   |                                        |
| 4. Bạn có cha, mẹ, anh, chị, em ruột, con đẻ bị ĐTĐ không?                                                                                           | Không (0 điểm) Có (1 điểm)                                                                                                   |                                        |
| 5. Bạn đã bao giờ được chẩn đoán THA chưa ?                                                                                                          | Chưa (0 điểm) Có (1 điểm)                                                                                                    |                                        |
| 6. Bạn có phải là người thường xuyên vận động không?                                                                                                 | Có (0 điểm)<br>Không (1 điểm)                                                                                                |                                        |
| 7. Bạn có thừa cân hay béo phì không?                                                                                                                | Không: BMI < 23 (0 điểm)<br>Thừa cân: BMI 23-25 (1 điểm)<br>Béo phì : BMI ≥ 25-30 (2 điểm)<br>Rất béo phì: BMI ≥ 30 (3 điểm) |                                        |
| Tổng số điểm từ câu 1-7                                                                                                                              |                                                                                                                              |                                        |
| Nếu tổng số điểm của bạn ≥ 5 điểm: bạn có nguy cơ cao mắc ĐTĐ típ 2. Bạn nên thăm khám bác sĩ để kiểm tra đường huyết nhằm tầm soát tiền ĐTĐ và ĐTĐ. |                                                                                                                              |                                        |



## Phụ lục 02: DINH DƯỠNG VỚI BỆNH NHÂN TIỀN ĐTĐ

Thực đơn mẫu: Cách tính nhu cầu năng lượng

**THỰC ĐƠN 1.500 KCAL**

**SÁNG:**



**TRƯA:**



**CHIỀU:**



**SÁNG:**

- Bún riêu cua
- Bún : 170g
- Đậu hũ chiên : 12g
- Chả lụa : 12g
- Huyết luộc : 15g
- Cua đồng : 33g
- Rau thơm : giá : 50g, hoa chuối 15g, rau xà lách : 10g

**Giữa sáng:**

- Thanh long : 200g

**TRƯA:**

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

**Giữa trưa:**

- Dâu tây : 190g

**CHIỀU:**

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

**Gia vị trong ngày:** muối 3g, nước mắm: 5g

### Giá trị dinh dưỡng của bữa ăn

- **Năng lượng:** 1495 kcal
- Đạm = 61.8g ( 17%)
- Béo = 42.3g ( 25%)
- Tinh bột = 218.4g( 58%)
- Xơ = 18.1g
- Na = 2273 mg



Giữa sáng



Giữa trưa

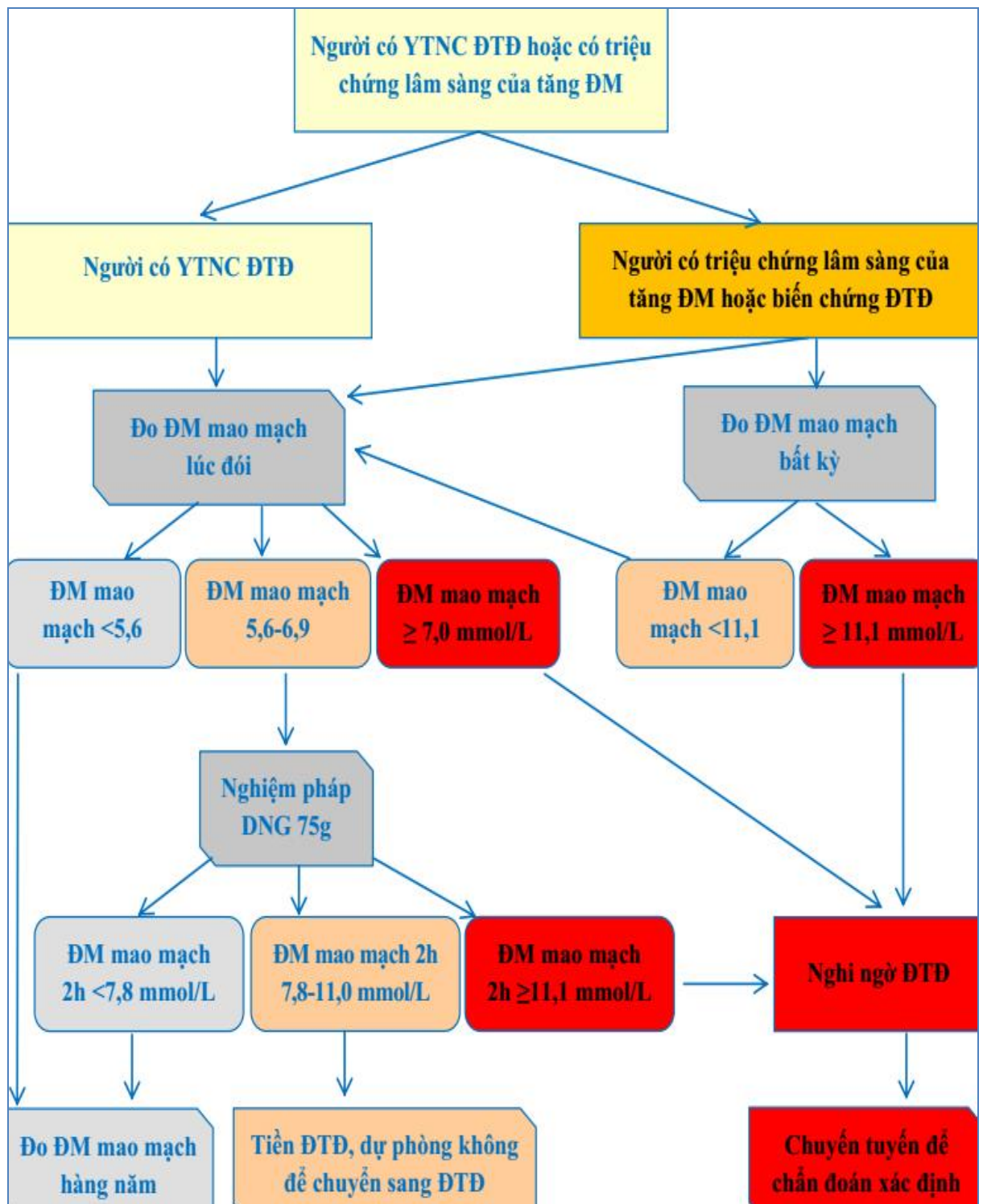
### Bước 1: Tính cân nặng lý tưởng (CNLT)

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

### Bước 2: Tính nhu cầu năng lượng

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

### Phụ lục 03. Sơ đồ sàng lọc, chẩn đoán tiền ĐTĐ/ĐTĐ



## Bài 04. CÁC BIỆN PHÁP PHÒNG CHỐNG BỆNH THA, ĐTD

### I. Mục tiêu học tập

*Sau bài này học viên có khả năng:*

1. Trình bày được các biện pháp phòng ngừa THA, ĐTD đối với cộng đồng.
2. Trình bày được biện pháp phòng ngừa đối với người bệnh THA.
3. Trình bày được biện pháp phòng ngừa đối với người bệnh ĐTD.

### II. Nội dung

#### 1. Các biện pháp phòng ngừa chung với cả bệnh THA và ĐTD

##### 1.1. Không hút thuốc lá, thuốc Lào (gọi chung là hút thuốc lá)

*- Với người hút thuốc cần:*

+ Hãy lên kế hoạch bỏ ngay từ hôm nay.

+ Nếu chưa thể bỏ được thuốc, hãy hút thuốc ở 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 hút gần mình, hút phải đúng nơi quy định.

##### 1.2. Không lạm dụng rượu, bia

- 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 trên 5 ngày/tuần. Không uống rượu/bia không rõ nguồn gốc.

- Một đơn vị rượu được tính bằng:

3/4 lon bia 330 ml (5%)      100 ml rượu vang      30 ml rượu mạnh



Hình 07. Các loại cốc/ly tương ứng với 01 đơn vị rượu

**1.3. Dinh dưỡng hợp lý:** Để dự phòng THA, ĐTD một các hiệu quả cần đặc biệt lưu ý chế độ dinh dưỡng hợp lý bao gồm 03 nội dung: ăn giảm muối, khẩu phần ăn hợp lý và duy trì cân nặng lý tưởng. Cụ thể như sau:

❖ **Nội dung thứ nhất: Ăn giảm muối:** Mỗi ngày, lượng muối cần thiết cho mỗi người là dưới 5 gram. Hiện nay, người Việt Nam có thói quen ăn mặn hơn rất nhiều so với tiêu chuẩn khuyến cáo. Vì vậy, mọi người cần thực hiện:

➤ **CHO BỚT MUỐI,**

➤ **CHẤM NHẸ TAY,**

➤ **GIẢM NGAY ĐỒ MẶN**

*(Chi tiết tại phụ lục 01 về ăn giảm muối)*

❖ **Nội dung thứ hai: Khẩu phần ăn hợp lý**

Theo khuyến cáo nên ăn nhiều rau xanh, cá, tôm, cua. Hạn chế ăn chất béo động vật như mỡ động vật, nước luộc thịt, sữa nguyên kem, bơ, pho mát; thay thế bằng chất béo thực vật: các loại đậu, lạc, vừng.v.v...

- Đảm bảo đủ các dưỡng chất từ 4 nhóm thực phẩm: đạm, đường, béo, vitamin, khoáng chất và chất xơ.

- Ăn nhiều các loại rau quả tươi (300-500g rau và 200-300g trái cây mỗi ngày), chọn lựa các loại rau và trái cây giàu kali và chất xơ vì có tác dụng tốt cho tim mạch, hỗ trợ phòng ngừa THA.

- Thực đơn nên có ít nhất 2-3 lần ăn cá trong tuần.

- Thường xuyên ăn đạm thực vật như đậu phụ, các loại đậu hạt, đỗ giá, lạc để thay một phần thịt cá.

- Dùng dầu thực vật như dầu đậu nành, dầu lạc, dầu vừng/mè, dầu gấc, mỡ cá.v.v..., thay cho mỡ lợn để bổ sung các chất omega 3, omega 6.

- Hạn chế ăn những thực phẩm chứa nhiều chất béo bão hòa và cholesterol làm tăng nguy cơ xơ vữa động mạch và đột quỵ. Những thực phẩm chứa nhiều chất béo bão hòa là mỡ động vật; thực phẩm chứa nhiều cholesterol là phủ tạng (lòng, gan, tim, cật, óc), da gà, da lợn, lòng đỏ trứng. Thực phẩm chứa nhiều chất béo dạng Trans tạo ra khi chiên nướng ở nhiệt độ cao là bánh quẩy, bánh bao rán, mì gói.



❖ **Nội dung thứ ba: Duy trì cân nặng lý tưởng qua chỉ số BMI**

$$\text{BMI} = \frac{\text{cân nặng (kg)}}{\text{chiều cao x chiều cao (m)}}$$

Chỉ số BMI để xác định tình trạng hiện tại của cơ thể có đang bị béo phì hay suy dinh dưỡng không và ở mức độ như thế nào.



Hình 8. Mức độ thừa cân béo phì

**Cân nặng lý tưởng = Chỉ số BMI x chiều cao (m) x chiều cao (m)**

Đối với người bệnh ĐTĐ, chỉ số BMI nên duy trì ở từ 18,5 đến 22,9, lý tưởng ở là 22. Từ chỉ số này tính ra cân nặng lý tưởng của một người theo bảng dưới đây:

| 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 đặc biệt nhấn mạnh chế độ giảm cân ở nam giới béo bụng: 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.*

### **1.4. Tăng cường hoạt động thể lực**

#### **a) Khái niệm**

- Hoạt động thể lực: Là tất cả các hoạt động dùng đến sức cơ dẫn đến tiêu thụ năng lượng, bao gồm các hoạt động sinh hoạt hàng ngày (lên đồi, thăm ruộng, đi chợ, leo cầu thang...) và những bài tập luyện.

- Tập luyện thể lực: Là một dạng hoạt động thể lực, là hoạt động có kế hoạch, nhằm rèn luyện thân thể.

#### **b) Yêu cầu và lợi ích của tập luyện thể lực**

##### **- Yêu cầu:**

+ Bảo đảm tối thiểu ở mức độ vừa (có tăng nhịp tim) và  $\geq 30$  phút/ngày x 5 ngày/tuần

+ Cần tập luyện ít nhất 2 lần/tuần (nếu sức khỏe cho phép).

##### **- Lợi ích của hoạt động thể lực**

+ Giảm Glucose máu do tăng sử dụng Glucose và tăng nhạy cảm Insulin.

+ Giảm cân và duy trì cân nặng.

+ Giảm huyết áp.

+ Giảm rối loạn Lipid máu.

+ Cải thiện hoạt động tim mạch.

+ Tập luyện đều đặn là tăng sức mạnh, độ dẻo dai và sự linh hoạt của cơ thể.

+ Giảm stress, giúp duy trì và cải thiện chất lượng cuộc sống.

#### **c) Luyện tập đúng cách**

- *Giai đoạn khởi động*: Từ 5-10 phút, giúp làm ấm người, nên thực hiện những động tác đơn giản, dễ, cường độ thấp để cơ ấm lên từ từ và dễ co duỗi khi vào bài tập vận động. Khởi động các khớp từ từ trên xuống dưới theo thứ tự từ đầu, cổ, tay, hông, đầu gối, cổ chân.

- *Giai đoạn tập luyện*: Thực hiện các bài tập vận động từ 20 - 30 p.

- *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 đưa cơ thể dần về trạng thái ban đầu.



Hoặc luyện tập ít nhất 75 phút mỗi tuần: Chạy, chơi bóng đá, bóng chuyền, tập võ, ...



Hạn chế các hoạt động tĩnh tại như ngồi xem ti vi, ngồi máy tính, nếu làm các công việc tĩnh tại trong văn phòng thì mỗi giờ cần có hoạt động thể lực 5- 10 phút.



Hình 9. Hoạt động thể lực để phòng chống THA, ĐTD

Ngoài các biện pháp thay đổi hành vi nguy cơ để dự phòng THA, ĐTD, mỗi người nên tạo cho mình một lối sống lành mạnh, làm việc, nghỉ ngơi hợp lý.

### 1.5. Vai trò của người thân trong gia đình người bệnh trong phòng chống bệnh THA, ĐTD

**1.5.1. Tầm quan trọng:** Người thân trong gia đình người bệnh THA, ĐTD có một vai trò rất quan trọng để giúp người bệnh thực hành tuân thủ tốt việc điều trị THA, ĐTD tại nhà, bởi vì:

- Điều trị THA, ĐTD chủ yếu là điều trị các YTNC, nên người bệnh rất dễ sao nhãng trong tuân thủ điều trị các YTNC.
- THA, ĐTD là các bệnh mãn tính, chủ yếu là điều trị tại nhà, nên rất cần sự giám sát, hỗ trợ của người thân trong gia đình, kể cả hỗ trợ về tâm lý.

- Nhiều người mắc THA, ĐTD là cao tuổi, có biến chứng, hay quên, mắt kém, không đọc được tên thuốc; nên rất cần sự quan tâm hỗ trợ của người thân.

### ***1.5.2. Người thân trong gia đình có người mắc THA, ĐTD phải làm gì?***

- Giám sát, đôn đốc người bệnh tuân thủ tư vấn, chỉ định điều trị của Bác sỹ về dùng thuốc, chế độ ăn uống, luyện tập.

- Đưa người bệnh đi khám bệnh định kỳ.

- Đi dự thay các buổi tập huấn/truyền thông phòng chống THA, ĐTD do TYT tổ chức, nếu người bệnh mắt kém, không đọc, không nghe được, không tự đi được.

- Trong gia đình phải có một người thân cùng tham gia tìm hiểu về bệnh THA, ĐTD để chia sẻ giúp người bệnh cùng sống chung suốt đời với bệnh.

## **2. Biện pháp phòng ngừa đối với người bệnh**

### ***2.1. Biện pháp phòng ngừa đối với người bệnh THA***

Ngoài những nội dung dự phòng THA, ĐTD áp dụng cho cộng đồng như trên, người bệnh THA nên áp dụng thêm những biện pháp sau để đề phòng ngừa biến chứng. Cụ thể như sau:

#### ***2.2.1. Dùng thuốc đúng cách***

- Uống đúng thuốc, đủ liều, đều đặn theo hướng dẫn của nhân viên y tế.

- Không tự ý dùng thuốc, thay đổi thuốc, tăng hoặc giảm liều thuốc.

- Không tự ý mua thuốc điều trị THA.

#### ***2.1.2. Đo huyết áp***

- Người mắc bệnh THA, nên tự mua một huyết áp kế điện tử (loại đo ở cánh tay) để tự kiểm tra huyết áp tại nhà cho mình; nên đo huyết áp ít nhất mỗi ngày 1 lần và ghi vào sổ theo dõi huyết áp. Nếu có dấu hiệu bất thường (đau đầu, khó thở, chóng mặt, buồn nôn, đổ mồ hôi .v.v...) cần nhanh chóng kiểm tra huyết áp.

- Đo huyết áp ở tư thế ngồi, tay để trên bàn sao cho nếp khuỷu ngang với tim.

- Đo huyết áp trong trạng thái nghỉ ngơi (ít nhất 5 phút trước đo), không dùng các chất kích thích có ảnh hưởng đến huyết áp (uống cà phê, hút thuốc lá.v.v..)

- Đo ít nhất 2 lần cách nhau ít nhất 5 phút và kết quả là trung bình cộng nếu số đo của 2 lần chênh nhau từ 5 mmHg trở lên.



- **Luôn và phải nhớ** chỉ số HA theo bảng sau:

| <b>Phân loại</b>   | <b>HATT (mmHg)</b> | <b>HATTr (mmHg)</b> | <b>Hành động</b>                              |
|--------------------|--------------------|---------------------|-----------------------------------------------|
| HA tối ưu          | <120               | <80                 | Duy trì chế độ dùng thuốc, ăn uống, sinh hoạt |
| HA bình thường     | < 130              | < 85                |                                               |
| HA bình thường cao | 130 – 139          | 85 – 89             |                                               |
| THA độ 1           | 140 – 159          | 90 – 99             | Liên hệ hoặc đến với TYT để được tư vấn       |
| THA độ 2           | 160 – 179          | 100 – 109           |                                               |
| THA độ 3           | ≥ 180              | ≥ 110               |                                               |

### **2.1.3. 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 hoặc huyết áp không đạt mục tiêu.

### **2.1.4. Tăng cường hoạt động thể lực**

Hoạt động thể lực đặc biệt cần thiết cho người bệnh THA vì giúp làm giảm đường máu, giảm nguy cơ béo phì, nâng cao sức khỏe, thoải mái tinh thần. Tuy nhiên, để hoạt động thể lực phù hợp, người bệnh ĐTD nên tuân thủ cách vận động và luyện tập dưới đây:

- Nên thực hiện đủ 3 giai đoạn trong mỗi buổi tập.

- Tập luyện với cường độ ở mức trung bình: Nhận biết cường độ tập dựa vào nhịp tim, qua giọng nói.

- 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.

- 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, bóng chuyền hơi, bơi lội, dưỡng sinh, khiêu vũ dưỡng sinh.v.v...

+ Các môn thể thao KHÔNG THÍCH HỢP: tập tạ, lặn, leo núi, đu bám, chạy nhanh, chạy đường dài, đua xe, bóng chuyền da, quần vợt, bóng rổ.

- 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, tay áo lỏng để dễ đo huyết áp.

- + 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 huyết.

❖ **Một số vấn đề cần lưu ý khi luyện tập và sinh hoạt**

- Người bệnh THA không tập luyện nếu 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 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.

- Tắm không nên quá 15 phút để đề phòng nhiễm lạnh, tắm phải ở phòng kín tránh gió lùa.

- Hạn chế uống nhiều nước trước khi đi ngủ để đêm đỡ phải dậy đi tiểu. Nếu phải dậy đi tiểu đêm thì phải dậy từ từ, mặc ấm thì mới bước xuống giường.

### **2.1.5. Giảm căng thẳng**

- Tránh những tình huống dễ căng thẳng.

- Đặt mục tiêu phù hợp với bản thân.

- Rèn luyện khả năng thích nghi với Stress, chấp nhận Stress có thể xảy ra.

- Suy nghĩ lạc quan, tích cực.

### **2.2. Biện pháp phòng ngừa đối với người bệnh ĐTD**

Ngoài những nội dung dự phòng áp dụng cho cộng đồng, người bệnh ĐTD cần lưu ý thêm những nội dung sau để việc điều trị có hiệu quả và đề phòng biến chứng. Cụ thể như sau:

### **2.2.1. Dùng thuốc đúng hướng dẫn của cán bộ y tế**

- 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 hoặc tự mua thuốc điều trị ĐTĐ.

### **2.2.2. Đo đường huyết**

Người bệnh có thể tự kiểm tra đường huyết bằng máy đo đường huyết cá nhân ít nhất mỗi tháng một lần (nếu có) và ghi vào sổ cá nhân để theo dõi. Nếu có dấu hiệu bất thường liên hệ ngay với cơ sở y tế gần nhất.

### **2.2.3. Đến khám tại cơ sở y tế**

Đến TYT khám và xét nghiệm ĐHMM định kỳ ít nhất một tháng một lần để được điều chỉnh thuốc; được tư vấn chế độ ăn uống, luyện tập cho phù hợp, phát hiện sớm các biến chứng của bệnh.

### **2.2.4. Nguyên tắc chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân ĐTĐ (ngoài giảm muối)**

- *Nguyên tắc chung về dinh dưỡng* = Cung cấp đủ nhu cầu năng lượng và các chất dinh dưỡng (đủ 4 nhóm thực phẩm chính) + Ổn định đường huyết + Giữ mỡ trong máu ở mức tối ưu.
- *Nguyên tắc chọn thực phẩm*: chọn các thực phẩm có chỉ số đường huyết thấp để không gây tăng đường huyết sau khi ăn + tăng nhiều rau, củ, quả tươi trong khẩu phần ăn + chọn thực phẩm ít chất béo để không làm tăng mỡ trong máu.
- *Nguyên tắc chia bữa ăn*: Nên ăn 3 bữa chính và 1-2 bữa phụ + thay đổi thói quen là ăn chính vào bữa sáng, trung bình vào bữa trưa và nhẹ nhất vào bữa tối.
- *Nguyên tắc chế biến thức ăn*: ăn 15-20 loại thực phẩm thực phẩm khác nhau mỗi ngày để cung cấp được đủ các chất dinh dưỡng + thay đổi các món ăn + chế biến món ăn dạng luộc, hấp, nấu canh, sa lát rau trộn .v.v...
- *Nguyên tắc chọn thực phẩm thay thế*: Tổng lượng thực phẩm mỗi ngày không thay đổi + Chọn thực phẩm cùng nhóm theo công thức định lượng tương đương + Nếu tăng loại thức ăn này thì giảm loại kia.

### **2.2.5. Tăng cường hoạt động thể lực**

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. Nội dung tăng cường hoạt động thể lực như với người bệnh THA.

### **2.2.6. Xử trí khi có biến chứng hạ đường huyết**

- *Nguyên nhân:* Người bệnh thực hiện chế độ ăn quá khắt khe, dùng thuốc quá liều hoặc luyện tập quá mức.
- *Biểu hiện:* Cồn cào, vã mồ hôi, hoa mắt.
- *Xử trí:*
  - + Khi có biến chứng hạ đường huyết nên uống nước đường, ăn bánh, kẹo, sau đó đi kiểm tra lại.
  - + Luôn mang theo đường, bánh, kẹo hoặc các đồ ngọt khác.
  - + Nếu không đỡ: Chuyển lên TYT.

### **2.2.7. Phòng tránh biến chứng bàn chân**

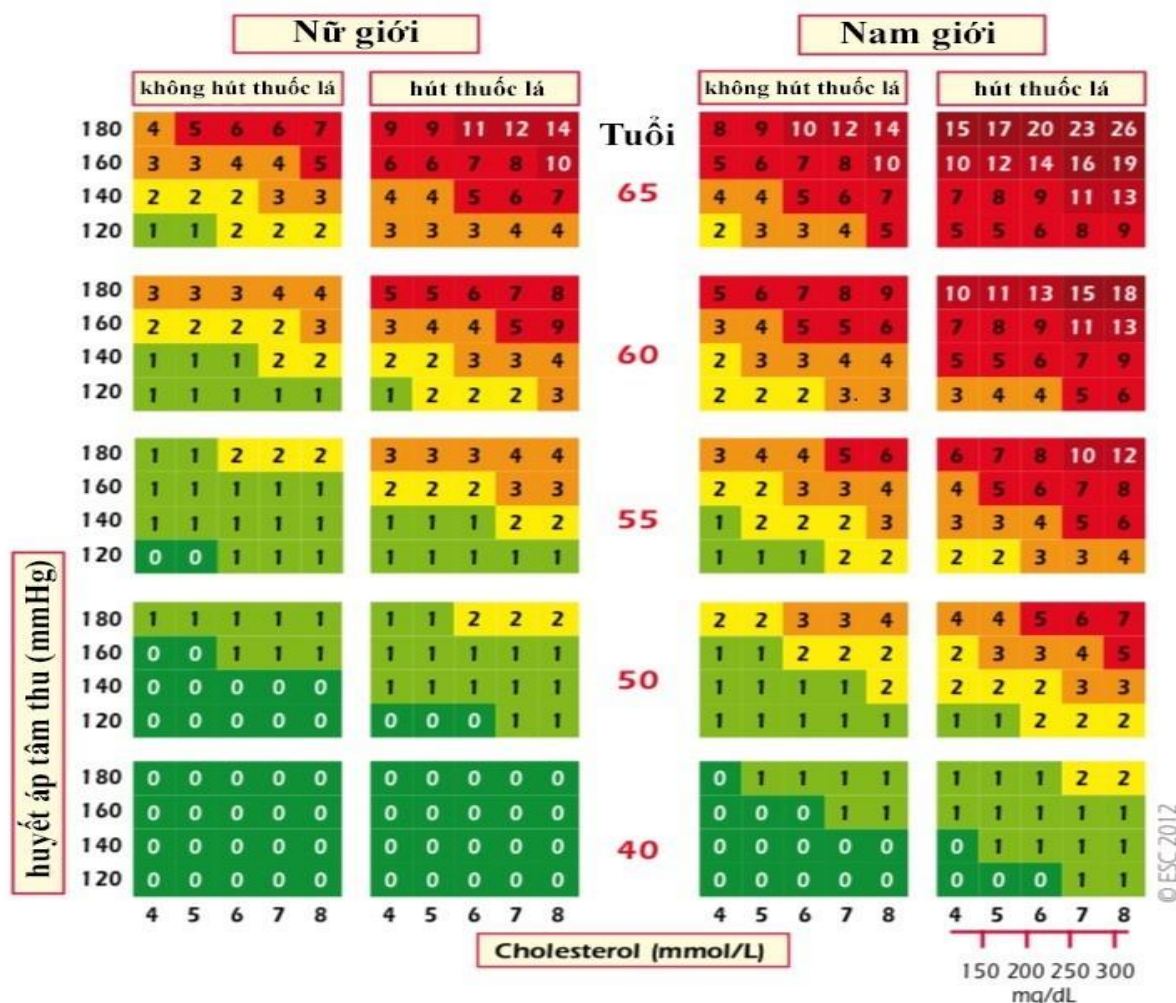
- *Nguyên nhân:* Tổn thương mạch máu và thần kinh, nồng độ đường trong máu cao tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển, khi có vết thương sẽ lâu lành.
- *Biểu hiện:* Bàn chân khô, bong, nứt nẻ, mất cảm giác, móng chân dày, bờ, nặng hơn là loét bàn chân, hoại tử ngón chân.v.v...
- *Cách phòng, tránh:*
  - + Nên: đi giày, dép mềm, kiểm tra, rửa và lau khô bàn chân hàng ngày.
  - + Không nên: Chườm nóng hoặc ngâm chân vào nước nóng >30°C vì sẽ phòng rộp bàn chân; cắt móng chân sát da; dứt, 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.

## **3. Phân tầng nguy cơ tim mạch tổng thể cho người THA**

**Nguy cơ tim mạch tổng thể** (gọi tắt là nguy cơ tim mạch) phản ánh nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch trong một khoảng thời gian, thường được tính trong 10 năm.

Để đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể, Hội Tim mạch Việt Nam áp dụng mô hình phân tầng nguy cơ của Hội Tim Mạch Châu Âu, sử dụng thang điểm SCORE để đánh giá nguy cơ tim mạch trong 10 năm.

Thang điểm đánh giá nguy cơ tim mạch trong 10 năm bao gồm 5 yếu tố nguy cơ là: HATT, tuổi, giới, tình trạng hút thuốc lá, nồng độ Cholesterol/máu.



Biểu đồ nguy cơ tim mạch tổng thể trong 10 năm

Nguy cơ tim mạch tổng thể (gọi tắt là nguy cơ tim mạch) phản ánh nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch trong một khoảng thời gian nhất định, thường được tính trong 10 năm.

Nguy cơ tim mạch được phân loại thành các mức

**“Thấp”:** nguy cơ tử vong 10 năm < 1%

**“Trung bình”:** nguy cơ tử vong 10 năm 1-5%

**“Cao”:** nguy cơ tử vong 10 năm 5- <10%

**“Rất cao”:** nguy cơ tử vong 10 năm ≥ 10%

**3.1. Nguy cơ rất cao:** khi có 1 trong các yếu tố sau:

- Đã có bệnh/biến cố tim mạch như: bệnh động mạch (ĐM) vành, ĐM não, ĐM chủ, ĐM ngoại vi;

- Có ĐTD kèm tổn thương cơ quan đích (như protein niệu) hay có kèm 1 yếu tố nguy cơ tim mạch chính (THA độ III hay cholesterol toàn phần máu  $\geq 8$  mmol/L;
- Suy thận nặng mức lọc cầu thận (MLCT)  $< 30$  ml/phút;
- Nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE  $> 10\%$

**3.2. Nguy cơ cao:** khi có 1 trong các yếu tố sau:

- Tăng rõ 1 trong các yếu tố nguy cơ tim mạch: THA  $\geq 180/110$  mmHg, rối loạn Lipid máu: cholesterol toàn phần  $\geq 8$  mmol/L;
- Có ĐTD chưa có tổn thương cơ quan đích;
- THA đã có dày thất trái;
- Suy thận vừa, MLCT từ 30-59 ml/phút;
- Nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE từ 5-10%.

**3.3. Nguy cơ trung bình**

Các đối tượng có nguy cơ trung bình khi điểm SCORE  $\geq 1\%$  và  $< 5\%$ .

**3.4. Nguy cơ thấp:** Các đối tượng có nguy cơ thấp khi điểm SCORE  $< 1\%$ .

**4. Thực hành tự đo huyết áp và đánh giá các YTNC của ĐTD**

**4.1. Đối tượng**

- Bệnh nhân ĐTD hoặc bệnh nhân mắc cả THA và ĐTD: thường xuyên tự kiểm tra huyết áp.
- Đối với bệnh nhân chỉ mắc THA: thường xuyên tự kiểm tra đánh giá nguy cơ mắc ĐTD.

**4.2. Mục đích, yêu cầu**

- Để đánh giá kết quả điều trị THA và ĐTD.
- Định kỳ tự đo các chỉ số huyết áp, BMI, vòng eo để tính điểm nguy cơ mắc ĐTD (nếu là bệnh nhân THA đơn thuần, chưa mắc ĐTD).

**4.3. Cách thực hiện:** Chi tiết tại phụ lục 02. *Thực hành tự đo huyết áp và đánh giá các YTNC của ĐTD*

## Phụ lục 01. THỰC HÀNH GIẢM MUỐI ĂN

**Yêu cầu: Giảm một nửa muối ăn hàng ngày để phòng chống THA, TBMMN và ĐTD**

Để thực hành ăn giảm muối hiệu quả cần tuân thủ 3 nội dung sau đây:

**Nội dung 1: Cho bớt muối và gia vị chứa nhiều muối (GVNM)**

- Hạn chế cho muối và gia vị chứa nhiều muối vào thực phẩm khi sơ chế, tẩm ướp và nấu:

+ Hãy giảm từ từ cho đến khi giảm một nửa lượng muối và GVNM mà bạn đang cho vào khi chế biến món ăn.

+ Hãy nêm thức ăn trước khi muốn cho thêm muối và GVNM

+ Hãy kiểm soát được lượng muối và GVNM cho vào thực phẩm.

+ Không cho muối hoặc GVNM vào nước luộc rau.

- Lựa chọn phương pháp chế biến: Hãy tăng cường ăn các món luộc, hấp thay cho các món kho, rim hay rang.

**Lựa chọn phương pháp chế biến:** Hãy tăng cường ăn các món luộc, hấp thay cho các món kho, rim hay rang.



Cá trắm kho (120g): 2g



Cá trắm kho (120g): 0.1g



Thịt lợn ba chỉ kho tàu (100g): 3g



Thịt lợn ba chỉ luộc (100g): 0.14g

Hình 10. Lựa chọn phương pháp chế biến để giảm muối





Rau muống xào (300g): 1.3 g



Rau muống xào (300g): 0.26 g



Đậu phụ sốt cà chua (180g): 3 g



Đậu phụ luộc (180g): 0.03 g



Hình 11. Các biện pháp giảm muối

Hãy sử dụng các gia vị khác (tiêu, ớt, tỏi ...) để ăn ngon hơn mà không cần dùng nhiều muối. Hãy tự nấu ăn ở nhà để kiểm soát được lượng muối cho vào món ăn.

### Nội dung 2: Chấm nhẹ tay



Hình 12. Chấm nhẹ tay

- Hạn chế để nước mắm, nước tương, và muối trên bàn ăn.
- Hạn chế chấm và bỏ thói quen chấm ngập thực phẩm vào nước chấm và GVNM khi ăn. Hãy pha loãng nước mắm để chấm khi ăn.



- Không chấm các món ăn đã mặn (món kho/rim/rang, dưa/cà/thịt/cá muối ...) vào muối hay nước chấm.

- Không ăn trái cây chấm với muối và GVNM.

- Không nên rưới nước mắm, nước kho cá/thịt, nước sốt vào cơm.

- Không nên cố uống hết nước phở, bún, miến, nhất là khi ăn ở hàng quán.

### ***Nội dung 3: Giảm ngay đồ mặn***



*Hình 13. Giảm ngay đồ mặn*

- Hãy hạn chế các thực phẩm chế biến sẵn chứa nhiều muối

- Tăng ăn thực phẩm tự nhiên.

- Hãy đọc hàm lượng muối trên nhãn thực phẩm trước khi mua.

- Hàm lượng muối = hàm lượng Natri (sodium) x 2,5

Ví dụ: 40 mg x 2,5 = 100 mg muối.

- Nên sử dụng muối và gia vị mặn ít Natri.

- Giảm muối giúp đưa huyết áp về mức lý tưởng do vậy mọi người đều thực hiện ăn giảm muối

- Người mắc bệnh tim-mạch, ĐTĐ cần tuân thủ nghiêm ngặt hơn chế độ ăn giảm muối.

**Phụ lục 02.**  
**THỰC HÀNH TỰ ĐO HUYẾT ÁP, TÍNH CHỈ SỐ BMI, ĐO VÒNG EO**  
**VÀ ĐÁNH GIÁ CÁC YTNC CỦA ĐTD**

**1. Tính chỉ số khối cơ thể (chỉ số BMI)**

**a) Hướng dẫn cân nặng**

**- Dụng cụ cân**

- + Cân đồng hồ (nếu có); ngoài ra, có thể sử dụng các loại cân khác
- + Đặt cân trên nền bằng phẳng, chỉnh kim về vị trí 0.

**- Đối với người được cân**

- + Bỏ giày, dép ...
- + Cởi, bỏ 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 để tính chỉ số BMI. (làm tròn số đến lạng).

**b) Hướng dẫn đo chiều cao**

**- Dụng cụ**

- + Dùng thước dây gắn lên tường (nếu có).
- + Ngoài ra, có thể sử dụng thước gỗ hoặc thước đo chiều dài khác.

**- Đối với người được đo**

- + Bỏ giày, dép....
- + Bỏ mũ hoặc khăn trùm đầu (nếu có).
- + Đứng thẳng người, 2 gót chân chạm nhau, hai tay thả lỏng 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 để tính chỉ số BMI (không làm tròn số).

**c) Thay vào công thức để tính chỉ số BMI**

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.

**d) Đo vòng eo**

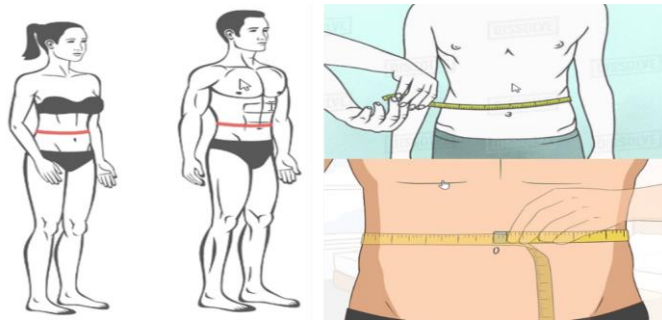
- **Dụng cụ đo:** Thước dây loại không co giãn.

- **Đối với người được đo**

- + Cởi, bỏ 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.



Hình 14. Đo vòng eo

**d) Đo HA:** Xem bài 2. Chẩn đoán và điều trị bệnh THA

**đ) Tính điểm nguy cơ ĐTD của người bệnh THA**

- Tính điểm nguy cơ ĐTD của người bệnh THA nên thực hiện năm 2-4 lần
- Dựa trên các kết quả thu thập từ tự đo huyết áp, tự tính chỉ số BMI, đo vòng eo như trên và tự điền các thông tin liên quan của mình về tuổi, giới, tiền sử gia đình; người bệnh THA có thể tự tính được mình có nguy cơ mắc ĐTD hay không, dựa vào bảng dưới đây:

### BẢNG CHẤM ĐIỂM NGUY CƠ MẮC ĐTD

| Thông tin đối tượng               | Chỉ số                       | Điểm              |
|-----------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Tuổi                              | Dưới 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                 |
|                                   | $\geq 27,5$                  | 5                 |
| Vòng eo                           | Nam <90; Nữ <80              | 0                 |
|                                   | Nam $\geq 90$ ; Nữ $\geq 80$ | 2                 |
| HA                                | HA < 140/90                  | 0                 |
|                                   | HA $\geq 140/90$             | 2                 |
| Tiền sử gia đình có người mắc ĐTD | Không                        | 0                 |
|                                   | Có                           | 4                 |
|                                   | <b>Tổng cộng điểm</b>        | <b>..... điểm</b> |

#### 3.3. Xử lý kết quả sau tính điểm nguy cơ mắc ĐTD

Nếu tổng số điểm  $\geq 6$ : người bệnh THA có nguy cơ mắc ĐTD, thì cần: đến TYT để làm xét nghiệm ĐHMM. Kết quả xét nghiệm ĐHMM lúc đói tại TYT có thể là:

- Nếu ĐHMM <5,6 mmol/l: Bệnh nhân THA không có rối loạn dung nạp Glucose huyết thì tiếp tục thực hiện tốt chế độ ăn uống, luyện tập, định kỳ xét nghiệm ĐHMM năm 01 lần.

- Nếu ĐHMM  $\geq 7$  mmol/l: TYT sẽ giới thiệu bệnh nhân lên tuyến huyện xét nghiệm đường huyết tĩnh mạch để khẳng định lại chẩn đoán ĐTD.

- Nếu ĐHMM 5,6-6,9 mmol/l: Bệnh nhân sẽ được làm nghiệm pháp dung nạp Glucose huyết. Nếu:

+ ĐHMM  $\geq 11,1$  mmol/l: TYT sẽ giới thiệu bệnh nhân lên tuyến huyện xét nghiệm đường huyết tĩnh mạch để khẳng định lại chẩn đoán.

+ ĐHMM 7,8-11,0 mmol/L: Bệnh nhân được chẩn đoán là rối loạn dung nạp Glucose huyết thì đưa vào điều trị tiền ĐTD.

## **Bài 5. CHẾ ĐỘ ĂN CHO NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**

### **I. Mục tiêu học tập**

*Sau bài này học viên có khả năng:*

1. Trình bày được tầm quan trọng và nguyên tắc chế độ ăn trong điều trị ĐTĐ.
2. Trình bày được các loại thực phẩm nên dùng và không nên dùng.

### **II. Nội dung**

#### **1. Tầm quan trọng của chế độ ăn trong điều trị ĐTĐ**

Dinh dưỡng trong chế độ ăn của người bị ĐTĐ là chế độ ăn hợp lý nhằm nâng cao sức khỏe và tuổi thọ để chung sống lâu dài với bệnh. Chế độ ăn trong điều trị ĐTĐ phải là một thói quen ăn uống theo một chế độ ăn cân đối và điều hòa.

Chế độ ăn không những rất quan trọng để kiểm soát đường máu mà còn ngăn ngừa các biến chứng; đồng thời cũng là nguyên tắc của thói quen ăn uống cho cuộc sống khỏe mạnh. Hay nói cách khác chế độ ăn cho điều trị ĐTĐ không phải là chế độ ăn đặc biệt gì cả mà là một chế độ ăn hợp lý.

#### **2. Nguyên tắc của chế độ ăn trong điều trị ĐTĐ**

##### **2.1. Đảm bảo đúng mức năng lượng và cân đối về dinh dưỡng**

- Ăn đúng lượng thực phẩm cần thiết hàng ngày để duy trì cân nặng hợp lý (không làm thiếu, thừa cân), cần thiết cho phát triển và lớn bình thường (đối với trẻ em).
- Số lượng thực phẩm khác nhau cho mỗi đối tượng phụ thuộc vào tuổi, chiều cao, cân nặng và công việc hàng ngày.
- Bữa ăn phải cân đối các thành phần dinh dưỡng hợp lý (VD: glucid, protein, lipid, vitamin và khoáng, chất xơ) cần thiết cho sức khỏe.
- Gần như không có loại thực phẩm nào mà người bệnh không thể ăn và cũng như không có loại thực phẩm nào đặc biệt tốt cho người bệnh ĐTĐ.
- Điều quan trọng là phối hợp đúng các loại thực phẩm hàng ngày với số lượng và thời gian hợp lý.

**2.2. Chế độ ăn không làm tăng Glucose máu nhiều sau bữa ăn và cũng không làm hạ Glucose máu lúc xa bữa ăn**

Đặc điểm của bệnh ĐTĐ là đường máu thường tăng cao sau bữa ăn, nếu không kiểm soát tốt sẽ gây ra nhiều bệnh lý mãn tính như các bệnh lý thận, bệnh lý thần kinh.... người bệnh ĐTĐ cũng có thể bị hạ đường máu ở xa bữa ăn, đây là một cấp cứu thường gặp và có thể tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

Vì vậy để kiểm soát đường máu tốt, chế độ ăn cần được phân chia nhỏ vào các thời điểm thích hợp cho người bệnh.

### **2.3. Chế độ ăn không làm tăng các YTNC như rối loạn mỡ máu, THA, suy thận**

- Người bệnh ĐTĐ thường kèm theo các rối loạn chuyển hóa, nên trong điều trị điều quan trọng cần phải ngăn ngừa các các biến chứng như bệnh lý thận, mắt, thần kinh, xơ vữa động mạch.

- Ngăn ngừa các biến chứng chính là kiểm soát mức đường máu bằng cách tuân thủ nghiêm ngặt bữa ăn, đặc biệt là ngăn ngừa thừa cân, béo phì, ngăn ngừa THA (giảm muối ăn xuống dưới 5g/ngày). Ngăn ngừa tăng lipít máu bằng giảm thực phẩm nhiều mỡ, nhất là mỡ động vật vì có nhiều Cholesterol và chất béo bão hòa.

### **2.4. Chế độ ăn phải phù hợp với tập quán, thói quen ăn uống của bệnh nhân, không làm thay đổi quá nhanh và nhiều cơ cấu cũng như là khối lượng của các bữa ăn**

- Đây là điểm quan trọng của chế độ ăn trong điều trị ĐTĐ, nó chỉ thành công khi người bệnh áp dụng trong các bữa ăn hàng ngày.

- Ở người bình thường, một chế độ ăn thay đổi nhiều cũng không ảnh hưởng đến đường máu, nhưng ở người bệnh ĐTĐ thì khi thay đổi chế độ ăn quá nhiều so với chế độ cũ, có thể dẫn đến hậu quả không mong muốn. Đó là do người bệnh ĐTĐ thiếu yếu tố điều chỉnh Glucose, **chính là Insulin**.

- Vì vậy người bệnh ĐTĐ phải có một chế độ ăn giống nhau trong mỗi thời gian cố định trong ngày, nghĩa là không nên lúc ăn quá no, không để quá đói.

### **2.5. Chế độ ăn đối với các loại ĐTĐ**

- Chế độ ăn đối với ĐTĐ típ2: Mẫu chốt là kiểm soát béo phì và cân nặng hợp lý. Vì vậy cần phải không ăn quá thừa, thể dục phù hợp, đều đặn, không để

béo phì, thừa cân. Chế độ ăn phải tập trung vào ăn đủ thực phẩm để duy trì cuộc sống hàng ngày, duy trì cân nặng cơ thể bình thường.

- Chế độ ăn đối với ĐTĐ típ1: Mẫu chốt là cân đối giữa tiêm Insulin và các bữa ăn, ngăn ngừa mức Glucose máu thấp hoặc cao. Cần ăn đủ các loại thực phẩm hợp lý, đúng lúc, ngoài bữa chính phải ăn thêm các bữa phụ.

- Không nên uống rượu bia.

- Giảm cân nếu thừa cân, béo phì.

- Chế độ ăn uống lành mạnh:

+ Thực hiện ăn giảm muối: Cho bớt muối, chấm nhẹ tay, giảm ngay đồ mặn.

+ Ăn  $\geq 5$  đơn vị (400g) rau, trái cây không ngọt mỗi ngày.

+ Sử dụng các loại dầu ăn tốt cho sức khỏe như dầu đậu nành, vừng, lạc, oliu.

+ Ăn các loại hạt, đậu, ngũ cốc nguyên hạt và thực phẩm giàu kali.

+ Hạn chế ăn thịt đỏ, tối đa một hoặc hai lần/tuần. Hạn chế thức ăn rán, chiên.

+ Ăn cá hoặc thức ăn giàu axit béo omega 3 ít nhất hai lần/ tuần.

+ Hạn chế ăn đường, đồ ngọt, các thực phẩm có chỉ số đường huyết cao.

+ Tăng cường ăn rau, có thể ăn rau trước ăn cơm để hạn chế hấp thu đường vào máu làm tăng đường máu sau ăn.

### 3. Chỉ số đường huyết (GI)

- Các loại thực phẩm dù có hàm lượng Gluxit giống nhau, sau ăn sẽ làm tăng đường máu với mức độ khác nhau. Khả năng làm tăng đường máu sau ăn của một loại thực phẩm so với thực phẩm chuẩn (Glucose, bánh mì trắng) được gọi là chỉ số đường huyết của thực phẩm đó.

- Vì vậy các loại thực phẩm khác nhau sẽ có khả năng làm tăng đường huyết khác nhau.

+ Thực phẩm có GI thấp làm tăng đường máu sau ăn thấp và từ từ.

+ Thực phẩm có GI cao làm tăng đường máu sau ăn nhiều và nhanh.

- Phân loại đường huyết theo tiêu chuẩn Quốc tế:

| Chỉ số đường huyết cao | Chỉ số đường huyết trung bình | Chỉ số đường huyết thấp | Chỉ số đường huyết rất thấp |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------|-----------------------------|
| $\geq 70\%$            | 56- 69%                       | 40- 55%                 | $< 40\%$                    |



- Mức GI của một số loại thực phẩm:

| Nhóm thực phẩm | Tên thực phẩm                  | Chỉ số đường huyết (%) |
|----------------|--------------------------------|------------------------|
| Bánh mì        | Bánh mì trắng                  | 100                    |
|                | Bánh mì toàn phần              | 99                     |
|                | Bánh mì tươi ( công ty Bibica) | 31,1                   |
| Lương thực     | Gạo trắng                      | 83                     |
|                | Lúa mạch                       | 31                     |
|                | Yến mạch                       | 85                     |
|                | Bột dong                       | 95                     |
|                | Gạo giã dối                    | 72                     |
|                | Khoai lang                     | 54                     |
|                | Khoai sọ                       | 58                     |
|                | Sắn (khoai mì)                 | 50                     |
|                | Củ từ                          | 51                     |
|                | Khoai bỏ lò                    | 13                     |
| Quả chín       | Chuối                          | 53                     |
|                | Táo                            | 34                     |
|                | Dưa hấu                        | 72                     |
|                | Đu đủ                          | 56±6                   |
|                | Cam                            | 31-40                  |
|                | Xoài                           | 55                     |
|                | Nho                            | 25-43                  |
|                | Mận                            | 24                     |
|                | Anh đào                        | 32                     |
|                | Lê                             | 34 ±4                  |
|                | Kiwi                           | 47 ± 4                 |
|                | ổi                             | 16                     |
| Nước quả chín  | Nước táo                       | 40                     |
|                | Nước nho                       | 48                     |
|                | Nước cam                       | 46 ±6                  |
|                | Nước cà chua đóng hộp          | 38±4                   |
| Rau            | Carot                          | 49                     |
|                | Rau muống                      | 10                     |
| Đậu            | Lạc                            | 19                     |
|                | Đậu tương                      | 18                     |
|                | Hạt đậu                        | 49                     |

| Nhóm thực phẩm             | Tên thực phẩm                  | Chỉ số đường huyết (%) |
|----------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Sữa                        | Sữa gầy                        | 32                     |
|                            | Sữa chua                       | 52                     |
|                            | Kem                            | 52                     |
|                            | uasure light (công ty Bibica)  | 25,1                   |
|                            | Glucerna (công ty Abbott)      | 14-39                  |
| Đường                      | Đường kính                     | 86                     |
| Các sản phẩm bánh, ngũ cốc | Bánh bích quy                  | 50-65                  |
|                            | Huralight (công ty Bibica)     | 27,6                   |
|                            | Netsure light (công ty Bibica) | 25,8                   |
|                            | Utribis light (công ty Bibica) | 31,4                   |

#### **4. Vì sao phải ăn thêm khi tăng cường độ vận động so với mức hoạt động hàng ngày**

##### **4.1. Tầm quan trọng của luyện tập**

- Luyện tập giúp cơ rắn chắc và cải thiện chức năng tim, cải thiện vòng tuần hoàn và sức chứa của phổi.

- Luyện tập thể thao có vai trò quan trọng trong kiểm soát đường huyết do năng lượng được đốt cháy sẽ làm cho Insulin hoạt động có hiệu quả hơn, nên còn giúp giảm cân.

- Luyện tập giúp giảm mỡ máu và điều hòa Cholesterol có hại, do đó làm giảm các bệnh lý về tim mạch.

- Luyện tập giúp cải thiện về cảm nhận hạnh phúc. Rất nhiều người thấy rằng luyện tập làm giảm đi sự căng thẳng, nên thấy lạc quan hơn trong cuộc sống. Luyện tập còn tăng cơ hội kết bạn.

##### **4.2. Vì sao phải ăn thêm khi tăng cường độ vận động**

Ở người bình thường, khi vận động thì đường máu vẫn ổn định, do đường máu được cung cấp từ Glycogen dự trữ ở gan và cơ. Còn ở người ĐTĐ khi vận động, do thiếu Insulin nên quá trình chuyển hóa Glucogen thành Glucose bị giảm, dễ gây hạ đường huyết. Vì vậy người ĐTĐ khi luyện tập nên kiểm tra đường máu và ăn thêm Glucid trước khi luyện tập để đề phòng hạ đường huyết.

## **5. Các loại thực phẩm nên dùng, hạn chế dùng và không nên dùng và chế biến thực phẩm**

### **5.1. Thực phẩm nên dùng**

- Đối với ngũ cốc nên chọn gạo lứt, bánh mì đen hoặc ngũ cốc xay sát dối.
- Đối với thịt, nên chọn thịt có nguồn gốc động vật ít béo, giàu sắt và can xi, như thịt nạc, cá nạc, tôm, cua. Nên ăn đậu tương và các sản phẩm chế biến từ đậu tương.
- Đối với chất béo nên chọn các loại dầu thực vật có các a xít béo không no cần thiết cho cơ thể như dầu đậu nành, dầu hướng dương, dầu ô liu.
- Đối với sinh tố: Ăn các loại quả có hàm lượng đường ít, trung bình như thanh long, gioi, bưởi, đu đủ, cam.
- Đối với sữa: chọn các loại sữa có chỉ số đường huyết thấp như diabetes, glucerna, nutrien.

### **5.2. Thực phẩm hạn chế dùng**

- Mén dong, bánh mì trắng.
- Các loại bột tinh chế như bột sắn dây, bột dong.
- Phũ tạng động vật, mỡ động vật, bơ, thịt chiên, rán.
- Các loại quả có hàm lượng đường cao như: Na, táo, nhãn, vải, mít, chuối, hồng xiêm, chôm chôm.

### **5.3. Thực phẩm không nên dùng**

- Các loại bánh kẹo có chứa nhiều đường.
- Các loại quả sấy khô.
- Rượu, bia, nước ngọt có đường.

### **5.4. Chế biến thực phẩm**

- Hạn chế chế biến các món chiên, rán, mỡ động vật.
- Thịt gà nên bỏ da.
- Dùng dầu thực vật ở nhiệt độ dưới 100độ c.
- Các loại khoai củ: không nên chế biến dưới dạng nướng vì có chỉ số đường huyết cao.
- Hạn chế sử dụng nước quả xay sinh tố: nên ăn cả múi, miếng để có chất xơ.

## **Bài 6. PHÒNG CHỐNG BỆNH THA, ĐTD THEO NGUYÊN LÝ Y HỌC GIA ĐÌNH**

### **I. Mục tiêu học tập**

*Sau bài này học viên có khả năng:*

1. Trình bày được 6 nguyên lý của YHGD.
2. Nắm hiểu và dần thuộc được ý nghĩa, giới hạn của một số xét nghiệm máu, nước tiểu.
3. Trình bày được mục đích, nội dung phòng chống THA, ĐTD theo NLYHGD.
4. Trình bày được vai trò, trách nhiệm của người bệnh theo NLYHGD.

### **II. Nội dung**

#### **1. Khái niệm quản lý điều trị:**

- Quản lý điều trị THA, ĐTD là quản lý người bệnh liên tục, lâu dài để đạt HA mục tiêu, đường huyết mục tiêu, mỡ máu mục tiêu.
- Duy trì lâu dài phác đồ kể cả khi đã đạt mục tiêu để giảm biến chứng và tổn thương cơ quan đích.
- Quản lý điều trị THA, ĐTD là kết hợp giữa “Thay đổi hành vi nguy cơ” với “Điều trị bằng thuốc”
- Ca bệnh THA, ĐTD được coi là đang quản lý điều trị tại TYT khi có đủ 3 yếu tố sau:
  - + Có bệnh án ngoại trú tại TYT
  - + Tham gia tái khám định kỳ, theo dõi kiểm soát mục tiêu điều trị và được kê đơn cấp thuốc dài ngày (thường là 30 ngày) theo phác đồ điều trị phù hợp.
  - + Người bệnh phối hợp và tuân thủ điều trị.

#### **2. Khái niệm quản lý ca bệnh**

Có ba nhóm bệnh nhân THA, ĐTD trong diện quản lý là:

- Nhóm bệnh nhân THA, ĐTD đang quản lý điều trị tại TYT.
- Nhóm bệnh nhân THA, ĐTD quản lý điều trị cơ sở y tế khác.
- Nhóm bệnh nhân THA, ĐTD đang điều trị rồi tự bỏ trị.
- Yêu cầu quản lý ca bệnh trên địa bàn là:

+ Có danh sách/sổ quản lý ca bệnh KLN đã được chẩn đoán, theo mẫu tại thông tư 37/2019/TT-BYT.

+ Cập nhật định kỳ ca bệnh mới được chẩn đoán trên địa bàn

### **3. Mục tiêu quản lý điều trị**

- Mục tiêu chung: Nhằm giảm gánh nặng bệnh tật và tử vong sớm do BKLN

- Mục tiêu cụ thể:

+ 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, HbA1c.

+ Theo dõi và kiểm soát dấu hiệu biến chứng, điều trị sớm biến chứng.

+ Điều trị tích cực, toàn diện các tổn thương cơ quan đích.

### **4. Nguyên lý y học gia đình (NLYHGD)**

**4.1. Khái niệm:** NLYHGD là chăm sóc toàn diện, lấy bệnh nhân làm trung tâm, hướng tới dự phòng cho cộng đồng, với 6 nguyên tắc chăm sóc là: liên tục - toàn diện - phối hợp - hướng dự phòng - hướng gia đình - hướng cộng đồng.

#### **4.2. Các nguyên lý YHGD**

**Nguyên lý thứ nhất - Chăm sóc liên tục:** NVYTTB, TYT xây dựng được mối quan hệ lâu dài, liên tục với từng bệnh nhân THA, ĐTĐ. Quá trình thực hành của y học gia đình (YHGD) là lấy con người làm trung tâm thay vì lấy bệnh tật làm trung tâm. Người bệnh sẽ được các thầy thuốc quản lý, theo dõi, liên tục, lâu dài.

Tính liên tục có 3 khía cạnh cần được xem xét:

*Tính thông tin được liên tục* theo thời gian và mối quan hệ giữa các cá nhân; việc thu thập và cập nhật các thông tin của người bệnh và gia đình họ liên quan đến tình trạng sức khỏe. Thông tin về tình trạng bệnh/sức khỏe của bệnh nhân sẽ được cập nhật lưu giữ bằng sổ sức khỏe điện tử và hồ sơ giấy.

*Tính liên tục theo thời gian* đề cập đến quá trình theo dõi, tư vấn, điều trị suốt đời, nhằm hạn chế biến chứng, giúp người bệnh vẫn khỏe mạnh bình thường để sống chung với bệnh.

*Tính liên tục trong mối quan hệ* giữa cộng đồng, người bệnh, gia đình và thầy thuốc.

**Nguyên lý thứ hai - chăm sóc phối hợp:** YHGD giải quyết được nhiều vấn đề sức khỏe khác không chỉ riêng bệnh THA, ĐTĐ, do vậy thầy thuốc cần phải nắm thêm toàn diện về tình trạng bệnh khác của người bệnh THA, ĐTĐ. Khi cần thiết có thể chuyển người bệnh kịp thời đến các chuyên khoa khác.

**Nguyên lý thứ ba- Chăm sóc toàn diện:** YHGD giúp cung cấp lồng ghép các dịch vụ nâng cao sức khỏe, dự phòng bệnh tật, khám bệnh, điều trị bệnh, phục hồi chức năng và các hỗ trợ về mặt thể chất, tâm lý và xã hội cho từng trường hợp người bệnh cụ thể. Chăm sóc toàn diện còn là phải thăm khám tất cả các bệnh liên quan khác ngoài bệnh THA, ĐTĐ mà trong quá trình chẩn đoán, điều trị các bệnh này sẽ phải cân nhắc kỹ là người bệnh đã có bệnh nền là THA, ĐTĐ. Chăm sóc toàn diện theo hướng chăm sóc ban đầu lấy người bệnh làm trung tâm.

**Nguyên lý thứ tư – Hướng cộng đồng:** Các vấn đề của người bệnh THA, ĐTĐ cần được nhìn nhận trong bối cảnh cộng đồng địa phương nơi họ sinh sống, như phong tục tập quán, lối sống, yếu tố văn hóa, môi trường; tác động của hàng xóm, bạn bè, anh em ruột thịt của người bệnh.

**Nguyên lý thứ năm – Hướng gia đình:** BSGĐ cần xem xét các YTNC ảnh hưởng đến tình trạng bệnh của người bệnh và sức khỏe của từng cá nhân trong gia đình. BSGĐ cần đánh giá vai trò của các thành viên trong gia đình có tác động đến tình trạng bệnh của người bệnh như thế nào? Từ đó tìm cách tiếp cận, loại bỏ YTNC và các yếu tố ảnh hưởng của thành viên trong gia đình đến việc tuân thủ điều trị của người bệnh THA, ĐTĐ.

**Nguyên lý thứ sáu-Hướng dự phòng:** Thầy thuốc không chỉ điều trị bệnh THA, ĐTĐ mà còn phải giúp người bệnh dự phòng các YTNC của THA, ĐTĐ. Dự phòng là một vấn đề quan trọng trong thực hành YHGD đối với cá nhân và cộng đồng, là một nội dung quan trọng của YHGD nhằm nâng cao tình trạng sức khỏe cho cả cộng đồng. Nó dựa trên nguyên lý khá đơn giản: Dự phòng trước khi nó diễn ra và dự phòng các biến chứng của bệnh. Phòng bệnh bao gồm nhiều khía cạnh, đó là nhận biết được những YTNC làm tăng khả năng mắc bệnh, làm chậm lại các hậu quả của bệnh tật và khuyến khích lối sống lành mạnh.

## 5. Một số các chỉ số xét nghiệm máu, nước tiểu mà người bệnh THA, ĐTD cần biết và nhớ

### 5.1. Xét nghiệm nước tiểu 10 thông số

| Tên thông số           | Ý nghĩa                                                                                                                                                                                                                   | Giới hạn bình thường  |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Tỉ trọng               | Tỷ trọng tăng trong bệnh ĐTD, giảm trong bệnh đái tháo nhạt. Tỷ trọng thấp kéo dài cũng thường gặp trong suy thận.                                                                                                        | 1,014-1,028           |
| pH                     | pH acid: ĐTD không kiểm soát, mất nước, đái là pH kiềm: nhiễm khuẩn tiết niệu                                                                                                                                             | 5-6                   |
| Các chất cetonic       | Có cetonic trong nước tiểu là một biến chứng nghiêm trọng của ĐTD, xảy ra khi cơ thể bệnh nhân sản sinh quá nhiều axit trong máu (được gọi là ceton). Nguyên nhân do cơ thể người bệnh không sản xuất đủ <b>insulin</b> . | Không có              |
| Hồng cầu               | Dương tính và hồng cầu còn nguyên: sỏi thận, lao thận, ung thư thận, viêm thận, viêm đường tiết niệu và <b>THA giai đoạn 2</b> .                                                                                          | Không có              |
| Bilirubin (sắc tố mật) | Dương tính: có tổn thương gan hoặc đường dẫn mật (có tăng Bilirubin trực tiếp)                                                                                                                                            | Không có              |
| Urobilinogen           | Tăng: bệnh gan hoặc tan huyết, nếu tắc mật hoàn toàn thì không có urobilinogen trong nước tiểu                                                                                                                            | Có ít trong nước tiểu |
| Protein niệu           | Dương tính: bệnh thận, nhiễm trùng đường tiết niệu, THA, ngộ độc thai nghén, suy tim xung huyết.                                                                                                                          | Không có              |
| Đường niệu             | Dương tính: ĐTD, stress, viêm tụy cấp, cushing, sau gây mê                                                                                                                                                                | Không có              |
| Nitrit                 | Dương tính: nhiễm trùng đường tiết niệu                                                                                                                                                                                   | Không có              |
| Bạch cầu               | (++..): nhiễm trùng đường tiết niệu                                                                                                                                                                                       | Không có              |

## 5.2. Xét nghiệm sinh hóa máu

### 5.2.1. Giới hạn các chỉ số xét nghiệm sinh hóa máu

| Chỉ số xét nghiệm     | Đơn vị | Giới hạn bình thường        |
|-----------------------|--------|-----------------------------|
| Ure                   | mmol/l | 1,7 - 8,3                   |
| A.Uric                | mmol/l | Nam:140 -420; Nữ: 120 - 380 |
| HbA1c                 | %      | 4,2-6,4                     |
| Creatinin             | μmol/l | Nam:62 -106; Nữ: 44 - 88    |
| Glucose               | mmol/l | <5,6                        |
| AST/GOT               | U/L    | Nam: < 37; Nữ: < 31         |
| ALT/GPT               | U/L    | Nam: < 41; Nữ: < 31         |
| Cholesterol toàn phần | mmol/l | <5,2mmol/l                  |
| LDL-c                 | mmol/l | <3,4mmol/l                  |
| HDL-c                 | mmol/l | >0,9mmol/l                  |
| Triglycerid           | mmol/l | <1,9 mmol/l                 |

### 5.2.2. Ý nghĩa của các chỉ số sinh hóa máu

| Chỉ số xét nghiệm                | Đơn vị                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ure<br>(đánh giá chức năng thận) | Ure tăng cao trong các trường hợp: <b>Suy thận</b> , thiếu niệu, vô niệu, tắc nghẽn đường niệu, chế độ ăn nhiều protein...<br>Ure thấp trong các trường hợp: Suy gan làm giảm tổng hợp ure, chế độ ăn nghèo protein, truyền nhiều dịch...                                                                                           |
| A.Uric                           | Acid uric tăng cao trong nhiều trường hợp: thường gặp nhất là trong bệnh Goutte, leucemie, đa hồng cầu, <b>suy thận</b> , ung thư, tăng bạch cầu đơn nhân, nhiễm trùng nặng, bệnh vảy nến...<br>Acid uric giảm gặp trong các trường hợp: có thai, bệnh wilsson, hội chứng Fanconi...                                                |
| HbA1c<br>(đường trong hồng cầu)  | Ý nghĩa và chỉ định: Nồng độ HbA1c phản ánh tình trạng <b>đường máu trong khoảng 2-3 tháng</b> trước khi lấy máu xét nghiệm. Vì vậy HbA1c được coi là thông số có giá trị để chẩn đoán và theo dõi điều trị ĐTĐ. HbA1c được chỉ định xét nghiệm 3 tháng một lần<br>HbA1c chỉ tăng trong bệnh <b>ĐTĐ điều trị không đạt mục tiêu</b> |



| Chỉ số xét nghiệm                       | Đơn vị                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | HbA1c tăng giả tạo trong các trường hợp: ure máu cao, thalassemia.<br>HbA1c giảm giả tạo trong các trường hợp: Thiếu máu, huyết tán, mất máu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Creatinin<br>(đánh giá chức năng thận)  | Creatinin tăng cao trong các trường hợp: <b>Suy thận cấp và mãn</b> , bí tiểu tiện, tăng bạch cầu, cường giáp, Goutte...<br>Creatinin giảm gặp trong các trường hợp: có thai, dùng thuốc chống đông kinh, bệnh teo cơ cấp và mãn tính...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Glucose<br>(đường máu, hay đường huyết) | Đường máu tăng cao gặp trong các trường hợp: <b>ĐTĐ do tụy</b> , cường giáp, cường tuyến yên, dùng corticoid, bệnh gan, giảm kali máu...<br>Đường máu giảm gặp trong các trường hợp: hạ đường huyết do chế độ ăn, do sử dụng thuốc hạ đường huyết quá liều, suy vỏ thượng thận, suy giáp, nhược năng tuyến yên, bệnh gan nặng, nghiện rượu, bệnh Addison...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| AST/GOT<br>(Men gan)                    | SGOT tăng trong các trường hợp: Viêm gan cấp do virus <b>hoặc do thuốc</b> , tan máu, viêm gan do rượu, <b>nhồi máu cơ tim</b> , viêm cơ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| ALT/GPT<br>(Men gan)                    | SGPT tăng cao gặp trong các trường hợp <b>viêm gan</b> , nhũn não.<br>Nếu SGPT>>>SGOT: Chứng tỏ có tổn thương nông, cấp tính trên diện rộng của tế bào gan.<br>Nếu SGOT>>>SGPT chứng tỏ tổn thương sâu đến lớp dưới tế bào (ty thể).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| GGT<br>(Men gan)                        | GGT tăng cao trong các trường hợp: Nghiện rượu, <b>viêm gan do rượu</b> , ung thư lan toả, xơ gan, tắc mật...<br>GGT tăng nhẹ trong các trường hợp: Viêm tụy, <b>béo phì</b> , do dùng thuốc...                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Cholesterol toàn phần<br>(Mỡ máu)       | Cholesterol không phải là chất hoàn toàn gây hại cho cơ thể, chúng ta không thể sống được nếu không có Cholesterol. Cholesterol là thành phần cấu tạo chủ yếu của màng tế bào, sợi thần kinh và của nhiều nội tiết tố trong cơ thể. Ở trong gan, Cholesterol còn dùng để sản xuất ra Axít mật giúp tiêu hóa thức ăn.<br>Cholesterol không tan trong máu nên được vận chuyển bởi chất mang có tên là Lipoprotein để tuần hoàn khắp cơ thể. Có 3 loại Lipoprotein là: Lipoprotein trọng lượng phân tử thấp (LDL=Low-density-lipoprotein), rất thấp (VLDL=Very low-density-lipoprotein) và cao (HDL=High-density-lipoprotein). Cholesterol được vận chuyển trong máu với 3 loại Lipoprotein trên được ký hiệu là LDL-c, VLDL-c, HDL-c. |

| Chỉ số xét nghiệm                   | Đơn vị                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | <p>Cholesterol tăng trong: <b>rối loạn lipid máu, vữa xơ động mạch</b>, hội chứng thận hư, vàng da tắc mật ngoài gan, bệnh vẩy nến.</p> <p>Cholesterol giảm trong các trường hợp: hấp thu kém, suy kiệt, ung thư, biếng ăn.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <p>LDL-c<br/>(Mỡ xấu trong máu)</p> | <p>LDL-c là một dạng Cholesterol gây hại cho cơ thể, chúng vận chuyển Cholesterol vào trong máu, thấm vào thành mạch máu rồi hình thành nên xơ mỡ động mạch. Nên LDL-c còn được gọi là Cholesterol xấu.</p> <p>LDL-C càng cao, <b>nguy cơ bị vữa xơ động mạch càng lớn.</b></p> <p>LDL-C tăng trong các trường hợp: <b>Vữa xơ động mạch, rối loạn lipid máu, bệnh béo phì...</b></p> <p>LDL-C giảm trong các trường hợp: xơ gan, hội chứng kém hấp thu, suy kiệt, cường tuyến giáp...</p>                                                                                                                                                                                                   |
| <p>HDL-c<br/>(Mỡ tốt trong máu)</p> | <p>HDL-c là một dạng Cholesterol có lợi cho cơ thể, chúng chống lại quá trình xơ mỡ động mạch bằng cách mang Cholesterol dư thừa, ứ đọng từ trong thành mạch máu trở về gan. Nên HDL-c còn được gọi là Cholesterol tốt.</p> <p>HDL-C tăng: <b>có lợi cho tim mạch</b></p> <p>HDL-C giảm: <b>để có nguy cơ gây vữa xơ động mạch, hay gặp trong các trường hợp rối loạn mỡ máu, vữa xơ động mạch, tăng huyết áp, cơn đau thắt ngực...</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p>Triglycerid<br/>(Mỡ máu)</p>     | <p>Triglycerid là một loại chất béo trong máu, năng lượng từ thực phẩm chúng ta ăn vào sẽ được chuyển hóa thành Triglycerid và dự trữ trong mô mỡ. Sau đó, Triglycerid sẽ được chuyển hóa thành năng lượng cung cấp cho hoạt động cơ thể. Nếu năng lượng thu vào nhiều hơn năng lượng cơ thể bị đốt cháy thì Triglycerid sẽ tăng trong máu. Tăng Triglycerid trong máu quá cao sẽ góp phần thúc đẩy quá trình xơ mỡ động mạch.</p> <p>Triglycerid tăng trong các trường hợp: <b>Vữa xơ động mạch, rối loạn lipid máu, hội chứng thận hư, bệnh béo phì, đái tháo đường...</b></p> <p>Triglycerid giảm trong các trường hợp: xơ gan, hội chứng kém hấp thu, suy kiệt, cường tuyến giáp...</p> |

## 6. Phòng chống THA, ĐTD theo NLYHGD

**6.1. Khái niệm:** Phòng chống THA, ĐTD theo NLYHGD là gồm các công việc tư vấn, truyền thông, khám sàng lọc, chẩn đoán, chăm sóc, điều trị, theo dõi

thường xuyên, liên tục người bệnh ĐTD, THA trên địa bàn quản lý kể từ khi phát hiện bệnh.

## **6.2. Mục đích, nội dung của phòng chống ĐTD, THA theo NLYHGD**

- Truyền thông phòng chống các YTNC để giảm người mắc THA, ĐTD.
- Khám sàng lọc thường xuyên liên tục để phát hiện sớm người mắc THA, ĐTD.
- Theo dõi diễn biến bệnh của từng bệnh nhân qua khám định kỳ hoặc thăm gia đình để xử lý kịp thời những biến chứng nếu có.
- Giúp người bệnh tiếp tục tuân thủ điều trị: chế độ ăn uống luyện tập, dùng thuốc và loại bỏ các yếu tố nguy cơ.
- Nâng cao chất lượng cuộc sống về thể chất và tinh thần cho người bệnh.

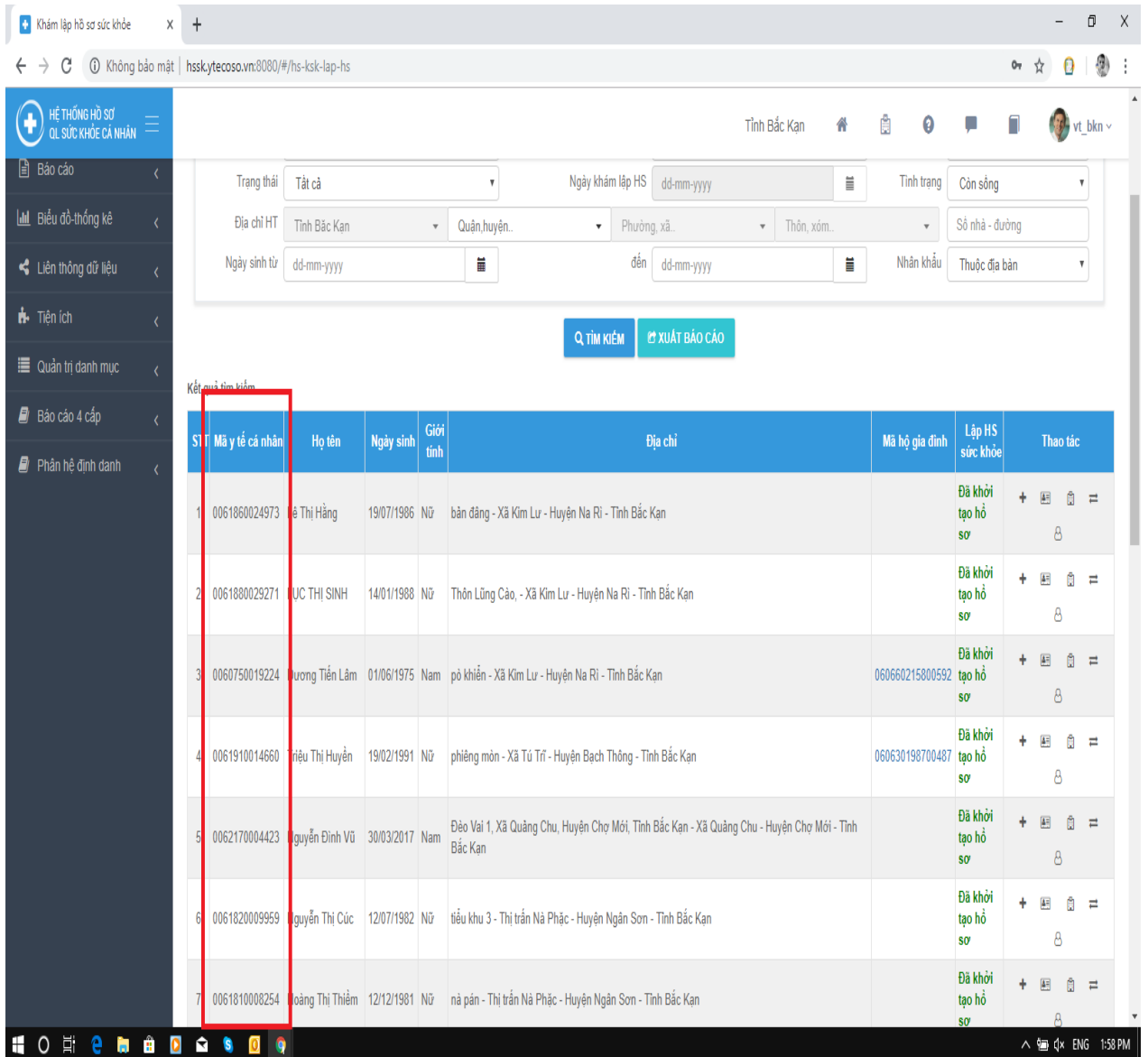
## **6.3. Vai trò, trách nhiệm của người bệnh trong NLYHGD**

- Tuân thủ các hướng dẫn phòng chống bệnh của nhân viên y tế về chế độ ăn uống, luyện tập và dùng thuốc.
- Tham gia các buổi **tập huấn/truyền thông, hội thi** về phòng chống bệnh THA, ĐTD do xã tổ chức.
- Quyết tâm từ bỏ nhanh các YTNC có thể khắc phục được.
- Rủ, nhắc người cùng mắc bệnh đi khám bệnh theo lịch hẹn.
- Lưu giữ thật tốt các loại hồ sơ, sổ y bạ, phiếu xét nghiệm/thăm dò chức năng sau mỗi lần đi khám bệnh.
- Biết cách tự đo huyết áp, đánh giá kết quả đo huyết áp.
- Biết cách tự đo làm xét nghiệm ĐHMM, đánh giá kết quả đường huyết.
- Biết tự tiêm Insulin và tiêm được cho người khác.
- Nắm, hiểu và thuộc được ý nghĩa và giới hạn bình thường của một số kết quả xét nghiệm máu, nước tiểu.
- Khuyến bạn bè, người thân chưa phát hiện mắc THA, ĐTD đi khám sàng lọc để phát hiện THA, ĐTD.

## CÁC BƯỚC ĐĂNG NHẬP VÀ TRA CỨU LỊCH SỬ KCB CỦA HSSK TRÊN TRANG SUCKHOETOANDAN.COM

**Giới thiệu:** Trang thông tin Sức khỏe toàn dân thuộc Cục Y tế dự phòng – Bộ Y tế là Sức khỏe toàn dân là Trang thông tin chính thức của Cục Y tế dự phòng – Bộ Y tế, cung cấp đầy đủ các thông tin chính thống, kiến thức và hàng loạt các tiện ích để phục vụ người dân chủ động chăm sóc sức khỏe bản thân và gia đình theo Chương trình Sức khỏe Việt Nam, vì một Việt Nam khỏe mạnh hơn.

**Bước 1:** Người dân được cấp ID Y tế cá nhân (mã Y tế cá nhân) trên hệ thống HSSK điện tử. Mã Y tế cá nhân được các Y Bác Sỹ của các TYT, các trung tâm Y tế huyện lấy ra bằng cách tìm kiếm tên người dân trên hệ thống HSSK

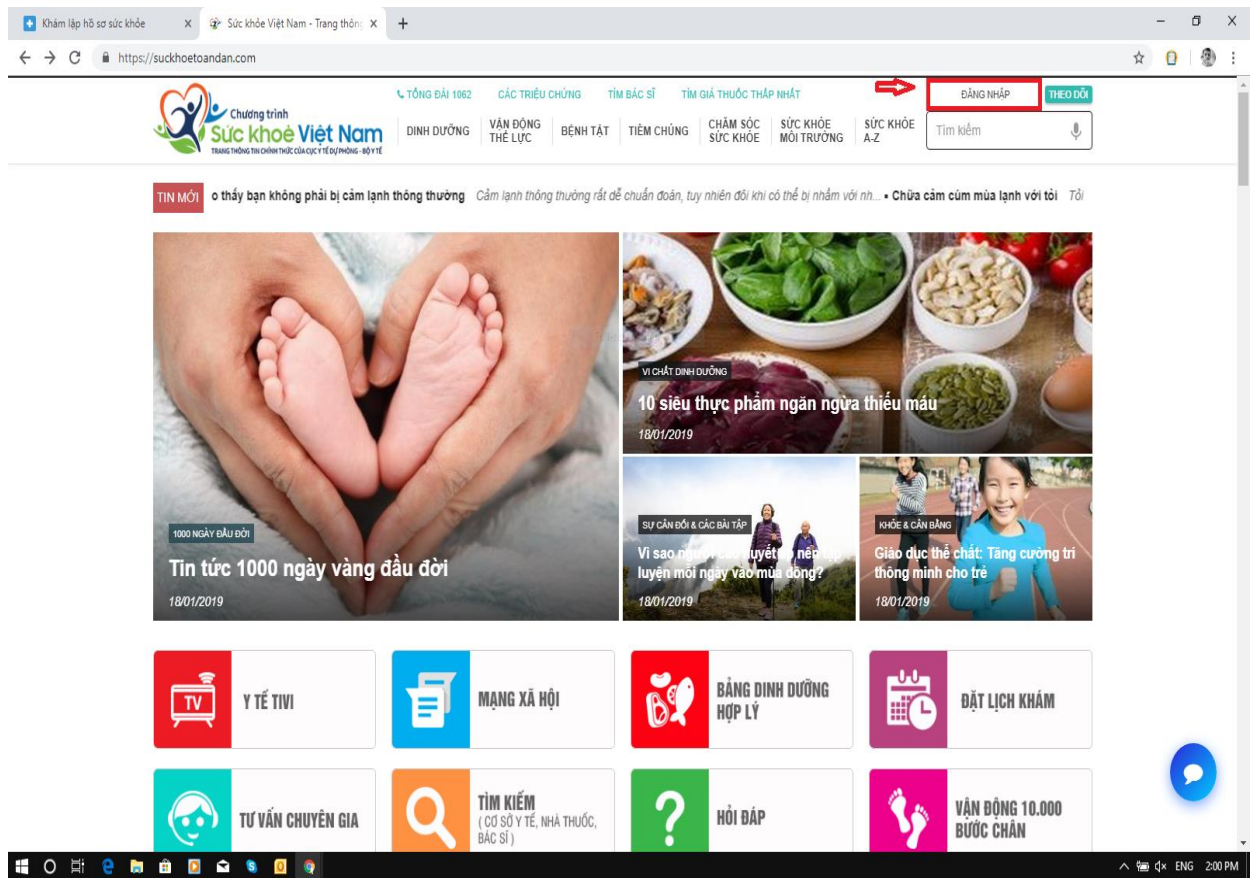


The screenshot displays the HSSK web application interface. The top navigation bar includes the HSSK logo and the text 'HỆ THỐNG HỒ SƠ QL SỨC KHỎE CÁ NHÂN'. The main content area shows a search results table with the following columns: STT, Mã y tế cá nhân, Họ tên, Ngày sinh, Giới tính, Địa chỉ, Mã hộ gia đình, Lập HS sức khỏe, and Thao tác. The table contains 7 rows of data. A red box highlights the 'Mã y tế cá nhân' column, indicating the search results for this specific field.

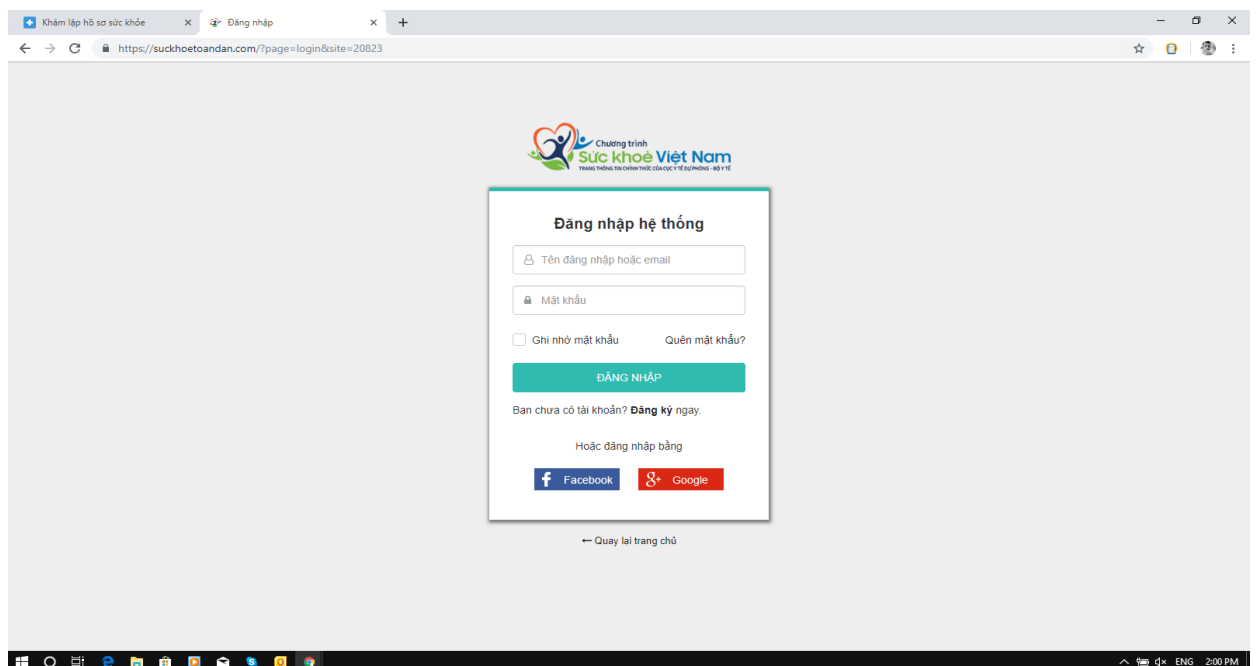
| STT | Mã y tế cá nhân | Họ tên          | Ngày sinh  | Giới tính | Địa chỉ                                                                                            | Mã hộ gia đình  | Lập HS sức khỏe   | Thao tác |
|-----|-----------------|-----------------|------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|----------|
| 1   | 0061860024973   | Thị Hằng        | 19/07/1986 | Nữ        | bản đăng - Xã Kim Lư - Huyện Na Rì - Tỉnh Bắc Kạn                                                  |                 | Đã khởi tạo hồ sơ |          |
| 2   | 0061880029271   | THỊ SINH        | 14/01/1988 | Nữ        | Thôn Lũng Cáo - Xã Kim Lư - Huyện Na Rì - Tỉnh Bắc Kạn                                             |                 | Đã khởi tạo hồ sơ |          |
| 3   | 0060750019224   | Hương Tiến Lâm  | 01/06/1975 | Nam       | pò khiến - Xã Kim Lư - Huyện Na Rì - Tỉnh Bắc Kạn                                                  | 06060215800592  | Đã khởi tạo hồ sơ |          |
| 4   | 0061910014660   | Thị Huyền       | 19/02/1991 | Nữ        | phiêng môn - Xã Tú Trĩ - Huyện Bạch Thông - Tỉnh Bắc Kạn                                           | 060630198700487 | Đã khởi tạo hồ sơ |          |
| 5   | 0062170004423   | Nguyễn Đình Vũ  | 30/03/2017 | Nam       | Đèo Vải 1, Xã Quảng Chu, Huyện Chợ Mới, Tỉnh Bắc Kạn - Xã Quảng Chu - Huyện Chợ Mới - Tỉnh Bắc Kạn |                 | Đã khởi tạo hồ sơ |          |
| 6   | 0061820009959   | Nguyễn Thị Cúc  | 12/07/1982 | Nữ        | tiểu khu 3 - Thị trấn Nà Phặc - Huyện Ngân Sơn - Tỉnh Bắc Kạn                                      |                 | Đã khởi tạo hồ sơ |          |
| 7   | 0061810008254   | Hoàng Thị Thiêm | 12/12/1981 | Nữ        | nà pán - Thị trấn Nà Phặc - Huyện Ngân Sơn - Tỉnh Bắc Kạn                                          |                 | Đã khởi tạo hồ sơ |          |

**Bước 2:** Người dân thực hiện truy cập vào trang **suckhoetoandan.com** bằng máy tính kết nối internet hoặc smartphone có kết nối mạng.

**Bước 3:** Người dân bấm vào Đăng nhập (hình ô vuông)

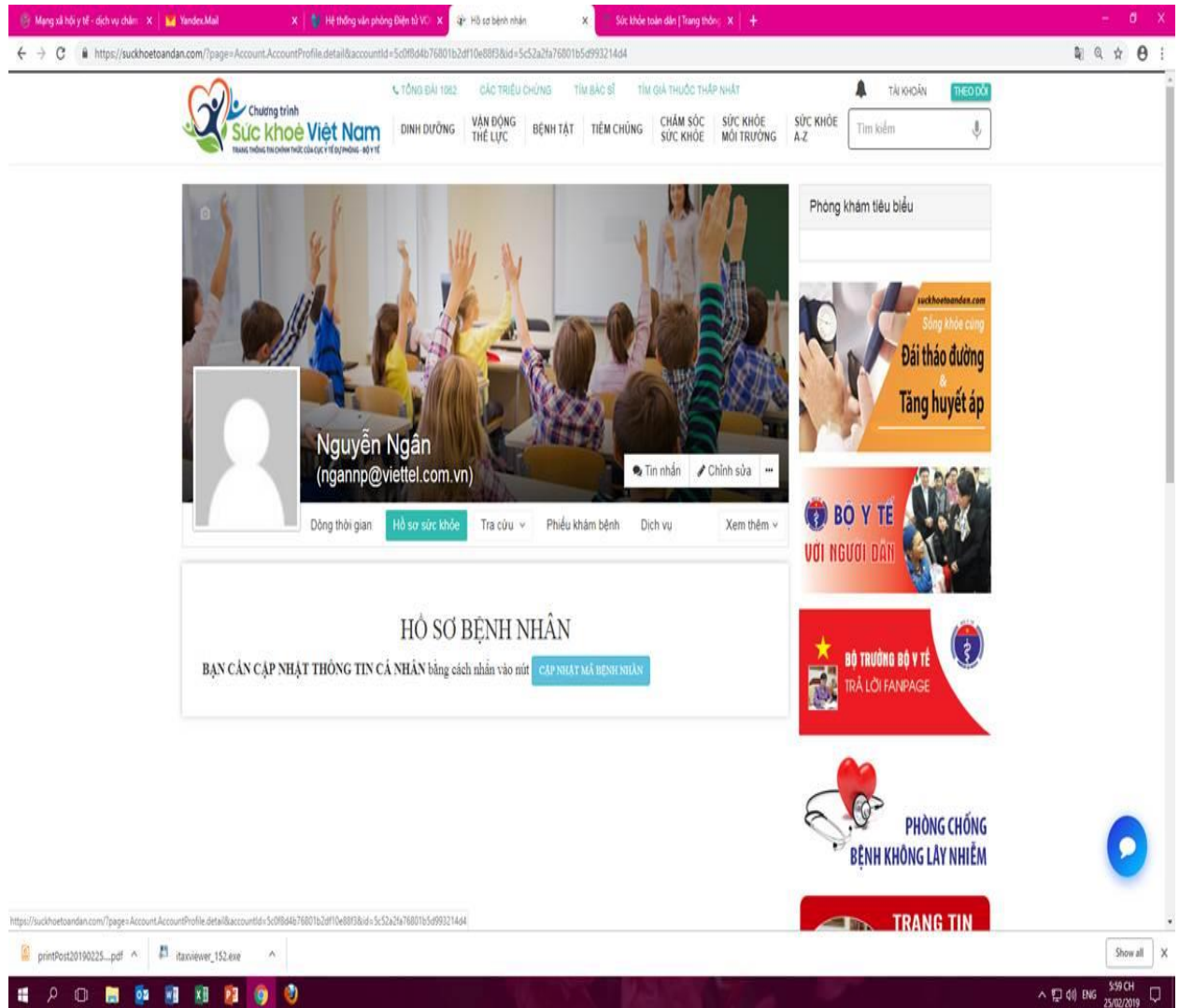


- Hình ảnh giao diện khung đăng nhập



**Bước 4:** Người dân đăng nhập với tên đăng nhập là mã Y tế cá nhân (đã được cán bộ y tế xã cung cấp), mật khẩu là mặc định 123456a@

**Bước 5:** khi người dân thực hiện đăng nhập thành công thì thực hiện việc tra cứu lịch sử khám chữa bệnh ở phần hồ sơ bệnh nhân.



Người dân có thể xem các thông tin trên trang để xem các thông tin về dự phòng chăm sóc sức khỏe.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019), Quyết định 5904/QĐ-BYT, “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại Trạm y tế xã”.
2. Bộ Y tế (2010), Quyết định 3192/QĐ-BYT, “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp.
3. Bộ Y tế (2020), Quyết định 3087/QĐ-BYT, “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tiền đái tháo đường”.
4. Bộ Y tế (2014), Quyết định 320/QĐ-BYT, “Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hóa sinh”.
5. Bệnh viện Bạch Mai, “Tư vấn dinh dưỡng cho người trưởng thành”. Nhà xuất bản y học 2012.
6. Trường Đại học y dược Thái Nguyên (2013), “Bài giảng y học gia đình”. Nhà xuất bản y học.
7. Viện Dinh dưỡng, “Hướng dẫn chế độ ăn cho người bệnh đái tháo đường theo đơn vị chuyển đổi thực phẩm”. Nhà xuất bản y học.
8. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (2021), “Hướng dẫn dự phòng, phát hiện và quản lý điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường”.
9. Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương (2021), “Hướng dẫn dự phòng, phát hiện và quản lý tăng huyết áp, đái tháo đường tại cộng đồng”.