**CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 3087/QĐ-BYT*

*ngày 16 tháng 07 năm 2020)*

**I. ĐỊNH NGHĨA**

Tiền đái tháo đường (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.

**II. CHẨN ĐOÁN**

Chẩn đoán 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 100 - 125 mg/dL (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 140 - 199 mg/dL (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/L  (100 – 125 mg/dL) |
| Glucose huyết tương sau 2 giờ khi làm  NPDNG 75g | 7,8 – 11,0 mmol/L  (140 – 199 mg/dL) |
| 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-phospate dehydrogenase,

- Nhiễm HIV,

- Lọc máu.

- Mới bị mất máu hoặc truyền máu

- Đang điều trị với erythropoietin.

**III. ĐIỀU TRỊ TIỀN ĐTĐ**

**3.1. Mục đích của điều trị tiền ĐTĐ**

- Đưa glucose huyết trở về bình thường; ngăn chặn hoặc làm chậm sự tiến tiến

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.

**3.2. 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

(Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2, Bộ Y tế 2017)

- 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 yếu tố nguy cơ tim mạch (nếu có) bao gồm tăng huyết áp, rối

loạn lipid máu và bỏ hút thuốc lá

**3.3. Các phương pháp điều trị**

3.3.1. Thay đổi lối sống:

*a. Can thiệp dinh dưỡng*

Tư vấn bởi chuyên gia 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, dâu, 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 ban hành kèm theo Quyết

định).

*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 tuỳ 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, tuỳ từng cá thể. Khuyến cáo các nhân viên y tế áp

dụng kê đơn hoạt động thể lực cho người mắc tiền ĐTĐ.

3.3.2. 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 ≥ 25kg/m2

 < 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: 1 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 ĐTĐ)

- **Liều thuốc**: khởi điểm 500mg/24 giờ, tăng dần liều, tối đa 2000mg/24 giờ

- **Theo dõi**: Chú ý tình trạng 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:*

- Cân nhắc sử dụng thuốc thay thế nếu người bệnh không dung nạp với

Metformin: nhóm ức chế alpha-glucosidase, GLP-1 receptor agonists, TZD.

3.3.3. Phẫu thuật

- Phẫu thuật giảm béo, giảm cân giúp kiểm soát glucose máu. Cần hội chẩn và

thực hiện theo chỉ định của các BS chuyên khoa.

- Chỉ định: béo phì nặng (BMI>35kg/m2)

- Theo dõi: cần kết hợp điều trị nội khoa chặt chẽ sau phẫu thuật

**3.4. Phát hiện và kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch**

- Tăng huyết áp

- Rối loạn lipid 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.

**3.5. Theo dõi**

- Tần suất khám mỗi tháng 1 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. Tuỳ 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.

**IV. KẾT LUẬN**

Tiền ĐTĐ là tình trạng bệnh lý trung gian giữa bình thường và ĐTĐ típ 2. Người

mắc tiền ĐTĐ có nguy cơ cao tiến triển thành ĐTĐ típ 2, liên quan với bệnh béo

phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, ít hoạt động thể lực.

Can thiệp lối sống vẫn là biện pháp quan trọng để điều trị, quản lý tiền ĐTĐ. Tùy

từng trường hợp cụ thể mà áp dụng các phương pháp điều trị thích hợp. Khi điều trị

bằng thuốc, phương án điều trị phải được xác định trước. Metformin là thuốc có

bằng chứng để chỉ định điều trị tiền ĐTĐ.