**CHẨN ĐOÁN VÀ QUẢN LÝ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 – TIẾP CẬN**

**Tác giả: BS Huỳnh Lê Thái Bão, Khoa Y, Đại học Duy Tân**

Nguồn bài viết: McGraw-Hill Case Files Internal Medicine

**ĐỊNH NGHĨA**

**ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 1:** do phá hủy tự miễn các tế bào beta của đảo tụydẫn đến mất hoàn toàn khả năng sản xuất insulin nội sinh. Đái tháo đường type này thường biểu hiện cấp tính, với tăng đường huyết và toan chuyển hóa. Những bệnh nhân này phụ thuộc vào insulin ngoại sinh**.**

**ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2:** Sự đề kháng insulin gây ra bởi yếu tố di truyềnvà/hoặc béo phì và thiếu hụt insulin tương đối. Việc sử dụng các thuốc đường uống để tăng cường sản xuất insulin nội sinh hoặc cải thiện sự nhạy cảm với insulin là hữu ích. Insulin ngoại sinh có thể được sử dụng khi các thuốc uống không còn đủ khả năng kiểm soát đường huyết.

**TIẾP CẬN LÂM SÀNG**

Vì tỷ lệ béo phì trong dân số Mỹ tăng lên, nên tỉ lệ mắc đái tháo đường type 2 cũng tăng theo. 90% những trường hợp mắc mới đái tháo đường ở Mỹ được chẩn đoán là đái tháo đường type 2, và người ta ước tính rằng bệnh này đã ảnh hưởng đến khoảng 7% dân số Mỹ trên 45 tuổi. **Đái tháo đường gây ra mù lòa, suy thận và** **cắt cụt chi dưới không do chấn thương.** Nó là yếu tố nguy cơ chính ở bệnh nhânmắc bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên và đột quỵ.

Trái ngược với đái tháo đường type 1, đái tháo đường type 2 thường có **giai** **đoạn không triệu chứng kéo dài**. Trong giai đoạn này, tăng đường huyết thườngkhông gây ra triệu chứng gì, tuy nhiên sự tổn thương các cơ quan đã bắt đầu xảy ra. Do đó, một số tổ chức khuyên nên sàng lọc những nhóm có nguy cơ cao nhất định trong cộng đồng. **Các yếu tố nguy cơ của đái tháo đường** bao gồm béo phì hoặc thừa cân (BMI > 25 kg/m2); có các dấu hiệu khác của hội chứng đề kháng insulin hoặc hội chứng “chuyển hóa” như tăng huyết áp, giảm các HDL, triglycerid >250 mg/dL; tiền sử gia đình (bố mẹ, con cái, anh chị em ruột) bị đái tháo đường; tiền sử đái tháo đường thai kỳ; hoặc là một thành viên của một nhóm dân tộc có nguy cơ cao bao gồm người Mỹ gốc Phi, người gốc Tây Ban Nha, người Mỹ da đỏ, người Mỹ gốc Á, hoặc dân đảo Thái Bình Dương. **Việc sàng lọc nên được thực hiện 3** **năm một lần bắt đầu từ 45 tuổi trở lên, hoặc bắt đầu sớm hơn nếu thừa cân với BMI > 25 kg/m2**.

Hầu hết bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có đề kháng insulin và tăng insulin huyết nhiều năm trước khi phát triển thành bệnh đái tháo đường. Những bệnh nhân này có khả năng duy trì đường huyết bình thường trong một khoảng thời gian dài, sau đó sẽ phát triển thành tăng đường huyết sau ăn, và muộn hơn nữa là cả tăng hường huyết sau ăn và tăng đường huyết lúc đói (tức là, tăng đường huyết liên tục ). Vì vậy, **nghiệm pháp dung nạp glucose** để phát hiện tăng đường huyết sau ăn là thửnghiệm có độ nhạy cao nhất để chẩn đoán đái tháo đường, tuy nhiên thử nghiệm này tốn thời gian và khó thực hiện trong thực hành lâm sàng. **Đường huyết lúc đói** là xét nghiệm đặc hiệu nhất**. HbA1C (hemoglobin A1C) >6,5%** - hiện nay cũng được công nhận là một tiêu chuẩn chẩn đoán. Nếu không có các triệu chứng rõ ràng của tăng đường huyết, chẩn đoán đái tháo đường phải được thực hiện vào ngày tiếp theo bằng cách lặp lại những xét nghiệm đã thực hiện vào ngày hôm trước. Tuy nhiên, nếu có 2 xét nghiệm khác nhau (ví dụ như đường huyết lúc đói và HbA1C) có kết quả phù hợp với chẩn đoán đái tháo đường thì việc làm thêm xét nghiệm là không cần thiết.

Bằng cách sử dụng các xét nghiệm này, bệnh nhân có thể được phân thành một trong ba loại: (1) bình thường, (2) giảm dung nạp glucose/rối loạn đường huyết lúc đói ("tiền đái tháo đường"), (3) bệnh đái tháo đường. Gia tăng nguy cơ các biến chứng mạch máu nhỏ của đái tháo đường khi đường huyết lúc đói ≥126 mg/dL hoặc HbA1C> 6,5%. Một khi bệnh đái tháo đường được chẩn đoán, điều trị được đặt ra với ba mục tiêu chính:

* Ngăn chặn các biến chứng cấp tính của tăng đường huyết (nhiễm toan ceton, hôn mê tăng áp lực thẩm thấu) hoặc hạ đường huyết
* Ngăn ngừa các biến chứng lâu dài của tăng đường huyết, ví dụ, bệnh mạch máu nhỏ như bệnh võng mạc hoặc bệnh thận
* Ngăn ngừa các biến chứng lâu dài của bênh mạch máu lớn, ví dụ, bệnh tim mạch hoặc bệnh mạch não

Nền tảng của điều trị đái tháo đường là thay đổi lối sống và chế độ ăn uống. Tập thể dục và thậm chí chỉ giảm cân một chút cũng có thể giúp hạ thấp huyết áp và cải thiện khả năng kiểm soát glucose. Bệnh nhân nên được tư vấn về dinh dưỡng và khuyến khích thay đổi các lối sống tĩnh tại.

Tuy nhiên, hầu hết bệnh nhân đái tháo đường cuối cùng đều phải sử dụng thuốc và nhiều người cuối cùng sẽ cần sự kết hợp của ít nhất hai loại thuốc. Do khó khăn trong việc đạt được và duy trì các mục tiêu đường huyết và đạt được giảm cân đáng kể, Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) khuyến cáo rằng metformin nên được bắt đầu đồng thời với thay đổi lối sống ở thời điểm chẩn đoán xác đinh bệnh. Mục tiêu kiểm soát đường huyết cần phải đạt được là HbA1C <7,0%, glucose trước bữa ăn từ 70 đến 130 mg/dL, hoặc glucose sau bữa ăn tối đa <180 mg/dL. Nếu bệnh nhân không đạt được những mục tiêu trên với điều trị ban đầu bao gồm thay đổi lối sống và metformin, thì các lựa chọn điều trị tiếp theo bao gồm thêm một loại thuốc đường uống hoặc tiêm, bao gồm cả insulin, hoặc chuyển sang dùng đơn trị liệu insulin.

Khi đã chẩn đoán xác định đái tháo đường, các yếu tố nguy cơ tim mạch khác cũng cần phải được đánh giá. Phải đo huyết áp và định lượng lipid máu. Bệnh nhân đái tháo đường có tăng lipid máu có cùng nguy cơ tim mạch với những bệnh nhân đã được chẩn đoản bệnh động mạch vành, vì vậy mục tiêu LDL là <100 mg/dLNhững người có mức LDL cao hơn nên được thay đổi chế độ ăn uống, hoặc bắt đầu sử dụng 1 thuốc nhóm statin. **Huyết áp mục tiêu là <130/80 mm Hg**. Một số thử nghiệm ngẫu nhiên đã chứng minh **lợi ích của thuốc ức chế men** **chuyển angiotensin** (ACE) và **thuốc chẹn thụ thể angiotensin** (ARBs) trongviệc phòng ngừa sự tiến triển của protein niệu và bệnh thận. Bệnh nhân suy thận hoặc protein niệu cao (> 1-2g/24h) có huyết áp mục tiêu thấp hơn, là 120/75 mmHg.

Các chăm sóc thông thường khác ở bệnh nhân đái tháo đường bao gồm tái khám thường xuyên, ít nhất mỗi 3 đến 6 tháng tùy thuộc vào kiểm soát đường huyết, khám mắt ít nhất một năm 1 lần để tầm soát bệnh võng mạc, kiểm tra để sàng lọc bệnh võng mạc, và xét nghiệm nước tiểu hàng năm để phát hiện microalbumin niệu. HbA1C nên được kiểm tra ít nhất 3 đến 6 tháng một lần tùy thuộc vào sự kiểm soát glucose của bệnh nhân. Thử nghiệm này cho phép bác sĩ biết sự kiểm soát glucose trong vòng 2 đến 3 tháng trước.

Bệnhnhân không có bệnh rối loạn thần kinh nên được khám bàn chân hàngnăm để phát hiện bệnh rối loạn thần kinh sớm; tuy nhiên, những người có bệnh lý về thần kinh nên được khám mỗi 3 tháng một lần và được hướng dẫn tự khám hàng ngày và cách phòng ngừa thương tích.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

American Diabetes Association (2015). *Standards of medical care in diabetes 2015 Diabetes Care.* USA

J. Larry Jameson (2018). *Harrison’s Principle of internal medicine. Pennsylvania,* USA: Mc Grow Hill Education.