

BỘ Y TẾ

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: **5904**/QĐ-BYT

Hà Nội, ngày **20** tháng **12** năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;
Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;
Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”, bao gồm:

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý tăng huyết áp;
2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý đái tháo đường;
3. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý lồng ghép tăng huyết áp và đái tháo đường;
4. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính;
5. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý hen phế quản ở người lớn.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã” được áp dụng tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn và tương đương trong cả nước.

Điều 3. Bãi bỏ nội dung Phần 2 - Chẩn đoán và điều trị một số bệnh mạn tính thường gặp trong Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường” tại Quyết định số 2919/ QĐ-BYT ngày 6/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 4. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 5. Giao Cục Quản lý Khám, chữa bệnh chủ trì, phối hợp với các đơn vị liên quan chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra, giám sát việc thực hiện tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”.

Điều 6. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng Cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện, Viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 6;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thủ trưởng;
- Công thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
THỦ TRƯỞNG

Nguyễn Trường Sơn

BỘ Y TẾ

**HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ
MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM
TẠI TRẠM Y TẾ XÃ**

(Ban hành kèm theo Quyết định số 5904/QĐ-BYT ngày 20 tháng 12 năm 2019)

Hà Nội, 2019

BỘ Y TẾ

Số: 5904/QĐ-BYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM

Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Hà Nội, ngày 20 tháng 12 năm 2019

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”

BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Xét đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

QUYẾT ĐỊNH:

Điều 1. Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”, bao gồm:

1. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý tăng huyết áp;
2. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý đái tháo đường;
3. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý lồng ghép tăng huyết áp và đái tháo đường;
4. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính;
5. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý hen phế quản ở người lớn.

Điều 2. Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã” được áp dụng tại các trạm y tế xã, phường, thị trấn và tương đương trong cả nước.

Điều 3. Bãi bỏ nội dung Phần 2 - Chẩn đoán và điều trị một số bệnh mạn tính thường gặp trong Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn khám, chữa bệnh tại trạm y tế xã, phường” tại Quyết định số 2919/ QĐ-BYT ngày 6/8/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

Điều 4. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

Điều 5. Giao Cục Quản lý Khám, chữa bệnh chủ trì, phối hợp với các đơn vị liên quan chỉ đạo, hướng dẫn, kiểm tra, giám sát việc thực hiện tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã”.

Điều 6. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Cục trưởng Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Chánh Thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng Cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện, Viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:

- Như Điều 6;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB.

**KT. BỘ TRƯỞNG
THỨ TRƯỞNG**

(Đã ký)

Nguyễn Trường Sơn

LỜI GIỚI THIỆU

Bệnh không lây nhiễm (BKLN) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn cầu, là một trong những thách thức và gánh nặng bệnh tật chủ yếu của các nước trên thế giới trong thế kỷ 21. Trong năm 2016, BKLN gây ra 71% tử vong trên toàn cầu. Các BKLN chính gây ra các tử vong này là bệnh tim mạch (chiếm 44% trong tổng số tử vong do BKLN và 31% tử vong toàn cầu); ung thư (chiếm 22% tổng số tử vong do BKLN, 16% tử vong toàn cầu); bệnh phổi mạn tính (chiếm 9% tổng số tử vong do BKLN, 7% tử vong toàn cầu) và đái tháo đường (chiếm 4% tử vong do BKLN và 3% tử vong toàn cầu).

Toàn cầu hoá và đô thị hoá, sự thay đổi môi trường như là những tác nhân làm tăng lối sống không lành mạnh, như hút thuốc lá, lạm dụng uống rượu, bia, ăn uống không hợp lý, ít vận động thể lực và chính những yếu tố nguy cơ này làm phát triển các BKLN. Theo WHO, 80% bệnh tim mạch giai đoạn đầu, đột quỵ và đái tháo đường típ 2 và trên 40% ung thư có thể được phòng ngừa được thông qua ăn uống hợp lý, hoạt động thể lực đều đặn, không hút thuốc lá.

Tại Việt Nam, BKLN là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Cứ 10 người chết có gần 8 người chết do BKLN. Ước tính năm 2016, tử vong do BKLN chiếm 77%. Có tới 44% số tử vong do BKLN là trước 70 tuổi. Theo báo cáo kết quả điều tra các yếu tố nguy cơ của một số BKLN năm 2015 ở nhóm tuổi từ 18 đến 69, tỷ lệ hiện mắc tăng huyết áp (THA) là 18,9, tỷ lệ có rối loạn đường huyết lúc đói là 3,6% và tỷ lệ đái tháo đường (ĐTĐ) là 4,1%. Ước tính của Hội hô hấp Việt Nam, chúng ta có khoảng 2,5 triệu người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Ước tính cứ 25 người Việt Nam trưởng thành thì có 1 người mắc ĐTĐ và 5 người trưởng thành thì có 1 người mắc THA. Trong 1 xã với khoảng 8000 dân thì có tới 1000 người mắc THA và 250 người mắc ĐTĐ.

Tuy nhiên có tới 70-80% bệnh nhân BKLN chưa được quản lý điều trị. Một trong những nguyên nhân chủ yếu của tình trạng này là nhận thức của người dân về bệnh còn chưa tốt; các dịch vụ sàng lọc, phát hiện sớm, chẩn đoán và điều trị bệnh ở tuyến y tế cơ sở, đặc biệt là ở trạm y tế xã còn hạn chế. Mặc dù nhiều trạm y tế đã triển khai điều trị BKLN như THA hoặc ĐTĐ nhưng thực chất chỉ là điều trị như các bệnh thông thường, không theo cách tiếp cận quản lý duy trì đối với bệnh mạn tính, nghĩa là chỉ kê đơn 5-7 ngày/lần khám, không theo dõi, đánh giá tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị, không tư vấn, can thiệp thay đổi hành vi lối sống. Việc sử dụng thuốc được bảo hiểm y tế chi trả tại trạm y tế xã quá hạn chế so với các tuyến trên, đồng thời các chủng loại thuốc cũng thường xuyên thay đổi hoặc không đầy đủ gây tâm lý lo lắng cho bệnh nhân, năng lực chuyên môn ở trạm y tế còn hạn chế, chưa biết cách phối hợp thuốc hiệu quả, chưa lồng ghép quản lý bệnh theo nhóm...

Bộ Y tế đã có nhiều nỗ lực trong tăng cường công tác dự phòng, chẩn đoán, điều trị, quản lý BKLN tại trạm y tế. Đã có nhiều chính sách, hướng dẫn chuyên môn được ban hành nhằm tăng cường y tế cơ sở và thúc đẩy quản lý điều trị BKLN, đặc biệt là THA và ĐTĐ, như Thông tư 39/2017/TT-BYT ngày 18 tháng 10 năm 2017 quy định gói dịch vụ y tế cơ bản cho tuyến y tế cơ sở, Thông tư số 30/2018/TT-BYT ngày 30 tháng 10 năm 2018 ban hành Danh mục và tỷ lệ, điều kiện thanh toán đối với thuốc hóa dược, sinh phẩm, thuốc phóng xạ và chất đánh dấu thuộc phạm vi được hưởng của người tham gia bảo hiểm y tế, Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 quy định về đơn thuốc và việc kê đơn thuốc hóa dược, sinh phẩm trong điều trị ngoại trú tại cơ

sở khám bệnh, chữa bệnh, Thông tư 09/2019/TT-BYT hướng dẫn thẩm định điều kiện ký hợp đồng khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế ban đầu, chuyển thực hiện dịch vụ cận lâm sàng và một số trường hợp thanh toán trực tiếp chi phí trong khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế, Quyết định 2559/QĐ-BYT về Tăng cường quản lý điều trị THA và ĐTDĐ áp dụng nguyên lý y học gia đình tại trạm y tế, các quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế ban hành hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quy trình lâm sàng về THA, ĐTDĐ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản...

Nhằm tăng cường hiệu quả công tác chẩn đoán, điều trị, quản lý BKLN tại trạm y tế xã, chuẩn hóa, cập nhật các hướng dẫn chuyên môn về BKLN cho trạm y tế xã, với sự hỗ trợ của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), Bộ Y tế ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã". Tài liệu này chủ yếu dành cho cho các trạm y tế xã mới bắt đầu triển khai quản lý, điều trị THA, ĐTDĐ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Tài liệu bao gồm 5 hướng dẫn: (1) *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý tăng huyết áp*; (2) *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý đái tháo đường*; (3) *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý lồng ghép tăng huyết áp và đái tháo đường*; (4) *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và* (5) *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý hen phế quản ở người lớn*.

Tài liệu được các chuyên gia của Bệnh viện Bạch Mai (Viện Tim mạch, Trung tâm Hô hấp, Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng), Bệnh viện Nội tiết trung ương, Bệnh viện Lão khoa trung ương, các Hội chuyên ngành: Hội Tim mạch Việt Nam, Hội Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam, Hội hô hấp Việt Nam, Hội Hen, Dị ứng miễn dịch lâm sàng và WHO biên soạn dựa trên các quy định hiện hành của Bộ Y tế, Hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế, khuyến nghị của WHO và các khuyến cáo quốc tế mới nhất về tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và hen phế quản. Tài liệu được xây dựng theo từng bước thực hành lâm sàng, từ hỏi bệnh, khám bệnh, xét nghiệm, chuyển tuyến tới điều trị bằng thuốc và giáo dục, tư vấn cho bệnh nhân và gia đình. Kiến thức và thực hành được giới thiệu trong tài liệu rất cơ bản và thiết thực. Tất cả các trạm y tế có y bác sỹ có chứng chỉ hành nghề đa khoa đều có thể áp dụng trong thực hành khám, chữa bệnh, quản lý BKLN.

Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn các chuyên gia và thành viên Ban Biên soạn đã dành nhiều thời gian và công sức để biên soạn tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị, quản lý bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã", cảm ơn sự hỗ trợ của WHO và xin giới thiệu tài liệu này tới các cán bộ y tế, đặc biệt là cán bộ làm việc tại trạm y tế xã. Tài liệu này có thể còn nhiều thiếu sót. Chúng tôi rất mong nhận được sự đóng góp từ Quý độc giả, đồng nghiệp để tài liệu ngày một hoàn thiện hơn. Mọi ý kiến đóng góp xin gửi về Bộ Y tế (Cục Quản lý Khám, chữa bệnh).

Trân trọng cảm ơn!

TRƯỞNG BAN BIÊN SOẠN

(Đã ký)

Nguyễn Trường Sơn

DANH SÁCH BAN BIÊN SOẠN
HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ
MỘT SỐ BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

Chủ biên

PGS.TS. Nguyễn Trường Sơn

Đồng chủ biên

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt

GS.TS. Trần Hữu Dàng

GS.TS. Ngô Quý Châu

PGS.TS. Trần Thúy Hạnh

Tham gia biên soạn và thẩm định

TS. Nguyễn Quang Bảy

GS.TS. Ngô Quý Châu

GS.TS. Trần Hữu Dàng

TS. Phan Hường Dương

TS. Vương Ánh Dương

PGS.TS. Trần Thúy Hạnh

PGS. TS. Chu Thị Hạnh

PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng

PGS.TS. Vũ Văn Giáp

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê

ThS. Nguyễn Trọng Khoa

PGS.TS. Lê Thị Tuyết Lan

PGS.TS. Nguyễn Việt Nhung

PGS.TS. Phan Thu Phương

TS. Nguyễn Hoàng Phương

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Quang

PGS.TS. Hồ Thị Kim Thanh

TS. Phạm Huy Thông

TS. Hà Huy Toàn

TS. Lê Quang Toàn

TS. Nguyễn Hữu Trường

TS. Lại Đức Trường

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt

PGS. TS. Nguyễn Thị Bạch Yến

Thư ký biên soạn

PGS. TS. Nguyễn Ngọc Quang

PGS.TS. Hồ Thị Kim Thanh

TS. Nguyễn Hữu Trường

TS. Lê Quang Toàn

ThS. Nguyễn Thị Thanh Huyền

ThS. Nguyễn Ngọc Dư

ThS. Phan Thị Hạnh

ThS. Dương Ngọc Long

ThS. Trương Lê Vân Ngọc

MỤC LỤC

NỘI DUNG	TRANG
Danh mục chữ viết tắt	1
Phần 1. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRẠM Y TẾ XÃ	2
Đối tượng áp dụng	2
Bước 1: Hỏi bệnh	2
Bước 2: Khám lâm sàng và xét nghiệm	2
Bước 3: Chẩn đoán	2
A. Phân độ tăng huyết áp	2
B. Phân tầng nguy cơ tim mạch cho người tăng huyết áp	3
Bước 4: Chuyển tuyến	3
A. Chuyển tuyến trên	3
B. Tuyến trên chuyển về trạm y tế	3
Bước 5: Điều trị, quản lý	3
A. Nguyên tắc điều trị	3
B. Phác đồ chung điều trị tăng huyết áp khi không có chỉ định ưu tiên	4
C. Phác đồ điều trị tăng huyết áp áp dụng tại những cơ sở mới triển khai quản lý, điều trị tăng huyết áp	5
D. Giáo dục, tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp	5
Phụ lục 1.1: Quy trình đo huyết áp	6
Phụ lục 1.2: Sơ đồ các bước khẳng định chẩn đoán tăng huyết áp	7
Phụ lục 1.3: Biểu đồ ước tính nguy cơ tim mạch tổng thể	7
Phần 2. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM Y TẾ XÃ	8
Đối tượng áp dụng	8
Bước 1: Hỏi bệnh	8
Bước 2: Khám lâm sàng và xét nghiệm	8
Bước 3: Chẩn đoán	8
A. Đái tháo đường	9
B. Tiền đái tháo đường	9
Bước 4: Chuyển tuyến	9
A. Chuyển tuyến trên	9
B. Tuyến trên chuyển về trạm y tế	10

NỘI DUNG	TRANG
Bước 5: Điều trị, quản lý	10
A. Xác định mục tiêu điều trị glucose máu cho từng bệnh nhân	10
B. Điều trị bằng thuốc uống	10
C. Điều trị bằng insulin	10
D. Giáo dục, tư vấn cho người bệnh đái tháo đường	10
Phụ lục 2.1: Quy trình xét nghiệm đường máu mao mạch	11
Phụ lục 2.2: Quy trình thực hiện nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống	13
Phụ lục 2.3: Quy trình điều trị đái tháo đường	14
Phần 3. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ LÒNG GHÉP TĂNG HUYẾT ÁP VÀ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM Y TẾ XÃ	15
Đối tượng áp dụng	15
Bước 1: Hỏi bệnh	15
Bước 2: Khám lâm sàng và xét nghiệm	15
Bước 3: Chẩn đoán	16
A. Phân độ tăng huyết áp	16
B. Phân tầng nguy cơ tim mạch cho người tăng huyết áp	16
C. Chẩn đoán đái tháo đường	17
D. Xử trí cấp cứu	17
1. Xử trí cấp cứu tăng huyết áp	17
2. Xử trí cấp cứu hạ glucose máu	18
Bước 4: Chuyển tuyến	18
A. Chuyển tuyến trên	18
B. Tuyến trên chuyển về trạm y tế	18
Bước 5: Điều trị, quản lý	19
A. Xác định mục tiêu điều trị và đánh giá kết quả điều trị đối với bệnh nhân đang quản lý	19
B. Nguyên tắc điều trị	20
C. Phác đồ chung điều trị tăng huyết áp khi không có chỉ định ưu tiên	20
D. Phác đồ điều trị tăng huyết áp áp dụng tại những cơ sở mới triển khai quản lý, điều trị tăng huyết áp	21
E. Sơ đồ quy trình điều trị đái tháo đường	22
F. Giáo dục, tư vấn cho người bệnh và gia đình	23
G. Một số thuốc thiết yếu điều trị tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu tại trạm y tế xã	24
Phụ lục 3.1: Một số biến chứng của bệnh đái tháo đường	26
Phụ lục 3.2: Thực hiện giảm một nửa lượng muối ăn hàng ngày để phòng, chống tăng huyết áp, tai biến mạch máu não và đái tháo đường	27

NỘI DUNG	TRANG
Phụ lục 3.3: Dinh dưỡng với bệnh nhân đái tháo đường	28
Phụ lục 3.4: Hoạt động thể lực đối với bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường	34
Phần 4. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI TRẠM Y TẾ XÃ	36
Đối tượng áp dụng	36
Bước 1: Hỏi bệnh	36
Bước 2: Khám lâm sàng và xét nghiệm	36
Bước 3: Chẩn đoán	36
A. Sơ đồ chẩn đoán bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	37
B. Đánh giá mức độ nặng bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	37
Bước 4: Chuyển tuyến	37
A. Chuyển tuyến trên	37
B. Tuyến trên chuyển về trạm y tế	38
Bước 5: Điều trị, quản lý	38
A. Điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính giai đoạn ổn định	38
1. Mục tiêu điều trị	38
2. Các biện pháp điều trị không dùng thuốc	38
3. Các biện pháp điều trị dùng thuốc	38
4. Giáo dục, tư vấn cho bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	39
5. Theo dõi và tái khám	39
B. Điều trị đợt cấp của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT)	40
1. Các dấu hiệu gợi ý BN có đợt cấp của BPTNMT	40
2. Bước 1: Hỏi bệnh và khám bệnh	40
3. Bước 2: Đánh giá mức độ nặng của đợt cấp BPTNMT	40
4. Bước 3: Xử trí đợt cấp BPTNMT	41
Phụ lục 4.1: Đánh giá mức độ khó thở theo thang điểm mMRC	42
Phụ lục 4.2: Đánh giá BPTNMT với bảng điểm CAT	43
Phụ lục 4.3: Quy trình quản lý, điều trị BPTNMT tại trạm y tế xã	44
Phụ lục 4.4: Danh mục thuốc thiết yếu điều trị BPTNMT tại trạm y tế xã	45
Phần 5. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ HEN PHẾ QUẢN Ở NGƯỜI LỚN TẠI TRẠM Y TẾ XÃ	46
Đối tượng áp dụng	46
Bước 1: Hỏi bệnh	46
Bước 2: Khám lâm sàng và xét nghiệm	46
Bước 3: Chẩn đoán	47

NỘI DUNG	TRANG
Bước 4: Chuyển tuyến	47
A. Chuyển tuyến trên	47
B. Tuyến trên chuyển về trạm y tế	47
Bước 5: Điều trị, quản lý	48
A. Điều trị kiểm soát hen phế quản	48
1. Mục tiêu điều trị	48
2. Đánh giá mức độ kiểm soát triệu chứng hen trong 4 tuần qua	48
3. Các bậc điều trị và lựa chọn khởi đầu điều trị kiểm soát hen	48
B. Quản lý người bệnh hen phế quản	49
1. Giáo dục, tư vấn cho người bệnh hen phế quản	49
2. Quản lý người bệnh hen phế quản	50
C. Xử trí cơn hen cấp	50
1. Các dấu hiệu nhận biết cơn hen cấp	50
2. Xử trí cơn hen cấp	51
Phụ lục 5.1: Cách sử dụng lưu lượng đỉnh kế	52
Phụ lục 5.2: Danh mục thuốc thiết yếu điều trị hen phế quản tại trạm y tế xã	54
Phụ lục 5.3: Cách sử dụng các dụng cụ phun hít	55
Phụ lục 5.4: Bản kế hoạch hành động cho người bệnh hen phế quản	59

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

BMI	Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index)
BN	Bệnh nhân
BPTNMT	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
ĐM	Động mạch
ĐTĐ	Đái tháo đường
GHTTM	Glucose huyết tương tĩnh mạch
HATT	Huyết áp tâm thu
HATTr	Huyết áp tâm trương
HDTL	Hoạt động thể lực
HPQ	Hen phế quản
LLĐ	Lưu lượng đỉnh
MLCT	Mức lọc cầu thận
NPDNG	Nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống
RLCH	Rối loạn chuyển hóa
RLDNG	Rối loạn dung nạp glucose
RLGMLĐ	Rối loạn glucose máu lúc đói
TBMMN	Tai biến mạch máu não
THA	Tăng huyết áp
TYT	Trạm y tế
XN	Xét nghiệm
YTNC	Yếu tố nguy cơ

PHẦN 1. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

Đối tượng áp dụng			
1. Người trưởng thành (≥ 18 tuổi), có huyết áp $\geq 140/90$ mmHg, phát hiện thông qua đo huyết áp tại cộng đồng hoặc khi đến khám tại trạm y tế; 2. Người tăng huyết áp (THA) sau khi điều trị ổn định, được chuyển từ tuyến trên về trạm y tế xã để quản lý và theo dõi huyết áp (HA).			
BƯỚC 1. HỎI BỆNH – chú trọng các nội dung:			
1. Họ tên, ngày tháng năm sinh, nghề nghiệp... 2. Triệu chứng và tiến triển liên quan đến THA: đau ngực, khó thở, phù mắt, chi... 3. Tiền sử chẩn đoán hoặc điều trị THA và các bệnh liên quan: số đo HA, các thuốc đã điều trị, tác dụng phụ và khả năng tuân thủ với điều trị lâu dài.		4. Các yếu tố nguy cơ (YTNC): đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu, béo phì hoặc thừa cân, hạn chế vận động thể lực, chế độ ăn, uống không phù hợp, hút thuốc, uống rượu bia, stress. 5. Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm...	
BƯỚC 2. KHÁM LÂM SÀNG, XÉT NGHIỆM (XN): chú trọng các nội dung:			
1. Đo HA tại trạm y tế theo đúng quy trình, đối chiếu với các số đo HA nhiều lần tại nhà... (Quy trình đo HA tại Phụ lục 1.1). 2. Đo chiều cao/cân nặng, vòng eo/mông, tính chỉ số BMI, phát hiện phù mắt/chi... 3. Khám tổng thể: phát hiện các tổn thương cơ quan đích (nếu có) ở: tim (tiếng tim, tiếng thổi, biểu hiện suy tim ứ huyết), não (dấu hiệu thần kinh khu trú), thận (biểu hiện suy thận), mạch máu ngoại vi (bất mạch, tiếng thổi/ phồng ở các mạch máu...).		4. Hemoglobin và/hoặc hematocrit; 5. Glucose máu khi đói; 6. Bilan lipid máu: cholesterol toàn phần, triglycerides, LDL-C, HDL-C; 7. Điện giải máu (Na^+, K^+), axit uric, creatinine máu; 8. Chức năng gan: SGOT/SGPT máu; 9. Tổng phân tích nước tiểu và tìm protein niệu (định tính hoặc định lượng); 10. Điện tâm đồ đủ 12 chuyển đạo	
<i>(Cần so sánh và đối chiếu với diễn biến các kết quả lâm sàng, XN đã có từ trước).</i>			
Khoảng cách giữa các lần khám, xét nghiệm cơ bản và theo dõi			
1. Lần đầu tiên phát hiện THA: Cần khám lâm sàng toàn diện và làm đầy đủ các xét nghiệm cơ bản (hoàn thành trong vòng 3 tháng đầu). 2. Các xét nghiệm (XN) cơ bản cần nhắc lại định kỳ mỗi 6-12 tháng 1 lần hoặc sớm hơn khi người bệnh có biểu hiện bất thường. 3. Theo dõi sát HA và các dấu hiệu lâm sàng trong 1 tháng đầu khi khởi trị hoặc khi thay đổi phác đồ điều trị THA. Khi HA ổn định (đạt HA mục tiêu và không có tác dụng phụ) thì sẽ khám và theo dõi định kỳ mỗi 1-3 tháng 1 lần.			
BƯỚC 3. CHẨN ĐOÁN - A. Phân độ THA			
(Sơ đồ các bước để khẳng định chẩn đoán THA trong Phụ lục 1.2)			
Phân độ huyết áp	HA tâm thu (mmHg)		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	≥ 180	và/ hoặc	≥ 110
<i>Nếu HA tâm thu và tâm trương không cùng mức thì chọn mức cao hơn để phân độ.</i>			

B. Phân tầng nguy cơ tim mạch cho người tăng huyết áp

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/ngoại vi;
- Đái tháo đường (ĐTĐ) 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 ≥ 8 mmol/L (≥ 310 mg/dL));
- Suy thận nặng mức lọc cầu thận (MLCT) < 30 ml/phút;
- Nguy cơ tim mạch tổng thể 10 năm theo thang điểm SCORE $> 10\%$ (Sử dụng Biểu đồ ước tính nguy cơ tim mạch tổng thể tại Phụ lục 1.3).

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 ≥ 8 mmol/L (≥ 310 mg/dL);
- Đái tháo đường 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%.

BƯỚC 4. CHUYỂN TUYẾN

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;
- THA đang quản lý điều trị có diễn biến bất thường, không đạt HA mục tiêu dù đã điều trị đủ ≥ 3 thuốc, với ít nhất 1 lợi tiểu hoặc không dung nạp với thuốc, hoặc
- 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 XN cho lần đầu tiên mới phát hiện THA hoặc khám định kỳ 6-12 tháng (nếu trạm y tế chưa làm được đủ XN cơ bản).

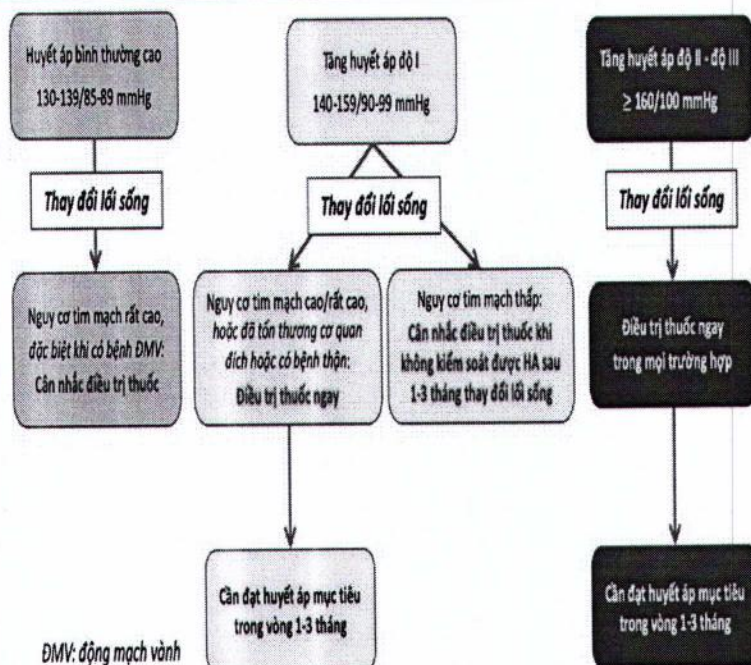
B. Tuyến trên chuyển về trạm y tế:

- Những trường hợp BN chuyển lên để làm XN 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 các thuốc sẵn có tại trạm y tế xã.

BƯỚC 5. ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ

A. Nguyên tắc điều trị

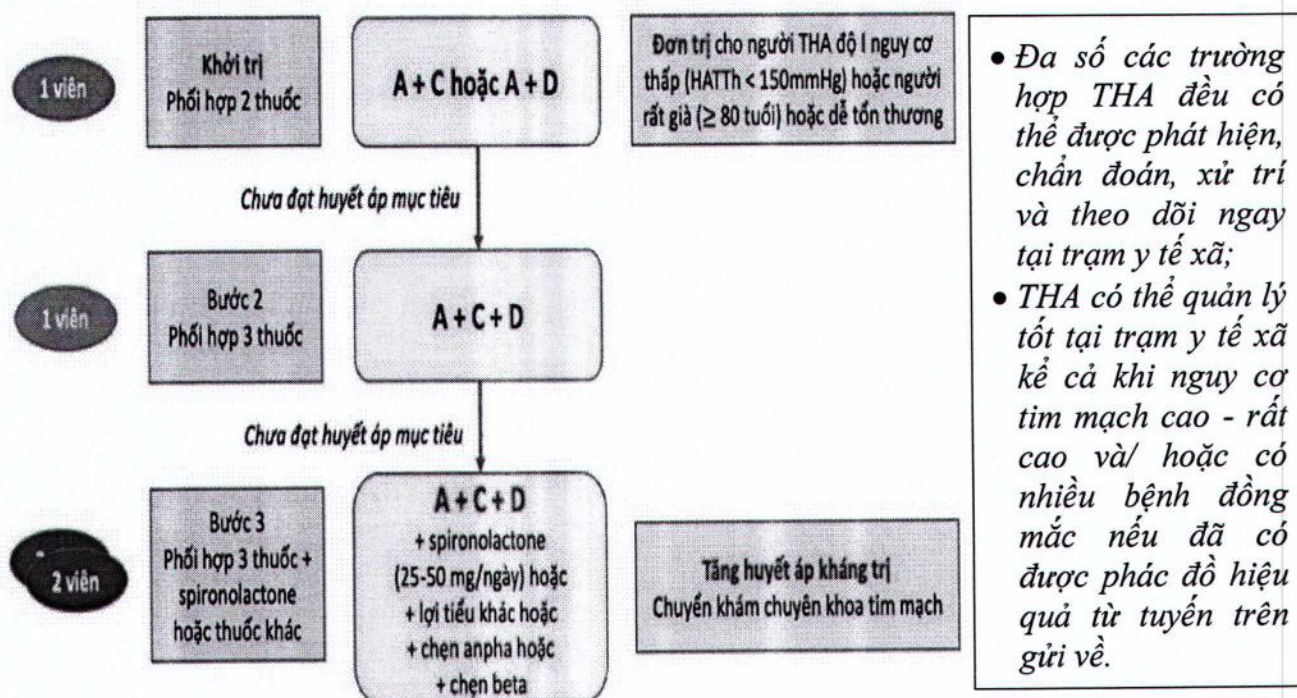
- Cần **điều trị đúng và đủ hàng ngày; quản lý và theo dõi đều**, điều trị lâu dài, chỉnh liều định kỳ.
- Mục tiêu điều trị THA nhằm ngăn ngừa hoặc làm chậm tiến triển các biến chứng của THA trên cơ quan đích: nghĩa là cần đạt “HA mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tổn thương cơ quan đích”, **cụ thể mục tiêu về HA tại trạm y tế như sau:**
 - HA tâm thu** từ 120 đến < 130 mmHg (người < 65 tuổi) và từ 130 đến < 140 mmHg (người ≥ 65 tuổi), có thể thấp hơn nếu dung nạp được.
 - HA tâm trương** cần đạt từ 70 đến < 80 mmHg.



3. Cần khởi trị **sớm, tích cực để nhanh chóng** đạt HA mục tiêu trong vòng 1-3 tháng.
4. Chiến lược điều trị luôn gồm biện pháp thay đổi lối sống kết hợp thuốc hạ HA khi có chỉ định.
5. **Thời điểm khởi trị THA:**
 - Khởi trị khi HA $\geq 140/90$ mmHg ở người < 80 tuổi hoặc $\geq 160/90$ mmHg ở người ≥ 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.
6. **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.
7. **Kiểm soát đồng thời các yếu tố nguy cơ tim mạch** khác như ĐTĐ, rối loạn lipid máu... để tăng tối đa hiệu quả dự phòng tổn thương cơ quan đích và giảm thiểu nguy cơ tim mạch tổng thể.
8. **Chú ý cá thể hoá điều trị** trên cơ sở đánh giá toàn diện HA, hiệu quả/giá thành và khả năng tuân thủ điều trị.

B. Phác đồ chung điều trị THA khi không có chỉ định ưu tiên

1. 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 ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể AT1; C: chẹn kênh canxi; D: lợi tiểu dạng thiazide

2. 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.
3. Cá thể hoá các lựa chọn thuốc hạ huyết áp hoặc khi có các chỉ định ưu tiên để chọn thuốc HA: tham khảo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA dành cho tuyến y tế cơ sở.

C. Phác đồ điều trị THA áp dụng tại những cơ sở mới triển khai quản lý và điều trị THA.

1. Phác đồ phối hợp thuốc HA dưới đây là một ví dụ để thực hiện cho những trạm y tế xã mới triển khai chương trình quản lý THA;
2. Khi BN được tuyến trên chuyển về (sau khi THA đã được kiểm soát ổn định với một phác đồ hiệu quả, đạt mục tiêu điều trị THA, trên cơ sở các thuốc sẵn có tại trạm y tế xã), điều trị sẽ theo chỉ định điều trị của tuyến trên;
3. Nếu THA độ 2 thì bắt đầu từ bước 2 (phối hợp 2 loại thuốc).
4. Trường hợp chỉ có một loại thuốc thì tăng dần liều cho đến khi đạt HA mục tiêu. Nếu tăng đến liều tối đa mà không đạt HA mục tiêu thì phải chuyển tuyến.
5. Cần lưu ý luôn luôn giáo dục và tư vấn cho người bệnh để thay đổi lối sống tích cực;
6. Khi chưa đạt được HA mục tiêu, xem lại việc dùng thuốc hạ áp, việc thay đổi lối sống và phối hợp thuốc như trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA tại tuyến cơ sở.

Bước 1. Khởi trị

Khẳng định có THA, có chỉ định điều trị, không cần chuyển tuyến.

- Thay đổi lối sống tích cực
- Ưu tiên dùng thuốc



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



Amlodipine 5mg hoặc
Nifedipine chậm (retard) 20mg

Bước 2. Tái khám sau 4 tuần

Nếu HA còn vượt HA mục tiêu > 5-10 mmHg

- Kết hợp thuốc



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

Bước 3. Tái khám sau 4 tuần

Nếu HA vẫn vượt HA mục tiêu > 5-10 mmHg

- Kết hợp thêm



Hydrochlorothiazide 12,5mg hoặc
Indapamide 1,5mg

Bước 4. Tái khám sau 4 tuần

Nếu HA vẫn vượt HA mục tiêu > 5-10 mmHg

- Kiểm tra xem dùng thuốc có đúng/đủ/đều?
- Tăng số lượng các viên phối hợp
- Chuyển tuyến, khám chuyên khoa tim mạch

Ở mỗi lần tái khám

Nếu đạt hoặc vượt HA mục tiêu < 5 mmHg

- Duy trì phác đồ cũ, tích cực thay đổi lối sống

Nếu HA tâm thu < 110 mmHg trong 2 lần khám

- Chuyển sang phác đồ nhẹ hơn trước đó

Nếu có tác dụng phụ hoặc biến cố

- Không đợi 4 tuần, liên hệ ngay nhân viên y tế để đổi thuốc hoặc chỉnh liều

D. Giáo dục, tư vấn cho người bệnh tăng huyết áp

1. Tích cực thay đổi lối sống:
 - a) Chế độ ăn hợp lý:
 - Giảm ăn mặn, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng;
 - Tăng cường rau xanh, quả tươi, nhiều màu sắc, ưu tiên các loại hạt thô, dầu thực vật;
 - Hạn chế thức ăn nhiều cholesterol và axit béo no; cân đối dầu thực vật và mỡ động vật;
 - Hạn chế thức ăn chế biến sẵn, đồ uống ngọt có gas.
 - b) Duy trì cân nặng lý tưởng: BMI 18,5 đến 22,9 kg/m²; vòng bụng <90cm (nam) và <80cm (nữ);
 - c) Hạn chế tối đa uống rượu, bia, nếu uống thì số lượng ≤ 2 cốc/ngày (nam) hoặc ≤ 1 cốc/ngày (nữ) và tổng phải ≤ 10 cốc/tuần (nam) hoặc ≤ 5 cốc/tuần (nữ). Không uống rượu nhiều cùng một lúc;
 - d) Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào kể cả các dạng khác như hút thuốc lá điện tử, nhai, ăn... cũng như tránh xa môi trường có khói thuốc;
 - e) Tăng cường hoạt động thể lực: ≥ 150 phút/tuần (ít nhất là ở mức độ vừa phải, 30-60 phút/ngày, kết hợp các bài tập cơ tĩnh và động);
 - f) Tránh lo âu, căng thẳng; cần có thời gian thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý, tránh bị lạnh đột ngột.
2. Tuân thủ điều trị, không tự ý bỏ thuốc hoặc giảm liều khi không có chỉ định của Bác sỹ.

Phụ lục 1.1: QUY TRÌNH ĐO HUYẾT ÁP

1. Người được đo HA cần nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5-10 phút trước khi đo HA. Không dùng chất kích thích (*cà phê, hút thuốc, rượu bia...*) trong vòng 2 giờ trước khi đo HA. Không nói chuyện trong khi đang đo HA.

2. Đo HA có thể tiến hành ở các tư thế ngồi ghế tựa (tư thế tiêu chuẩn) hoặc nằm lưng đặt giường. Tư thế đứng thẳng (đo vào thời điểm 1 phút hoặc 3 phút sau khi đứng dậy từ vị trí ngồi) dùng để phát hiện hạ HA tư thế, nhất là ở người cao tuổi, ĐTĐ hoặc có các bệnh lý dễ gây hạ HA tư thế. Khi đo HA cần đảm bảo người được đo thả lỏng, tránh co cứng cơ: nếu ở tư thế ngồi, thì ghế cần có tựa, tay duỗi thẳng thoải mái trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim, không bắt chéo chân.

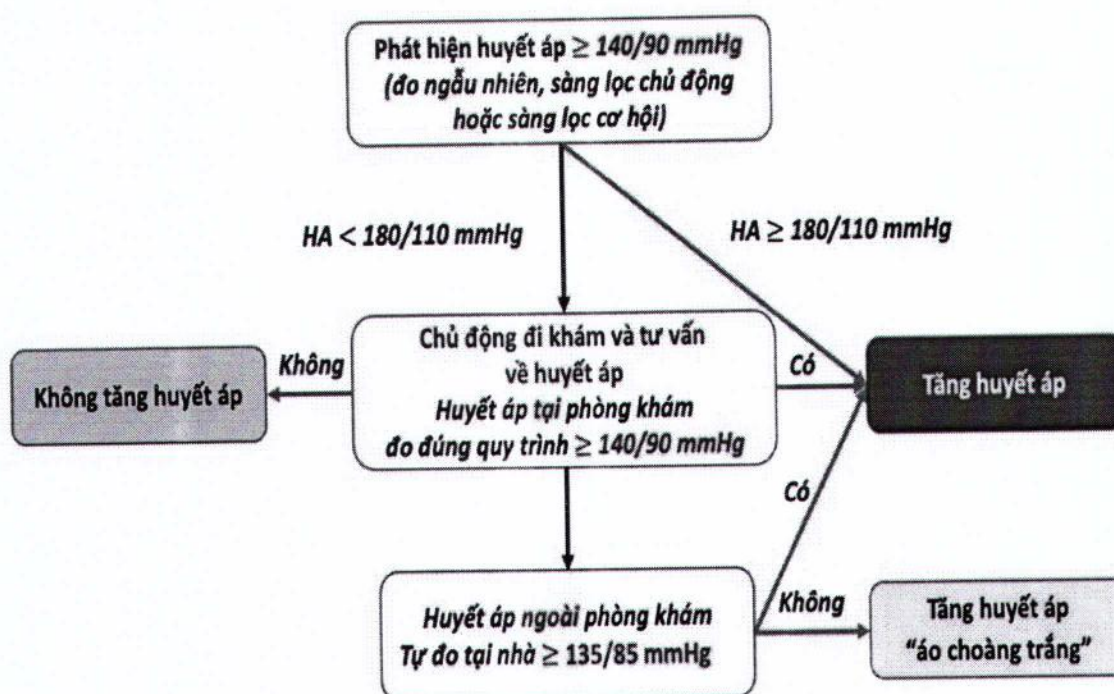
3. HA có thể đo thủ công sử dụng HA kế thủy ngân hay HA kế đồng hồ, hoặc đo tự động sử dụng HA kế điện tử. *Các thiết bị đo cần được kiểm chuẩn định kỳ (6 tháng – 1 năm/lần) để đảm bảo độ chính xác của việc đo HA.*

4. Cần quấn băng quấn đủ chặt và đảm bảo kích thước bao đo tương xứng với vùng chi thể được đo HA. Nếu đo HA ở cánh tay thì bề dài bao đo (*nằm trong băng quấn*) tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay và vị trí đặt bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 1,5 – 2 cm. *Vị trí băng quấn cần ngang với vị trí của tim người cần đo.*

5. Xác định vị trí động mạch đập rõ nhất **ở dưới và bên ngoài băng quấn** để điều chỉnh vị trí băng quấn khi đo HA tự động (ứng với đường đánh dấu động mạch trên băng quấn) hoặc để đặt ống nghe khi đo HA thủ công. Cần đảm vị trí tương ứng với mốc 0 của HA kế thủy ngân hoặc vị trí của đồng hồ kế là ngang với vị trí của tim dù tư thế đo HA là ngồi, nằm hay đứng. Nếu đo thủ công, người đo sẽ bơm hơi cho đến khi không còn sờ thấy mạch đập, rồi bơm thêm 30mmHg sau đó xả hơi với tốc độ 2-5 mmHg/nhịp đập. HA tâm thu tương ứng với số đo HA lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (*pha I của Korotkoff*) và HA tâm trương tương ứng với số đo HA lúc mất hẳn tiếng đập (*pha V của Korotkoff*) khi nghe tiếng đập bằng ống nghe.

6. Nên đo HA ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo HA giữa 2 lần đo chênh nhau >10mmHg, cần đo lại thêm một vài lần, sau khi đã nghỉ thêm trên 5 phút. Giá trị HA ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng. Với người có rối loạn nhịp tim như rung nhĩ, cần đo thêm một vài lần và đo thủ công sử dụng ống nghe để tăng độ chính xác. Nếu chưa bao giờ đo HA, cần đo HA ở cả hai cánh tay, tay nào có con số HA cao hơn sẽ dùng để theo dõi HA về sau. Ghi lại số đo HA theo đơn vị mmHg dưới dạng HA tâm thu/HA tâm trương (*ví dụ 126/82 mmHg*), không làm tròn số quá hàng đơn vị và thông báo kết quả cho người được đo.

Phụ lục số 1.2: SƠ ĐỒ CÁC BƯỚC KHẲNG ĐỊNH CHẨN ĐOÁN THA



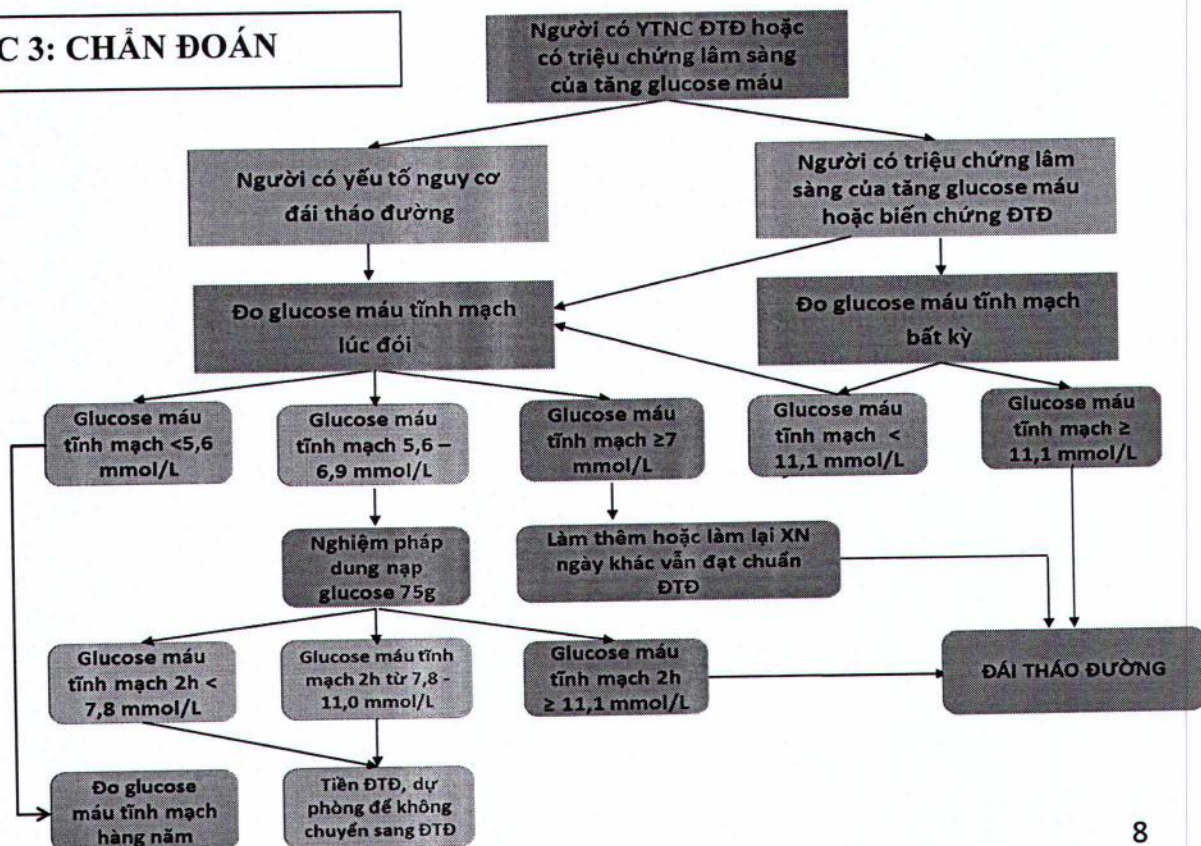
Phụ lục số 1.3: BIỂU ĐỒ ƯỚC TÍNH NGUY CƠ TIM MẠCH TỔNG THỂ (Nếu không làm XN được thì coi cholesterol toàn phần bằng 5mmol/l)

Nữ giới		Tuổi	Nam giới	
Không hút thuốc	Hút thuốc		Không hút thuốc	Hút thuốc
180	7 8 9 10 12	13 15 17 19 22	14 16 19 22 26	26 30 35 41 47
160	5 5 6 7 8	9 10 12 13 16	9 11 13 15 16	18 21 25 29 34
140	3 3 4 5 6	6 7 8 9 11	6 8 9 11 13	13 15 17 20 24
120	2 2 3 3 4	4 5 5 6 7	4 5 6 7 9	9 10 12 14 17
180	4 4 5 6 7	8 9 10 11 13	9 11 13 15 18	18 21 24 28 33
160	3 3 3 4 5	5 6 7 8 9	6 7 9 10 12	12 14 17 20 24
140	2 2 2 3 3	3 4 5 5 6	4 5 6 7 9	8 10 12 14 17
120	1 1 2 2 2	2 3 3 4 4	3 3 4 5 6	6 7 8 10 12
180	2 2 3 3 4	4 5 5 6 7	6 7 8 10 12	12 13 16 19 22
160	1 2 2 2 3	3 3 4 4 5	4 5 6 7 8	8 9 11 13 16
140	1 1 1 1 2	2 2 2 3 3	3 3 4 5 6	5 6 8 9 11
120	1 1 1 1 1	1 1 2 2 2	2 2 3 3 4	4 4 5 6 8
180	1 1 1 2 2	2 2 3 3 4	4 4 5 6 7	7 8 10 12 14
160	1 1 1 1 1	1 2 2 2 3	2 3 3 4 5	5 6 7 8 10
140	0 1 1 1 1	1 1 1 1 2	2 2 2 3 3	3 4 5 6 7
120	0 0 1 1 1	1 1 1 1 1	1 1 2 2 2	2 3 3 4 5
180	0 0 0 0 0	0 0 0 1 1	1 1 1 2 2	2 2 3 3 4
160	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	1 1 1 1 1	1 2 2 2 3
140	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 1 1 1 1	1 1 1 2 2
120	0 0 0 0 0	0 0 0 0 0	0 0 1 1 1	1 1 1 1 1
4 5 6 7 8		4 5 6 7 8	4 5 6 7 8	
Huyết áp tâm thu (mmHg)		Cholesterol (mmo/L)		

PHẦN 2. HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRẠM Y TẾ XÃ

Đối tượng áp dụng	
1. Người trưởng thành có nguy cơ mắc đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 đến trạm y tế. 2. Người bệnh ĐTĐ sau khi điều trị ổn định, được chuyển từ tuyến trên về.	
BƯỚC 1. HỎI BỆNH- Chú trọng các nội dung:	
1. Glucose máu trước đây? 2. Các triệu chứng điển hình của ĐTĐ: Khát nước, uống nhiều, ăn nhiều, tiểu nhiều, gầy sút nhiều. 3. Các biểu hiện nghi ngờ biến chứng ĐTĐ: nhìn mờ, nhiễm trùng da lâu lành, viêm quanh chân răng, rụng răng sớm, nhiễm trùng tiết niệu, viêm âm đạo tái diễn, tê chân tay...	4. Tiền sử chẩn đoán và điều trị ĐTĐ và các bệnh liên quan, kèm theo (THA, rối loạn lipid máu, bệnh tim, thận): Thuốc sử dụng, hiệu quả, tác dụng phụ 5. Các YTNC: hút thuốc lá, uống rượu, bia, ăn nhiều đồ ngọt, ăn ít rau, ăn nhiều mỡ động vật, ít hoạt động thể lực. 6. Tiền sử gia đình (trực hệ): bố mẹ đẻ, anh chị em ruột có bị ĐTĐ, mẹ bị ĐTĐ thai kỳ.
BƯỚC 2: KHÁM LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM: chú trọng các nội dung:	
1. Đo vòng eo, tính BMI, khám phủ 2. Đo HA, bắt mạch ngoại vi, nghe tim (đều hay không? có tiếng thổi động mạch cảnh, động mạch bụng?). 3. Nghe phổi, khám bụng (chú ý tìm xem có gan to không) 4. Khám bàn chân: vết chai, loét, móng chân, cảm giác, mạch mu chân... 5. BN tái khám cần đánh giá sự tuân thủ điều trị.	6. Đo thị lực 7. XN glucose máu, cholesterol máu và protein niệu (nếu có điều kiện) 8. Xem kết quả XN đã có sẵn (chú ý glucose máu, HbA1c, creatinin, điện giải đồ, chức năng gan, thận, thành phần lipid máu). 9. XN glucose máu mao mạch (Quy trình XN trong Phụ lục 2.1): chỉ có giá trị phát hiện sớm và theo dõi điều trị.

BƯỚC 3: CHẨN ĐOÁN



Các rối loạn glucose huyết		Tiêu chuẩn chẩn đoán
A. Đái tháo đường <i>* Nếu glucose máu không tăng rõ, chẩn đoán cần 2 kết quả đạt chuẩn ở cùng mẫu máu hoặc ở 2 mẫu XN khác nhau ở ngày khác.</i>		a) Glucose huyết tương tĩnh mạch (GHTTM) lúc đói (buổi sáng, sau nhịn đói qua đêm 8-12 tiếng) $\geq 7,0\text{mmol/L}$ (hay $\geq 126\text{ mg/dL}$)* hoặc
		b) GHTTM 2 giờ trong nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống (NPDNG: Quy trình thực hiện NPDNG trong Phụ lục 2.2) $\geq 11,1\text{mmol/L}$ (hay $\geq 200\text{ mg/dL}$)* hoặc
		c) HbA1c $\geq 6,5\%$ (hay $\geq 48\text{mmol/mol}$)* hoặc
		d) GHTTM bất kỳ $\geq 11,1\text{ mmol/L}$ (hay $\geq 200\text{ mg/dL}$) và triệu chứng lâm sàng của tăng glucose máu.
B. Tiền ĐTD	Rối loạn glucose máu lúc đói (RLGMLĐ)	GHTTM lúc đói: 5,6 đến 6,9mmol/L (100 đến 125 mg/dL) và GHTTM 2 h trong NPDNG $< 7,8\text{mmol/L}$ ($< 140\text{mg/dL}$)
	Rối loạn dung nạp glucose (RLDNG)	GHTTM 2 h trong NPDNG 7,8 đến 11,0 mmol/L (140 đến 199 mg/dL) và GHTTM lúc đói (nếu đo) từ 5,6 – 6,9 mmol/L (hay 100- 125 mg/dL)
	Tăng HbA1c	5,7 đến 6,4% (hay 39 đến 47 mmol/mol)
	Chẩn đoán xác định ĐTD phải định lượng glucose huyết tương tĩnh mạch (GHTTM). Glucose mao mạch chỉ để theo dõi điều trị. Nếu XN glucose mao mạch nghi ngờ ĐTD cần chuyển BN lên tuyến có XN GHTTM để xác định chẩn đoán.	
BƯỚC 4. CHUYỂN TUYẾN		
A. Chuyển tuyến trên		
1. ĐTD típ 1, ĐTD thai kỳ, người ĐTD mang thai.		
2. Chuyển tuyến trên hoặc chuyển đi làm xét nghiệm các trường hợp nghi ngờ tiền đái tháo đường hoặc đái tháo đường: khi glucose máu mao mạch $\geq 5,6\text{ mmol/L}$ hay $\geq 100\text{mg/dL}$ và trạm y tế xã không thực hiện được xét nghiệm chẩn đoán đái tháo đường.		
3. Cholesterol máu $\geq 8\text{ mmol/L}$ (nếu có kết quả xét nghiệm)		
4. Người bệnh đến khám lần đầu hoặc đang điều trị ĐTD có một trong các biểu hiện cấp tính sau:		
- Triệu chứng tăng glucose máu (khát, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút); Mất nước (da khô, véo da dương tính, môi se, khô niêm mạc miệng).		
- Glucose máu lúc đói $> 16,7\text{ mmol/L}$ (hoặc 300mg/dL)		
- Rối loạn ý thức không có hạ glucose máu (nghi do tăng áp lực thẩm thấu).		
- Hạ glucose máu tái diễn, hôn mê hạ glucose máu (sau xử lý cấp cứu).		
- Có cơn đau thắt ngực mới xuất hiện, triệu chứng của thiếu máu não thoáng qua (tai biến mạch máu não (TBMMN) hồi phục nhanh), hoặc TBMMN thực sự.		
- Sốt cao có kèm glucose 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...)		
5. Người bệnh đến khám lần đầu hoặc ĐTD đang quản lý điều trị có một trong các diễn biến bất thường, biến chứng mạn tính sau:		
- Loét bàn chân		
- Đau chân khi đi lại (nghi viêm tắc tĩnh mạch, động mạch chân), tê bì giảm cảm giác chân		
- Phù (nghi do suy thận).		
- Giảm thị lực tiến triển		
6. ĐTD đang quản lý không đạt mục tiêu điều trị sau 3 tháng.		
7. Theo lịch hẹn để kiểm tra định kỳ (đánh giá hiệu quả điều trị, biến chứng, chức năng gan, thận...).		

Xử lý hạ glucose máu trước khi chuyển tuyến:

- a) Làm ngay xét nghiệm glucose máu nếu BN có biểu hiện hạ glucose máu.
- b) Nếu glucose máu $< 3,9\text{mmol/L}$ (70mg/dL) và/hoặc có triệu chứng đói lả, run, vã mồ hôi, mạch nhanh thì cần xử lý:
- **BN còn uống được:** Cho uống 01 cốc nước đường (10-15g glucose) hoặc đồ uống có đường như nước hoa quả, ăn bánh kẹo, theo dõi triệu chứng hạ glucose máu.
 - **Nếu BN không uống được:** Tiêm tĩnh mạch hoặc truyền tĩnh mạch nhanh 15gr glucose tương ứng 75 mL glucose 20%; hoặc 150 ml glucose 10%. Kiểm tra lại ý thức và glucose máu sau 15-30 phút, nếu glucose máu chưa đạt 5 mmol/L lặp lại như trên rồi duy trì bằng truyền dung dịch glucose 10%.
- c) Chuyển tuyến nếu ý thức không cải thiện, hoặc có các tiêu chí chuyển tuyến khác.

B. Tuyến trên chuyển về trạm y tế.

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

BƯỚC 5. ĐIỀU TRỊ, QUẢN LÝ (Quy trình điều trị, quản lý ĐTĐ trong Phụ lục 2.3)

A. Xác định mục tiêu điều trị glucose máu cho từng bệnh nhân:

1. Glucose máu lúc đói hoặc trước ăn từ $4.4 - 7.2\text{ mmol/L}$;
2. Glucose máu sau ăn 1-2h: $< 10\text{ mmol/L}$,
3. HbA1C $< 7\%$ trong đa số các trường hợp.

B. Điều trị bằng thuốc uống.

1. Dùng metformin đầu tiên và điều chỉnh liều để đạt được glucose máu mục tiêu.
2. Nếu có chống chỉ định với metformin hoặc không không chế được glucose máu với metformin đơn trị liệu thì thay hoặc thêm sulfonylurea. Các nhóm thuốc khác dùng theo hướng dẫn chung cho các tuyến của BHYT
3. Nếu THA thì cho thuốc điều trị hạ HA theo hướng dẫn. Nhóm ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể là lựa chọn đầu tiên nếu ĐTĐ đã có tổn thương thận (có protein niệu).
4. Dùng statin cho tất cả bệnh nhân ĐTĐ típ 2 từ 40 tuổi trở lên.
5. BN tuyến trên chuyển về: điều trị theo đơn tuyến trên và chỉnh liều theo mục tiêu điều trị.

C. Điều trị bằng insulin

Tham khảo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý ĐTĐ cho tuyến y tế cơ sở.

D. Giáo dục và tư vấn cho người bệnh đái tháo đường

- Tuân thủ điều trị, không tự bỏ thuốc hoặc giảm liều. Tái khám đúng hẹn
- Không hút thuốc lá, tránh khói thuốc lá
- Không nên uống rượu bia.
- Hoạt động thể lực tối thiểu: tương đương với đi bộ nhanh ($4-5\text{km/h}$) khoảng 30 phút/ngày, 150 phút mỗi tuần (không nghỉ quá 2 ngày/tuần) tốt nhất đi hằng ngày.
- 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 ≥ 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.

Phụ lục 2.1: QUY TRÌNH XÉT NGHIỆM ĐƯỜNG MÁU MAO MẠCH

1. Chỉ định

- a) Số lần đo đường máu mao mạch (ĐMMM) trong ngày, trong tuần, thời điểm đo được bác sỹ chỉ định dựa trên tình trạng bệnh và bệnh lý của người bệnh.
- Các trường hợp bệnh nhân (BN) đang điều trị với Insulin, đang điều chỉnh liều thuốc hạ đường máu.
 - Phụ nữ mang thai có chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ có thể thử một hoặc nhiều lần trong ngày (thường trước các bữa ăn và sau các bữa ăn 1 hoặc 2 giờ).
 - Các trường hợp đang dùng ổn định các thuốc viên hạ đường máu: có thể thử đường máu 2 - 3 lần trong tuần vào trước, sau các giờ ăn và trước giờ đi ngủ.
- b) Các thời điểm khác: Người bệnh ĐTĐ có thể thử bất kể khi nào có các triệu chứng bất thường như: khát nhiều, tiểu nhiều, đói, bủn rủn tay chân, vã mồ hôi hoặc trước và sau khi luyện tập thể lực.

2. Chống chỉ định: Không có chống chỉ định tuyệt đối về thử ĐMMM.

3. Chuẩn bị

- a) Chuẩn bị người bệnh.
- Kiểm tra họ tên người bệnh, giờ chỉ định thử đường máu.
 - Thông báo, hướng dẫn, giải thích để người bệnh hợp tác.
 - Đề nghị BN rửa sạch và lau khô tay hoặc sát trùng bằng bông cồn rồi để khô.
 - Để người bệnh ở tư thế thích hợp (ngồi hoặc nằm).
- b) Chuẩn bị dụng cụ.
- Máy thử đường máu, que thử đường máu, kim chích máu, bút chích máu, băng theo dõi đường máu.
 - Kiểm tra que thử đường máu (hạn dùng, thời gian sử dụng kể từ khi mở hộp que thử), kiểm tra máy thử (tình trạng máy, pin).
 - Hộp đựng bông cồn 700, bông khô.
 - Hộp đựng que thử, kim chích máu đã sử dụng.

4. Các bước tiến hành

- a) **Bước 1:** Người thực hiện thử đường máu: rửa tay, đội mũ, đeo khẩu trang.
- b) **Bước 2:** Lắp kim vào bút chích máu, chỉnh độ sâu tùy thuộc vào độ dày của da người bệnh.
- c) **Bước 3:** Lấy que thử ra khỏi hộp (*đậy nắp hộp lại ngay*).
- d) **Bước 4:** Đưa que thử vào máy để máy tự khởi động hoặc và bật máy thử đường máu, đối chiếu code hiện trên máy có trùng với code của que thử không (*nếu không trùng phải chỉnh lại cho đúng*).
- e) **Bước 5:** Người thực hiện thử đường máu cầm tay người bệnh vuốt nhẹ dồn máu từ gốc ngón tay lên đầu ngón tay (*một trong bốn ngón, ngón 2, 3, 4, 5*), đưa đầu bút chích máu vào mép ngoài cạnh đầu ngón và bấm bút chích máu, nặn nhẹ để lấy đủ giọt máu (*tùy theo từng loại máy mà lấy ít hay nhiều máu*).
- f) **Bước 6:** Thấm máu vào giấy thử rồi cắm vào máy, hoặc để cạnh để que thử hút máu (*tùy từng loại máy lấy máu ở ngoài hay loại mao dẫn*).
- g) **Bước 7:** Lau sạch máu trên tay người bệnh bằng bông khô.

- h) **Bước 8:** Đợi máy hiện kết quả (từ 5- 45 giây), đọc kết quả, thông báo kết quả cho BN, dặn dò BN những điều cần thiết (*ăn ngay nếu đường máu thấp...*).
- i) **Bước 9:** Bỏ ngay kim và que thử đã sử dụng vào hộp đựng rác thải y tế phù hợp.
- j) **Bước 10:** Thu dọn dụng cụ, rửa tay.

5. Đánh giá kết quả, ghi kết quả

a) Đánh giá kết quả:

- Mục tiêu của kết quả ĐMMM còn tùy thuộc vào từng bệnh nhân cụ thể. Theo khuyến cáo của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2015 ĐMMM trước ăn từ 4,4 - 7,2 mmol/l và ĐMMM sau ăn 2 giờ < 10 mmol/l là đạt mục tiêu.
- Đối với phụ nữ mang thai có chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ thì mục tiêu đường máu đòi hỏi phải kiểm soát chặt chẽ hơn.
 - + Trước ăn: < 5,3 mmol/L.
 - + Sau ăn 1h: < 7,8 mmol/L.
 - + Sau ăn 2h: < 6,7 mmol/L.

b) Báo bác sỹ và kịp thời xử trí khi kết quả đường máu bất thường quá cao (HI) hoặc quá thấp (LO).

c) Ghi phiếu điều dưỡng

- Ngày, giờ đo đường máu mao mạch
- Ghi kết quả vào sổ theo dõi đường máu hoặc phiếu theo dõi- chăm sóc hoặc hồ sơ quản lý bệnh nhân.

6. Các nguyên nhân làm kết quả không chính xác và cách xử trí.

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

7. Lợi ích của việc thử đường máu mao mạch

- Lượng máu lấy để xét nghiệm ít, biết kết quả nhanh, tương đối chính xác.
- Biết được ngay kết quả sau mỗi lần thử.
- Đánh giá được sự ảnh hưởng của thức ăn và thuốc.
- Đánh giá được sự ảnh hưởng của rèn luyện thể lực.
- Phát hiện sớm khi đường huyết bất thường.
- Thảo luận giữa bệnh nhân và bác sỹ để có kế hoạch điều trị kịp thời.