

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Quyết định số /QĐ-BYT ngày tháng năm 2018 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang trở thành đại dịch nguy hiểm trên thế giới cũng như ở Việt Nam do sự gia tăng nhanh số lượng người mắc, hậu quả nặng nề của bệnh đối với sức khỏe và tuổi thọ, gánh nặng chi phí bệnh cho bệnh nhân và xã hội. Theo kết quả điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm năm 2015 (STEP 2015), tỷ lệ người ở độ tuổi từ 18-69 có rối loạn đường huyết khi đói là 3,6% và 4,1% mắc tăng đường huyết (glucose huyết tương tĩnh mạch $\geq 7,0$ mmol) hoặc đang dùng thuốc điều trị đái tháo đường.

Những gánh nặng trên đang tạo ra áp lực ngày càng tăng lên hệ thống y tế nước ta. Tuy nhiên, cho đến nay người mắc bệnh ĐTĐ chỉ được quản lý theo dõi ở các cơ sở y tế từ tuyến huyện vào cao hơn. Do đó, chủ trương triển khai việc quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại y tế tuyến xã là đúng đắn, giúp giảm tải cho các cơ sở tuyến từ tuyến huyện, nâng cao hiệu quả của toàn bộ hệ thống y tế và tạo thuận tiện cho bản thân người bệnh. Mặt khác, bệnh ĐTĐ típ 2 có bệnh cảnh đa dạng, từ phức tạp đến tương đối ổn định lâu dài mà có thể được quản lý tốt tại các cơ sở y tế tuyến xã có các nguồn lực còn hạn chế như hiện nay.

Bệnh đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose huyết do khiếm khuyết về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protide, lipide, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim và mạch máu, thận, mắt, thần kinh.

Phân loại đái tháo đường gồm:

- Đái tháo đường típ 1 (do phá hủy tế bào beta tụy, dẫn đến thiếu insulin tuyệt đối).
- Đái tháo đường típ 2 (do giảm chức năng của tế bào beta tụy tiến triển trên nền tảng đề kháng insulin).
- Đái tháo đường thai kỳ (là ĐTĐ được chẩn đoán trong 3 tháng giữa hoặc 3 tháng cuối của thai kỳ và không có bằng chứng về ĐTĐ típ 1, típ 2 trước đó).
- Đái tháo đường do các nguyên nhân khác, như: ĐTĐ sơ sinh hoặc ĐTĐ do sử dụng thuốc và hóa chất như sử dụng glucocorticoid, điều trị HIV/AIDS hoặc sau cấy ghép mô.v.v.v.

Ngày 19/7/2017, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 3319/QĐ-BYT Hướng dẫn điều trị chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2 là tài liệu chuyên môn đưa ra các khuyến nghị cho cán bộ y tế các tiêu chí, các quyết định liên quan đến chẩn đoán, xử trí, điều trị, cách chăm sóc người bệnh ĐTĐ típ 2 mà có thể áp dụng chung ở tất cả các tuyến. Tuy nhiên, hướng dẫn này chưa đề cập đến việc phân tuyến điều trị bệnh nhân đái tháo đường.

Với mục đích chính là đưa ra các hướng dẫn chuyên môn tạo điều kiện cho Trạm Y tế phát hiện, chẩn đoán, điều trị và quản lý bệnh đái tháo đường típ 2. Căn cứ

vào tình hình thực tế của y tế tuyến xã hiện nay chỉ quản lý theo dõi những bệnh nhân ĐTĐ típ 2 ổn định, không có biến chứng ĐTĐ và các bệnh lý phức tạp kèm theo. Mặt khác, y tế tuyến xã cũng chỉ thực hiện việc cấp phát thuốc hạ đường máu theo y lệnh của tuyến huyện. Việc chẩn đoán xác định bệnh ĐTĐ, đánh giá toàn diện bệnh nhân ĐTĐ típ 2 khi mới được chẩn đoán và đánh giá định kỳ được thực hiện tại tuyến huyện. Tài liệu này cũng đưa ra một số hướng dẫn để áp dụng cụ thể trong điều kiện của y tế tuyến xã bao gồm sàng lọc bằng đường máu mao mạch để phát hiện người nghi ngờ mắc ĐTĐ, các chỉ định chuyển bệnh nhân lên tuyến huyện, hướng dẫn chế độ ăn và luyện tập cho bệnh nhân ĐTĐ và điều chỉnh liều insulin tại tuyến xã.

II. SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Quy trình chẩn đoán đái tháo đường típ 2

Sơ đồ Quy trình chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo Phụ lục số 01.

2. Sàng lọc đái tháo đường

Sàng lọc ĐTĐ được thực hiện ở tất cả các Trạm Y tế có cán bộ, có máy xét nghiệm đường máu mao mạch được hiệu chỉnh theo quy định, do Sở Y tế giao nhiệm vụ. **Nội dung phát hiện đái tháo đường:**

a) Phát hiện đái tháo đường ở những người có nguy cơ cao của đái tháo đường

- Người lớn có BMI ≥ 23 kg/m², hoặc cân nặng lớn hơn 120% cân nặng lý tưởng và có một hoặc nhiều hơn một trong các yếu tố nguy cơ sau:

- Ít vận động thể lực.

- Gia đình có người bị ĐTĐ ở thế hệ cận kề (bố, mẹ, anh chị em ruột).

- Tăng huyết áp (huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg hay đang điều trị thuốc hạ huyết áp).

- Nồng độ HDL cholesterol <35 mg/dl (0,9 mmol/L) và/hoặc nồng độ triglyceride > 250 mg/dL (2,82 mmol/L).

- Vòng bụng to: ở nam ≥ 90 cm, ở nữ ≥ 80 cm

- Phụ nữ bị buồng trứng đa nang.

- Phụ nữ đã mắc ĐTĐ thai kỳ.

- HbA1c $\geq 5,7\%$ (39 mmol/mol), rối loạn glucose huyết đói hay rối loạn dung nạp glucose ở lần xét nghiệm trước đó.

- Có các dấu hiệu đề kháng insulin trên lâm sàng (như béo phì, dấu gai đen.v.v.v.).

- Tiền sử có bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch.

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

b) Phát hiện đái tháo đường ở những người có các triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu: tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân.

c) Phát hiện đái tháo đường ở những người có các biểu hiện nghi ngờ của các biến chứng đái tháo đường: Nhiễm trùng da lâu lành, nhiễm trùng tiết niệu hoặc viêm âm đạo tái diễn, viêm quanh chân răng, lao phổi, tê chân tay.v.v.v.

d) Xét nghiệm đường máu mao mạch (xem Phụ lục số 02)

Hầu hết các Trạm Y tế hiện nay không có phòng xét nghiệm định lượng đường máu huyết tương hoặc xét nghiệm HbA1c cho nên sau khi phát hiện những người có đường máu mao mạch đạt ngưỡng chẩn đoán ĐTD cần chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để chẩn đoán xác định ĐTD.

3. Chẩn đoán đái tháo đường

Chẩn đoán ĐTD được thực hiện ở tất cả các Trạm Y tế xã có cán bộ, có máy xét nghiệm đường máu tĩnh mạch được hiệu chỉnh theo quy định, do Sở Y tế giao nhiệm vụ và theo hướng dẫn chuyên môn tại Quyết định 3319/TT-BYT. Chẩn đoán đái tháo đường dựa vào 1 trong 4 tiêu chuẩn sau đây:

a) Glucose huyết tương lúc đói (trước khi làm xét nghiệm ít nhất 08 giờ, bệnh nhân không ăn và không ăn đồ ngọt, không uống nước ngọt): ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L), hoặc:

b) Glucose huyết tương ở thời điểm sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75g: ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L), hoặc:

c) Glucose huyết tương ở thời điểm bất kỳ ở bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết (tiểu nhiều, uống nhiều, ăn nhiều, sụt cân không rõ nguyên nhân): ≥ 200 mg/dL (hay 11,1 mmol/L), hoặc:

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

Nếu bệnh nhân không có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết, mức glucose huyết tương quy định tại a, b, c ở trên cần được thực hiện lặp lại lần 2 để xác định chẩn đoán, thời gian thực hiện xét nghiệm lần 2 sau lần thứ nhất có thể từ 1 đến 7 ngày.

Trong điều kiện thực tế tại Việt Nam, nên dùng phương pháp đơn giản và hiệu quả để chẩn đoán ĐTD là định lượng glucose huyết tương lúc đói 2 lần ≥ 126 mg/dL (hay 7 mmol/L). Nếu HbA1c được đo tại phòng xét nghiệm được chuẩn hóa quốc tế, có thể đo HbA1c 2 lần để chẩn đoán ĐTD.

III. ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

3.1. Đối với các Trạm Y tế không có cán bộ chuyên khoa và được Sở Y tế giao nhiệm vụ:

a) Tiêu chuẩn bệnh nhân đái tháo đường được điều trị tại Trạm Y tế

- Bệnh nhân ĐTD do tuyến trên chuyển về, thực hiện điều trị tại Trạm Y tế theo

chỉ định, hướng dẫn của tuyến trên, hoặc:

- Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 mới chẩn đoán thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:
 - + Đường máu lúc đói < 9 mmol/L.
 - + HbA1c < 7,5%.
 - + Không có chống chỉ định với thuốc viên hạ đường máu.
 - + Không có biến chứng ĐTĐ.
 - + Có biến chứng của ĐTĐ nhưng mức độ nhẹ và phải đạt mục tiêu HbA1c < 7%. Các biến chứng mức độ nhẹ của ĐTĐ bao gồm:
 - Bệnh võng mạc ĐTĐ không tăng sinh mức độ nhẹ (Điều trị ở tuyến trên khi có bệnh võng mạc tăng sinh.
 - Biến chứng thận có albumin niệu vi thể (tỷ số albumin /creatinin niệu < 300mg/30g) và/hoặc mức lọc cầu thận < 60ml/phút/1,73m²).
 - Biến chứng thần kinh ngoại vi
 - + Không có các bệnh khác vượt khả năng điều trị của tuyến xã, hoặc:
 - Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 đang điều trị thỏa mãn tất cả các điều kiện sau:
 - + Đạt mục tiêu HbA1c.
 - + Không có các biến chứng của ĐTĐ.
 - + Không có các bệnh khác vượt khả năng điều trị của tuyến xã.
- b) Phác đồ điều trị đái tháo đường:** Phác đồ điều trị ĐTĐ tại Trạm Y tế thực hiện theo hướng dẫn tại QĐ 3319/QĐ-BYT, cụ thể như sau:



c) Danh mục thuốc theo nhóm (Phụ lục số 03)

d) Hướng dẫn điều chỉnh liều insulin

Bác sỹ tuyến xã có thể hướng dẫn bệnh nhân điều chỉnh liều insulin đang dùng nếu bệnh nhân có điều kiện tự theo dõi đường máu mao mạch thường xuyên.

- Bệnh nhân dùng insulin nền:

+ Mới bắt đầu dùng insulin nền tiêm 1 mũi (trước đi ngủ đối với insulin NPH): Bắt đầu với 8-10 đv, hoặc 0,1 - 0,2 đv/kg cân nặng. Thử đường máu mao mạch lúc đói hàng ngày. Mỗi 3 ngày tăng 15% liều hoặc 2 - 4 đv cho đến khi đạt mục tiêu đường máu lúc đói, thường 5 - 7 mmol/L, mà không có hạ đường máu xảy ra.

+ Đang dùng insulin nền: Thử đường máu mao mạch lúc đói 2 - 3 ngày/tuần. Nếu đường máu mao mạch cao trên mục tiêu 2 mmol/L (và không có triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu, không có sai sót về chế độ ăn, dùng thuốc hạ đường máu), thử đường máu mao mạch 2 ngày tiếp theo, căn cứ tăng liều insulin nền 15% hoặc 2 - 4 đv tùy theo mức đường máu. Tiếp tục theo dõi và chỉnh liều insulin mỗi 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu đường máu mà không có hạ đường máu xảy ra.

+ Trong mọi trường hợp, khi có hạ đường máu cần tìm nguyên nhân (không tuân thủ chế độ ăn, dùng sai liều,...) và xử lý. Nếu không có nguyên nhân, cần giảm 10-20% liều hoặc 4 đv.

- Bệnh nhân dùng insulin trộn 2 mũi sáng chiều

+ Mới bắt đầu dùng chế độ insulin trộn 2 mũi: Khi chuyển từ chế độ insulin nền, bắt đầu tổng liều bằng liều insulin nền, nếu chưa dùng thì bắt đầu với tổng liều 0,25 - 0,5 đv/kg cân nặng/ngày. Trong cả 2 trường hợp chia tổng liều ra 2/3 tiêm trước ăn sáng và 1/3 tiêm trước ăn chiều (tối) hoặc 1/2 sáng, 1/2 chiều. Thử đường máu mao mạch hàng ngày trước ăn sáng và trước ăn chiều. Căn cứ đường máu mao mạch trước

ăn sáng để chỉnh liều insulin trước ăn chiều và đường máu trước ăn chiều để điều chỉnh liều insulin trộn trước ăn sáng. Mỗi 3 ngày tăng 10-15% liều cho đến khi đạt mục tiêu đường máu tương ứng (thường là 5 - 7 mmol/L).

+ Đang dùng chế độ insulin trộn 2 mũi: Thử đường máu mao mạch trước ăn sáng và trước ăn chiều 2 - 3 lần mỗi thời điểm/tuần. Nếu đường máu cao trên mục tiêu 2 mmol/L (và không có triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu, không có sai sót về chế độ ăn, dùng thuốc hạ đường máu), thử đường máu mao mạch cùng thời điểm 2 ngày tiếp theo, căn cứ tăng liều insulin trộn tương ứng 10-15%. Tiếp tục theo dõi và chỉnh liều insulin mỗi 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu đường máu.

+ Trong mọi trường hợp, khi có hạ đường máu cần tìm nguyên nhân (không tuân thủ chế độ ăn, dùng sai liều,...) và xử lý. Nếu không có nguyên nhân, cần giảm 10-20% liều hoặc 4 đv liều insulin tương ứng (hạ đường máu ban đêm - sáng: giảm liều trước ăn chiều; hạ đường máu trước ăn chưa, trước ăn chiều: giảm liều trước ăn sáng).

+ Bệnh nhân dùng chế độ insulin nền - 1-3 mũi insulin bữa ăn:

+ Mới bắt đầu thêm 1 mũi insulin nhanh trước bữa ăn vào insulin nền: Khi chuyển từ chế độ insulin nền, bắt đầu thêm 1 mũi insulin nhanh trước bữa ăn lớn nhất trong ngày với liều 4đv, hoặc 0,1đv/kg cân nặng hoặc 10% liều insulin nền. Nếu HbA1c < 8%, bớt insulin nền một số đơn vị bằng liều insulin nhanh mới thêm. Thử đường máu mao mạch hàng ngày trước bữa ăn sau bữa ăn tiêm insulin nhanh để căn cứ để chỉnh liều insulin nhanh. Mỗi 3 ngày tăng 1-2 đv hoặc 10-15% liều insulin nhanh cho đến khi đạt mục tiêu đường máu (thường là 5 - 7 mmol/L). Thực hiện tương tự khi thêm mũi insulin nhanh thứ 2 và thứ 3.

+ Đang dùng chế độ insulin nền - 1-3 mũi insulin nhanh: Thử đường máu mao mạch trước ăn sáng và trước các bữa ăn sau bữa ăn có tiêm insulin nhanh nhiều lần mỗi thời điểm/tuần. Nếu đường máu cao trên mục tiêu 2 mmol/L (và không có triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu, không có sai sót về chế độ ăn, dùng thuốc hạ đường máu), thử đường máu mao mạch cùng thời điểm 2 ngày tiếp theo, căn cứ tăng liều insulin nền hoặc insulin nhanh tương ứng 10-15%. Tiếp tục theo dõi và chỉnh liều insulin mỗi 3 ngày cho đến khi đạt mục tiêu đường máu.

+ Trong mọi trường hợp, khi có hạ đường máu cần tìm nguyên nhân (không tuân thủ chế độ ăn, dùng sai liều,...) và xử lý. Nếu không có nguyên nhân, cần giảm 10-20% liều hoặc 2-4 đv liều insulin tương ứng (hạ đường máu ban đêm - sáng: giảm liều nền; hạ đường máu trước một bữa ăn: giảm liều trước bữa ăn trước đó; hạ đường máu lúc đi ngủ: giảm liều insulin trước ăn chiều).

đ) Theo dõi điều trị bệnh nhân đái tháo đường tại Trạm Y tế xã

- Khám định kỳ (thông thường là 30 ngày) mỗi lần khám, bác sỹ tại tuyến thực hiện các việc sau:

+ Khám lâm sàng toàn diện, bao gồm cả đo huyết áp, cân nặng

+ Làm xét nghiệm đường máu mao mạch.

+ Tư vấn chế độ ăn, luyện tập.

- + Phát thuốc cho bệnh nhân theo đơn của tuyến trên.
- Trong một số trường hợp có thể khám thường xuyên hơn:
- + Bệnh nhân mới chẩn đoán ĐTĐ, đang trong giai đoạn chỉnh liều thuốc.
- + Bệnh nhân có đường máu cao bất thường.
- Khám khi có diễn biến bất thường: Khi bệnh nhân đường máu có bất kỳ diễn biến bất thường nào, bác sỹ tại tuyến xã cần thực hiện các việc sau:
 - + Khám lâm sàng toàn diện, bao gồm cả đo huyết áp, cân nặng.
 - + Làm xét nghiệm đường máu mao mạch.
 - + Xử lý cấp cứu hạ đường máu (*xem mục g*) và các cấp cứu khác.
 - + Chuyển bệnh nhân lên tuyến trên nếu có các tình trạng như tại mục e.

e) Chuyển tuyến trên khi có diễn biến bất thường

Những trường hợp có các diễn biến bất thường sau, bệnh nhân cần được chuyển lên tuyến huyện để điều trị:

- Triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu: khát, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút.
- Đường máu lúc đói > 16,7 mmol/L dù không có triệu chứng lâm sàng của tăng đường máu, không có tình trạng bệnh nặng khác và không có sai sót về điều trị (chế độ ăn, dùng thuốc.v.v.v). Bệnh nhân được cho dùng thuốc hạ đường máu theo đơn và được theo dõi đường máu trong ngày tại Trạm Y tế. Nếu đường máu không giảm đáng kể, chuyển bệnh nhân lên tuyến huyện.
- Đường máu đói trên 9 mmol/L lặp lại mà không có sai sót về điều trị (chế độ ăn, dùng thuốc.v.v.v).
- Rối loạn ý thức không có hạ đường máu (nghi do tăng áp lực thẩm thấu).
- Hạ đường máu tái diễn, hôn mê hạ đường máu (sau sơ cứu).
- Loét bàn chân.
- Sốt cao có kèm đường máu tăng cao, sốt kéo dài, ho kéo dài (nghi lao phổi), các bệnh nhiễm trùng nặng (viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu nặng có sốt.v.v.v).
- Phù (nghi do suy thận).
- Các bệnh nặng khác vượt khả năng điều trị ở tuyến xã.

g) Phát hiện và xử lý hạ đường máu

- Khi có bệnh nhân có triệu chứng hạ đường máu, cần làm ngay xét nghiệm đường máu mao mạch.
- Khi đường máu < 3,9 mmol/L và hoặc bệnh nhân có triệu chứng hạ đường máu cần xử lý ngay tùy theo tình trạng bệnh nhân:
 - Bệnh nhân còn tỉnh táo và ăn uống được: cho bệnh nhân ăn, uống 01 trong các thức ăn: 3 cái bánh quy, 3 thìa café đường pha trong 120 ml nước, 1/2 lon (178ml) nước ngọt (loại không dành cho người ăn kiêng)

- Bệnh nhân lơ mơ hay không ăn uống được: tiêm thẳng vào tĩnh mạch hay truyền tĩnh mạch nhanh: glucose 50% 30 ml (15g glucose) hoặc glucose 20% 75 ml (15g glucose) hoặc glucose 10% 150 ml (15g glucose).

- Kiểm tra lại ý thức bệnh nhân và đường máu mao mạch sau 15 - 30 phút, nếu đường máu chưa đạt 5 mmol/L và hoặc bệnh nhân chưa tỉnh lặp lại tiêm tĩnh mạch dung dịch glucose ưu trương như trên, đặt đường truyền tĩnh mạch dung dịch glucose 5% hoặc 10%, theo dõi tiếp. Chuyển tuyến trên nếu ý thức không cải thiện, nghi ngờ rối loạn ý thức nguyên nhân khác hoặc có các tình trạng cần chuyển tuyến theo hướng dẫn.

3.2. Đối với các Trạm Y tế có cán bộ chuyên khoa và được Sở Y tế giao nhiệm vụ: Thực hiện điều trị ĐTĐ theo hướng dẫn tại Quyết định 3319/QĐ-BYT.

IV. QUẢN LÝ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Quản lý số liệu bệnh nhân đái tháo đường

Thực hiện báo cáo theo mẫu A12/YTCS- Sở theo dõi, quản lý bệnh không lây nhiễm quy định tại Thông tư số 27/2014/TT-BYT ngày 18/4/2014 của Bộ Y tế quy định Hệ thống biểu mẫu thống kê y tế áp dụng đối với cơ sở y tế tuyến tỉnh, huyện và xã.

Cập nhật đầy đủ các thông tin liên quan vào hồ sơ quản lý sức khỏe cá nhân của người mắc bệnh trên địa bàn để theo dõi quản lý.

Hàng tháng chuyển danh sách người mắc bệnh không lây nhiễm cho Nhân viên y tế thôn, bản, áp để tiếp tục quản lý tại cộng đồng.

2. Chuyển tuyến

- Trạm Y tế thực hiện chuyển tuyến và phản hồi thông tin người mắc ĐTĐ theo Thông tư 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 của Bộ Y tế quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.

- Tiêu chuẩn bệnh nhân chuyển tuyến trên (*xem mục e*).

3. Tư vấn

- Tư vấn, hướng dẫn về chế độ ăn uống, sinh hoạt, tuân thủ chế độ điều trị, theo dõi đường huyết, theo dõi biến chứng, hoạt động thể lực; định kỳ 3 tháng/lần đi xét nghiệm HbA1c, 6 tháng/lần đi soi đáy mắt để phát hiện sớm biến chứng mù lòa hoặc đi khám đột xuất theo tình trạng bệnh.

- Kèm theo tài liệu này gồm 03 phụ lục

Phụ lục số 01: Quy trình khám chữa bệnh đái tháo đường típ 2 không biến chứng

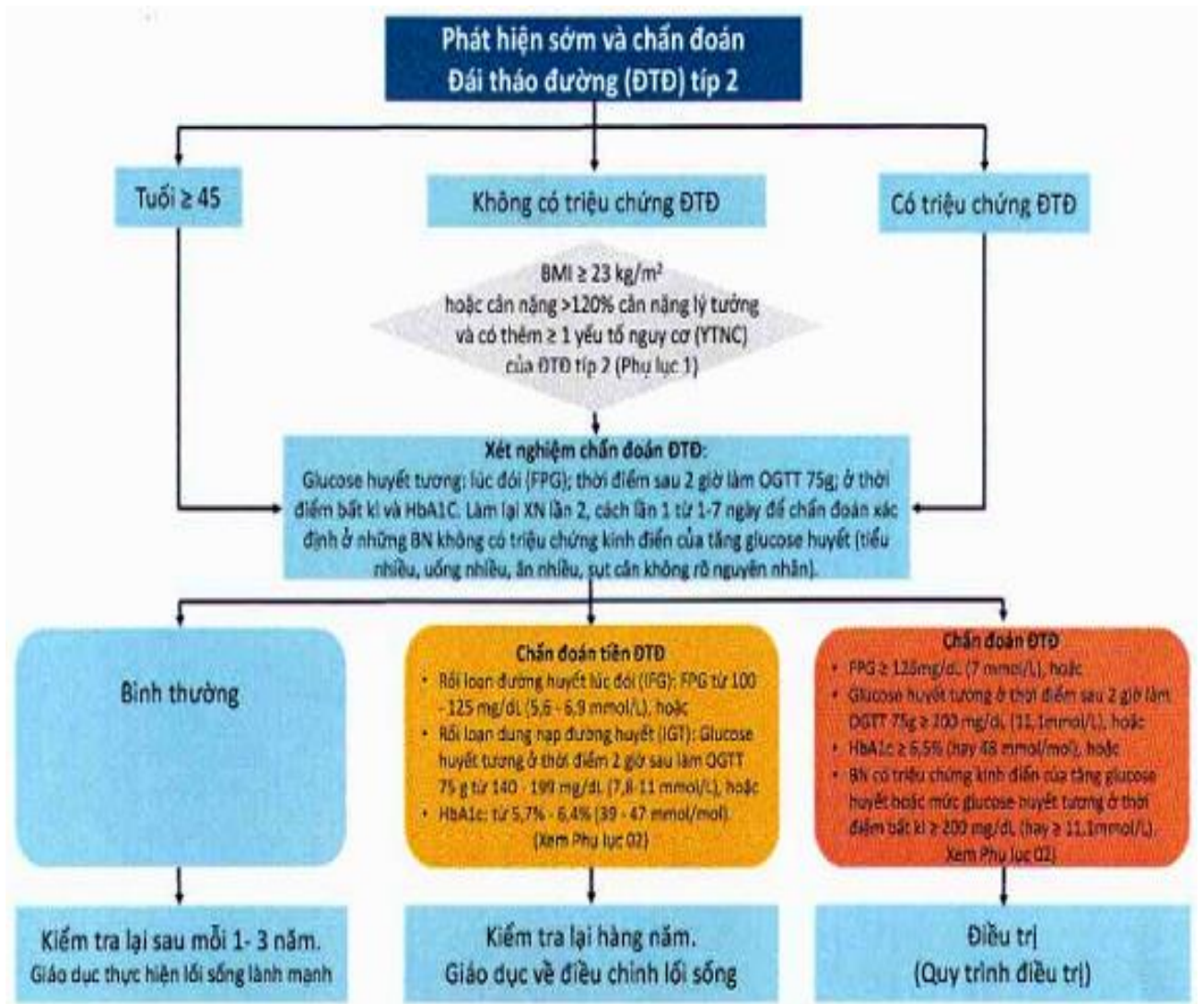
Phụ lục số 02: Quy trình khám, xét nghiệm phát hiện đái tháo đường ở tuyến xã

Phụ lục số 03: Danh mục thuốc theo nhóm

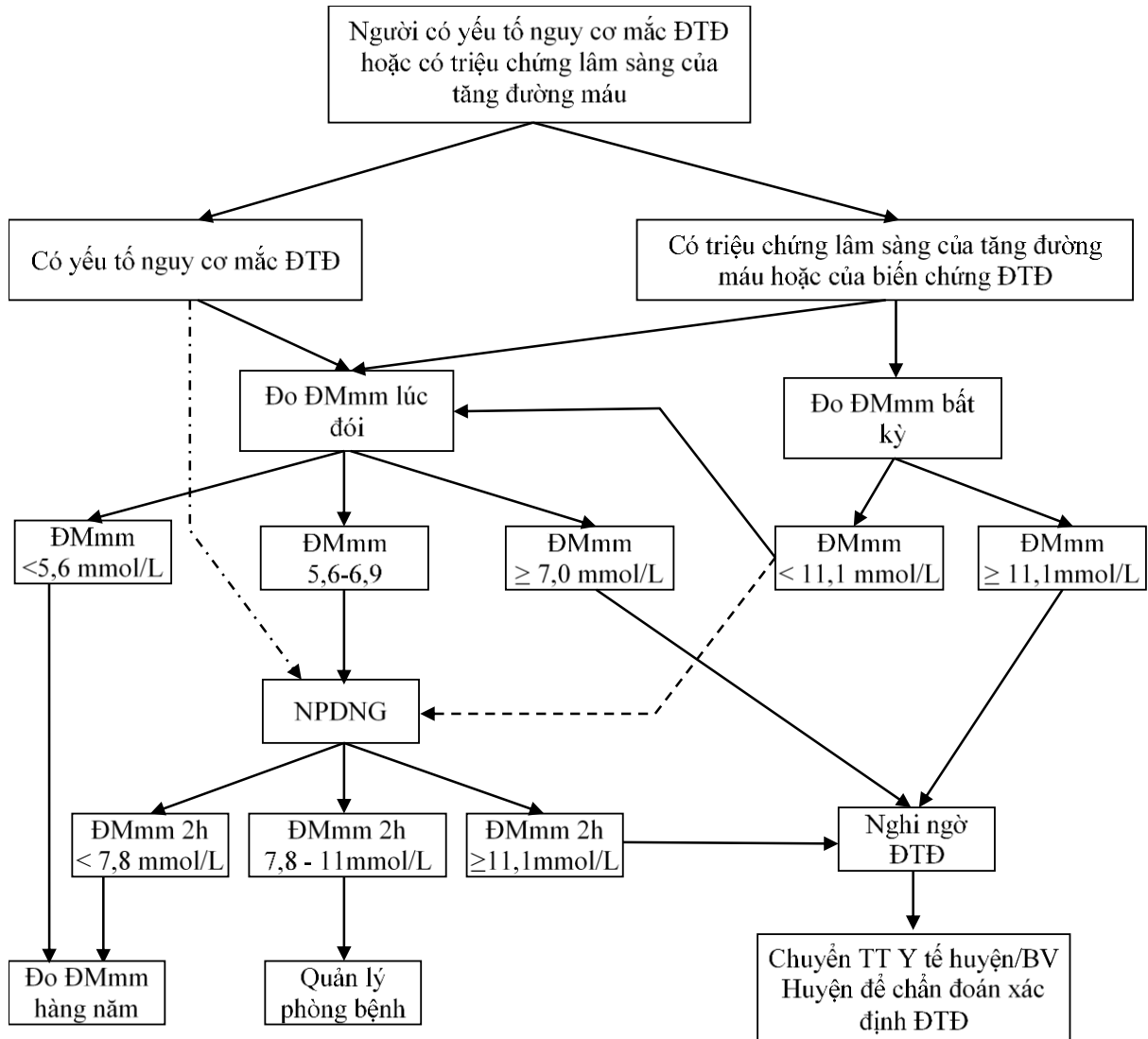
Phụ lục 01

QUY TRÌNH CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3798/QĐ-BYT ngày 21/8/2017 của Bộ Y tế)



Phụ lục 02: QUY TRÌNH KHÁM, PHÁT HIỆN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM Y TẾ XÃ



Chú thích: ĐMmm: Đường máu mao mạch; NPDNG: Nghiệm pháp dung nạp glucose

- .-.-> Nguy cơ cao (nhiều yếu tố nguy cơ)
- .-.-> Đường máu bất kỳ không quá cao

Sơ đồ phát hiện ĐTĐ típ 2 tại tuyến xã

Phụ lục 03

Các thuốc viên hạ glucose huyết đường uống và thuốc tiêm không thuộc nhóm insulin

| Nhóm thuốc | Cơ chế tác dụng | Ưu điểm | Nhược điểm |
|--|---|---|---|
| Sulfonylurea | Kích thích tiết insulin. | Được sử dụng lâu năm ↓ nguy cơ mạch máu nhỏ ↓ nguy cơ tim mạch và tử vong.. | Hạ glucose huyết Tăng cân |
| Glinide | Kích thích tiết insulin. | ↓ glucose huyết sau ăn. | Hạ glucose huyết Tăng cân Dùng nhiều lần |
| Biguanide | Giảm sản xuất glucose ở gan. Có tác dụng incretin yếu | Được sử dụng lâu năm Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết Không thay đổi cân nặng, có thể giảm cân ↓ LDL-cholesterol, ↓ triglycerides ↓ nguy cơ tim mạch và tử vong | Chống chỉ định ở bệnh nhân suy thận (chống chỉ định tuyệt đối khi eGFR <30 ml/phút) Rối loạn tiêu hóa: đau bụng, tiêu chảy Nhiễm acid lactic |
| Pioglitazone (TZD) | Hoạt hóa thụ thể PPAR γ Tăng nhạy cảm với insulin | Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết ↓ triglycerides, ↑ HDL- cholesterol | Tăng cân Phù/Suy tim Gãy xương K bằng quang |
| Ức chế enzyme α -glucosidase | Làm chậm hấp thu carbohydrate ở ruột. | Dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết Tác dụng tại chỗ ↓ Glucose huyết sau ăn | Rối loạn tiêu hóa: sinh bụng, đầy hơi, tiêu phân lỏng Giảm HbA1c 0,5 - 0,8% |
| Ức chế enzym DPP-4 | Ức chế DPP-4 Làm tăng GLP-1 | dùng đơn độc không gây hạ glucose huyết Dung nạp tốt | Giảm HbA1c 0,5 - 1% Có thể gây dị ứng, ngứa, nổi mề đay, phù, viêm hầu họng, nhiễm trùng hô hấp trên, đau khớp Chưa biết tính an toàn lâu dài |
| Nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose SGLT2 | Ức chế tác dụng của kênh đồng vận chuyển SGLT2 tại ống thận gần, tăng thải glucose qua đường tiểu. | Dùng đơn độc ít gây hạ glucose huyết Giảm cân Giảm huyết áp Giảm tử vong liên quan đến bệnh tim mạch ở BN ĐTĐ típ 2 có nguy cơ tim mạch cao ⁹ | Giảm HbA1c 0,5-1% Nhiễm nấm đường niệu dục, nhiễm trùng tiết niệu, nhiễm ceton acid. Mất xương (với canagliflozin). |
| Thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 | Thuốc làm tăng tiết insulin khi glucose tăng cao trong máu đồng thời ức chế sự tiết glucagon, thuốc cũng làm chậm nhu động dạ dày và giảm cảm giác thèm ăn. | Giảm glucose huyết sau ăn, giảm cân. Dùng đơn độc ít gây hạ glucose huyết Giảm tử vong liên quan đến bệnh tim mạch ở BN ĐTĐ típ 2 có nguy cơ tim mạch cao | Giảm HbA1c 0,6-1,5% Buồn nôn, nôn, viêm tụy cấp. Không dùng khi có tiền sử gia đình ung thư giáp dạng tủy, bệnh đau tuyến nội tiết loại 2 |

Các thuốc viên hạ glucose huyết uống

| Thuốc | Hàm lượng | Liều mỗi ngày | Thời gian tác dụng |
|--|---|--|---|
| <i>Sulfonylurea</i> | | | |
| Tolbutamide | 250-500 mg | 0,5-2 gam chia uống 2-3 lần | 6-12 giờ |
| Chlorpropamide | 100-250 mg | 0,1-0,5 gam uống 1 lần duy nhất | 24-72 giờ |
| Glimepiride | 1-2 và 4 mg | 1-4 mg/ngày liều thông thường. Liều tối đa 8mg/ngày | 24 giờ |
| Gliclazide | 80 mg 30-60 mg dạng phóng thích chậm | 40mg-320 mg viên thường, chia uống 2-3 lần 30-120 mg dạng phóng thích chậm, uống 1 lần/ngày | 12 giờ 24 giờ, dạng phóng thích chậm |
| Glipizide | 5-10 mg 2,5-5-10 mg dạng phóng thích chậm | Viên thường 2,5-40 mg uống 30 phút trước khi ăn 1 hoặc 2 lần/ngày Dạng phóng thích chậm 2,5 -10 mg/ngày uống 1 lần. Liều tối đa 20 mg/ngày uống 1 lần | 6-12 giờ Dạng phóng thích chậm 24 giờ |
| Glinide | | | |
| Repaglinide | 0,5-1-2 mg | 0,5-4 mg/ngày chia uống trước các bữa ăn | 3 giờ |
| <i>Thuốc tăng nhạy cảm với insulin</i> | | | |
| Metformin | 500-850-1000mg Dạng phóng thích chậm: 500-750 mg | 1-2,5 gam, uống 1 viên sau ăn, ngày 2 - 3 lần Dạng phóng thích chậm: 500-2000 mg/ngày uống 1 lần | 7-12 giờ Dạng phóng thích chậm: kéo dài 24 giờ |
| Pioglitazone | 15-30-45 mg/ngày | 15-45 mg/ngày | 24 giờ |
| <i>Thuốc ức chế enzyme alpha glucosidase</i> | | | |
| Acarbose | 50-100 mg | 25-100mg uống 3 lần/ngày ngay trước bữa ăn hoặc ngay sau miếng ăn đầu tiên | 4 giờ |
| <i>Nhóm ức chế enzyme DPP-4</i> | | | |
| Sitagliptin | 50-100mg | Liều thường dùng 100mg/ngày Khi độ lọc cầu thận còn 30-50 ml/1 phút: 50 mg/ngày Khi độ lọc cầu thận còn 30ml/1 phút: 25 mg/ngày | 24 giờ |
| Saxagliptin | 2,5-5mg | 2,5- 5mg/ngày, uống 1 lần Giảm liều đến 2,5 mg/ngày khi độ lọc cầu thận \leq 50ml/1phút hoặc dùng cùng thuốc ức chế CYP3A4/5 mạnh thí dụ ketoconazole | 24 giờ |
| Vildagliptin | 50 mg | 50 mg uống 1-2 lần/ngày. Chống chỉ định khi AST/ALT tăng gấp 2,5 giới hạn trên của bình thường | 24 giờ |
| Linagliptin | 5mg | 5 mg uống 1 lần /ngày | 24 giờ |
| <i>Thuốc ức chế kênh SGLT2</i> | | | |
| Dapagliflozin | 5-10 mg | 10 mg/ngày, uống 1 lần. 5 mg khi có suy gan | 24 giờ |