

**Tóm tắt thực hành:****TIÊU CHUẨN CHĂM SÓC TIỂU ĐƯỜNG – 2011****Tiêu chí chẩn đoán tiểu đường (TĐ) hiện nay**

- A1C  $\geq 6,5\%$ . Xét nghiệm phải được thực hiện bằng một phương pháp chuẩn hóa theo thử nghiệm được sử dụng trong nghiên cứu DCCT (Diabetes Control and Complications Trial)

- Glucose lúc đói (FPG- fasting plasma glucose)  $\geq 126$  mg/dl (7,0 mmol/l). Trước xét nghiệm phải nhịn đói (không ăn uống) ít nhất 8 giờ, hoặc:

- Glucose huyết tương  $\geq 200$  mg/dl (11,1 mmol/l) 2 giờ sau khi uống 75g glucose trong nghiệm pháp dung nạp glucose (OGTT). Nghiệm pháp phải được thực hiện theo đúng hướng dẫn của WHO là dùng một tải lượng glucose tương đương với 75g glucose khan hòa tan trong nước

- Glucose huyết tương bất kỳ  $\geq 200$ mg/dl (11,1 mmol/l) ở một bệnh nhân (BN) có các triệu chứng kinh điển của tăng đường huyết hoặc cơn tăng đường huyết

- Không có tăng đường huyết đáng ngờ, kết quả phải được khẳng định bằng việc lặp lại xét nghiệm nhiều lần.

**Xét nghiệm phát hiện TĐ trên bệnh nhân không có triệu chứng**

- Trên người không có triệu chứng, nên xem xét xét nghiệm phát hiện bệnh TĐ tít 2 và đánh giá nguy cơ bị TĐ trong tương lai đối với những người trưởng thành từ ở bất kỳ tuổi nào nếu bị thừa cân hoặc béo phì (BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) và nếu có thêm một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ bị TĐ. Ở những người không có các yếu tố nguy cơ này, nên bắt đầu làm xét nghiệm ở tuổi 45 (chứng cứ mức B).

- Nếu kết quả xét nghiệm bình thường nên lặp lại xét nghiệm sau ít nhất 3 năm (mức E).

- Đo A1C, FBG hoặc đường huyết 2 giờ sau OGTT là các xét nghiệm thích hợp để phát hiện bệnh hoặc đánh giá nguy cơ TĐ trong tương lai (mức B).

- Ở những người có tăng nguy cơ bị TĐ tương lai, cần nhận diện và, nếu được, nên điều trị các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch khác (mức B).

**Phát hiện và chẩn đoán TĐ thai kỳ**

- Tầm soát TĐ tít 2 khi khám tiền sản lần đầu tiên trên thai phụ có các yếu tố nguy cơ bằng cách sử dụng các tiêu chí chẩn đoán (mức B).

- Trên thai phụ không rõ có bệnh TĐ hay không, nên tầm soát TĐ thai kỳ lúc thai được 24 –28 tuần, bằng cách dùng mức đường huyết 2 giờ sau OGTT (mức B).

- Phụ nữ có TĐ thai kỳ phải được tầm soát TĐ dai dẳng lúc 6–12 tuần sau sinh (mức E)

- Phụ nữ có tiền sử TĐ thai kỳ cần được theo dõi lâu dài về sự phát sinh bệnh TĐ hoặc tiền TĐ ít nhất mỗi 3 năm một lần (mức E).

**Dự phòng TĐ tít 2**

- Các BN bị rối loạn dung nạp glucose (mức A), rối loạn đường huyết lúc đói (mức E) hoặc có A1C từ 5,7–6,4% (mức E) nên được giới thiệu tham gia một chương trình hỗ trợ giảm cân hiệu nghiệm để làm giảm 7% trọng lượng cơ thể và tăng các hoạt động thể lực có cường độ vừa phải, như đi bộ, ít nhất là 150 phút/tuần

- Tham vấn theo dõi tỏ ra có vai trò quan trọng cho sự thành công (mức B)

- Dựa trên tiềm năng tiết kiệm được chi phí của việc dự phòng TĐ, các tham vấn như vậy nên được các cơ quan bảo hiểm y tế chi trả (mức E).

- Có thể xem xét dùng metformin để dự phòng TĐ tít 2 cho những người có nguy cơ rất cao phát bệnh TĐ, như người có nhiều yếu tố nguy cơ, đặc biệt là khi có sự tiến triển của tăng đường huyết (ví dụ A1C  $>6\%$ ) dù đã áp dụng các can thiệp thay đổi lối sống (mức B).

- Trên người tiền TĐ, hàng năm nên theo dõi sự phát triển bệnh TĐ (mức E).

**Theo dõi nồng độ glucose**

- Đối với BN phải tiêm insulin nhiều lần trong ngày hoặc dùng bơm insulin, nên thực hiện tự theo dõi đường huyết  $\geq 3$  lần/ngày (mức A)

- Đối với BN có số lần tiêm insulin thưa hơn, không dùng insulin, hoặc sử dụng liệu pháp dinh dưỡng nội khoa đơn thuần, tự theo dõi đường huyết là một hướng dẫn hữu ích để đạt thành công điều trị (mức E).

- Để đạt đích đường huyết sau ăn, tự theo dõi đường huyết có thể là một biện pháp thích hợp (mức E).

- Khi chỉ định tự theo dõi đường huyết, phải đảm bảo BN được hướng dẫn bước đầu về kỹ thuật và được theo dõi đánh giá thường quy về

kỹ thuật tự theo dõi đường huyết sau đó và họ phải có khả năng sử dụng các dữ liệu để điều chỉnh trị liệu (mức E)

- Theo dõi nồng độ glucose liên tục kết hợp với chế độ sử dụng insulin tích cực có thể là một công cụ hữu dụng để hạ thấp A1C ở những BN TĐ tít 1 người lớn (>25 tuổi) chọn lọc (mức A).

- Tuy chứng cứ về giảm nồng độ A1C ở lứa tuổi trẻ em, thiếu niên và người trẻ <25 tuổi không được mạnh như ở người lớn, nhưng theo dõi nồng độ glucose liên tục vẫn hữu ích ở các nhóm tuổi này. Mức độ thành công có tương quan với việc tuân thủ sử dụng liên tục dụng cụ đo (mức C).

- Theo dõi nồng độ glucose liên tục là một công cụ bổ sung cho tự theo dõi đường huyết ở những BN không nhận biết được hạ đường huyết và/hoặc thường xuyên có các cơn hạ đường huyết (mức E)

## A1C

- Xét nghiệm A1C ít nhất hai lần trong năm ở những BN đang đạt được các mục tiêu điều trị (và ở BN có sự kiểm soát đường huyết ổn định) (mức E).

- Xét nghiệm A1C mỗi quý một lần ở BN có sự thay đổi liệu pháp hoặc ở BN không đạt được đích đường huyết (mức E).

- Xét nghiệm A1C mỗi khi BN đến khám cho phép có các quyết định đúng lúc về thay đổi liệu pháp khi cần (mức E).

## Đích đường huyết ở người lớn

- Hạ nồng độ A1C xuống dưới hoặc vào khoảng 7% được chứng minh là làm giảm các biến chứng vi mạch và bệnh lý thần kinh TĐ và, nếu được thực hiện sớm sau chẩn đoán, sẽ làm giảm bệnh mạch máu lâu dài. Do đó, đích A1C hợp lý đối với đa số người lớn (trừ thai phụ) là <7% (mức B).

- Vì các phân tích trên một số thử nghiệm ngẫu nhiên gợi ý có sự tăng thêm lợi ích, tuy nhỏ, trong các kết cục vi mạch nếu trị số A1C gần ngưỡng bình thường hơn, thầy thuốc có thể đề nghị một đích A1C nghiêm ngặt hơn đối với một số BN chọn lọc, nếu có thể đạt được điều này mà không gây tình trạng hạ đường huyết đáng kể hoặc không có các phản ứng có hại của điều trị. Những BN như vậy có thể gồm những người có thời gian bị bệnh TĐ ngắn, tuổi thọ dự kiến còn dài và không có bệnh tim mạch quan trọng (mức B).

- Trái lại, đích A1C ít nghiêm ngặt hơn có thể phù hợp cho những BN có tiền sử hạ đường huyết nặng, tuổi thọ dự kiến không lâu, có các biến chứng vi mạch hoặc mạch máu lớn đã tiến triển nhiều, hoặc có bệnh lý đi kèm và các BN bị TĐ lâu năm

mà đích phổ quát khó đạt được cho dù đã được giáo dục tự chăm sóc bệnh, được theo dõi nồng độ glucose thỏa đáng và đã sử dụng qua nhiều loại thuốc hạ đường huyết có hiệu quả kể cả insulin (mức C).

## Giáo dục tự quản lý TĐ

- BN TĐ cần được giáo dục tự quản theo các tiêu chuẩn quốc gia từ khi được chẩn đoán bệnh và mỗi khi cần thiết sau đó (mức B)

- Tự quản lý hữu hiệu và chất lượng cuộc sống là những kết cục then chốt của giáo dục tự quản lý TĐ và cần được đánh giá và theo dõi như một bộ phận của công tác chăm sóc (mức C).

- Giáo dục tự quản lý TĐ phải đề cập đến các vấn đề tâm lý-xã hội, vì sức khỏe tâm lý kết hợp với một kết cục tích cực của bệnh TĐ (mức C)

- Vì giáo dục tự quản lý TĐ tiết kiệm được chi phí và cải thiện được kết cục (mức B), cơ quan bảo hiểm y tế nên thanh toán các chi phí giáo dục tự quản lý TĐ (mức E)

## Liệu pháp dinh dưỡng nội khoa

### Khuyến nghị chung

- Người bị tiền TĐ hoặc TĐ nên được điều trị dinh dưỡng khi cần theo một chế độ được cá nhân hóa để đạt các mục tiêu điều trị, tốt nhất là do một chuyên viên dinh dưỡng thành thạo về các thành tố của điều trị dinh dưỡng TĐ (mức A)

- Vì điều trị dinh dưỡng có thể giúp tiết kiệm được chi phí điều trị và cải thiện kết cục (mức B), điều trị dinh dưỡng nên được chi trả bởi bảo hiểm y tế (mức E).

## Cân bằng năng lượng, thừa cân và béo phì

- Ở người thừa cân và béo phì kháng insulin, việc giảm cân dù không nhiều đã được chứng minh là làm giảm đề kháng insulin. Vì vậy, giảm cân được khuyến nghị cho tất cả những người thừa cân hoặc béo phì bị TĐ hoặc có nguy cơ TĐ (mức A).

- Để giảm cân, các chế độ ăn hạn chế năng lượng, ít chất béo hoặc ít carbohydrat, đều có hiệu quả làm giảm cân ngắn hạn (lên đến 2 năm) (mức A).

- Đối với BN đang dùng chế độ ăn ít carbohydrat, cần theo dõi nồng độ lipid, chức năng thận và lượng protein ăn vào (ở người có bệnh thận) và điều chỉnh liệu pháp hạ đường huyết khi cần (mức E).

- Hoạt động thể lực và thay đổi hành vi là hai thành tố quan trọng của chương trình giảm cân và tỏ ra hữu ích nhất trong duy trì tình trạng giảm cân (mức B).

## Khuyến nghị về dự phòng cấp I bệnh TĐ

- Trong số những người có nguy cơ cao phát bệnh TĐ tít 2, các chương trình được cấu trúc theo hướng chú trọng thay đổi lối sống bao gồm giảm cân vừa phải (7% cân nặng) và luyện tập thể lực đều đặn (150 phút/tuần) đi kèm các biện pháp ăn kiêng giảm calori và giảm chất béo có thể làm giảm nguy cơ phát triển TĐ và do đó được khuyến dùng (mức A).

- Nên khuyến khích người có nguy cơ cao bị TĐ tít 2 dùng chất xơ thực phẩm (14g chất xơ/1.000 kcal) và thực phẩm làm từ lúa gạo chưa xay xát (một nửa lượng ngũ cốc ăn vào) (mức B).

## Khuyến nghị về dưỡng chất trong quản lý TĐ

- Có thể điều chỉnh hỗn hợp carbohydrat, protein, và chất béo để đáp ứng mục tiêu chuyển hóa và sở thích cá nhân của từng BN TĐ (mức E).

- Theo dõi lượng carbohydrat, bằng cách đong đếm, lựa chọn hoặc ước lượng dựa theo kinh nghiệm, vẫn là chiến lược chủ lực để kiểm soát đường huyết (mức A).

- Đối với người bị TĐ, việc dùng chỉ số đường huyết và tải đường huyết có thể mang lại thêm đôi chút lợi ích trong kiểm soát đường huyết hơn là chỉ xem xét đến tổng lượng carbohydrat mà thôi (mức B)

- Lượng chất béo ăn vào chỉ nên <7% tổng năng lượng ăn vào (mức A)

- Giảm lượng mỡ trans ăn vào sẽ làm giảm LDL-cholesterol và tăng HDL-cholesterol (mức A); do đó nên giảm tối đa lượng chất béo trans ăn vào (mức E).

## Những khuyến nghị khác về dinh dưỡng

- BN TĐ nên hạn chế lượng rượu uống hàng ngày ở mức vừa phải ( $\leq 1$  suất uống/ngày đối với phụ nữ và 2 suất/ngày đối với đàn ông) (mức E) (1 suất uống tương đương với 350 ml bia, 120 ml rượu vang hoặc 45 ml rượu mạnh).

- Không nên bổ sung thường qui các chất chống oxy-hóa, như vitamin E và C và caroten, vì thiếu chứng cứ về hiệu quả và có sự lo ngại về tính an toàn lâu dài (mức A)

- Việc lên kế hoạch bữa ăn cụ thể cho từng BN phải bao gồm việc tối ưu hóa sự lựa chọn thực phẩm đáp ứng được các nhu cầu dinh dưỡng được khuyến nghị (RDA) đối với tất cả các dưỡng chất vi lượng (mức E).

## Hoạt động thể lực

- Người có bệnh TĐ nên hoạt động thể lực với

cường độ vừa phải (nhịp tim tăng đến 50–70% của tần số tim tối đa) ít nhất 150 phút/tuần (mức A),

- Nếu không có chống chỉ định, BN TĐ tít 2 nên tập thể dục có kháng lực 3 lần mỗi tuần (mức A).

Đánh giá tâm lý-xã hội và chăm sóc

- Nên đưa việc đánh giá tâm lý-xã hội vào chương trình quản lý bệnh TĐ (mức E).

- Phải tâm soát và theo dõi các thái độ tâm lý-xã hội về bệnh tật, sự kỳ vọng vào điều trị nội khoa và kết cục điều trị, ảnh hưởng/tâm trạng, chất lượng cuộc sống nói chung và liên quan đến TĐ, nguồn lực (tài chính, xã hội, và tâm lý), và bệnh sử tâm thần (mức E).

- Khi tự quản lý tỏ ra kém hiệu quả, cần tâm soát các vấn đề tâm lý-xã hội như trầm cảm và buồn khổ, lo âu, rối loạn ăn uống và suy giảm nhận thức liên quan đến TĐ (mức C).

## Hạ đường huyết

- Glucose (15 - 20g) là trị liệu ưu dùng đối với BN bị hạ đường huyết còn tỉnh, mặc dù bất kỳ loại carbohydrat nào có chứa glucose đều có thể dùng được. Nếu tự đo đường huyết 15 phút sau điều trị vẫn tiếp tục thấy đường huyết thấp, có thể lặp lại trị liệu như trên một lần nữa. Khi đường huyết trở lại bình thường, BN nên dùng một bữa ăn hoặc một suất ăn nhẹ giữa buổi để ngừa hạ đường huyết tái phát (mức E).

- Nên kê đơn glucagon cho tất cả những người có nguy cơ bị hạ đường huyết nặng và hướng dẫn những người chăm sóc BN hoặc người nhà của BN về cách sử dụng thuốc. Việc tiêm glucagon không nhất thiết chỉ do nhân viên y tế đảm nhiệm (mức E).

- Khuyến những BN bị hạ đường huyết nhưng không nhận biết được triệu chứng hoặc từng bị một (hoặc nhiều) cơn hạ đường huyết nặng nên nâng đích đường huyết cao hơn để tuyệt đối tránh bị hạ đường huyết thêm lần nữa ít ra trong nhiều tuần nhằm phần nào đảo ngược được tình trạng không nhận biết triệu chứng hạ đường huyết và để giảm nguy cơ bị các cơn hạ đường huyết trong tương lai (mức B).

## Phẫu thuật giảm cân (Bariatric surgery)

- Nên xem xét phẫu thuật điều trị béo phì đối với BN TĐ tít 2 người lớn có BMI >35kg/m<sup>2</sup>, nhất là khi khó kiểm soát bệnh TĐ hoặc các bệnh lý đi kèm bằng cách thay đổi lối sống và điều trị thuốc (mức B).

- BN TĐ tít 2 đã mổ điều trị béo phì cần được hỗ trợ thay đổi lối sống và theo dõi y khoa suốt đời (mức E).

- Mặc dù các thử nghiệm qui mô nhỏ chứng



minh phẫu thuật điều trị béo phì có lợi ích trong hạ đường huyết ở BN TĐ tít 2 có BMI trong khoảng 30–35 kg/m<sup>2</sup>, hiện không đủ chứng cứ để khuyến nghị phẫu thuật trên BN có BMI <35 kg/m<sup>2</sup> ngoài khuôn khổ nghiên cứu (mức E).

- Lợi ích lâu dài, hiệu quả kinh tế và các nguy cơ của phẫu thuật điều trị béo phì ở BN TĐ tít 2 cần được nghiên cứu trong các nghiên cứu đối chứng được thiết kế tốt, so sánh với trị liệu tối ưu bằng thuốc và thay đổi lối sống (mức E).

### Tiêm chủng

- Tiêm vắc xin cúm hàng năm cho tất cả các BN TĐ ≥6 tháng tuổi (mức C).

- Tiêm vắc xin polysaccharid kháng phế cầu cho tất cả BN TĐ ≥2 tuổi. Những BN >64 tuổi được khuyến cáo tái chủng nếu trước kia đã được tiêm chủng ở tuổi <65 và nếu liều vắc xin này đã được tiêm hơn 5 năm về trước. Các chỉ định tái chủng khác gồm hội chứng thận hư, bệnh thận mạn tính và các tình trạng suy giảm miễn dịch khác như sau ghép tạng chẳng hạn (mức C).

### Kiểm soát cao huyết áp

#### Tầm soát và chẩn đoán

- Nên đo huyết áp (HA) vào mỗi lần thăm khám TĐ thường qui. Những BN được phát hiện có HA tâm thu ≥130 mmHg hoặc HA tâm trương ≥80 mmHg nên được đo HA lại vào một ngày khác. Nếu đo lại vẫn thấy HA tâm thu ≥130 mmHg hoặc HA tâm trương ≥80 mmHg thì xác định chẩn đoán cao huyết áp (CHA) (mức C).

#### Đích HA

- Đích HA tâm thu <130 mmHg là thích hợp cho phần lớn BN TĐ (mức C)

- Tùy theo đặc điểm của BN và đáp ứng với điều trị, đích HA tâm thu thích hợp có thể cao hơn hoặc thấp hơn (mức B)

- Cần điều trị BN TĐ để đưa HA tâm trương xuống <80 mmHg (mức B)

#### Điều trị

- Có thể điều trị BN có HA tâm thu từ 130–139 mmHg hoặc HA tâm trương từ 80–89 mmHg bằng liệu pháp thay đổi lối sống trong tối đa 3 tháng, sau đó nếu không đạt được mục tiêu điều trị có thể cho thêm các loại thuốc hạ HA (mức E).

- BN bị CHA nặng hơn (HA tâm thu ≥140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥90 mmHg) vào thời điểm chẩn đoán hoặc trong thời gian theo dõi nên sử dụng thêm thuốc uống bên cạnh các biện pháp thay đổi lối sống (mức A).

- Thay đổi lối sống trong điều trị CHA gồm

giảm cân nếu thừa cân, chế độ ăn DASH gồm giảm natri và tăng kali ăn vào, uống rượu điều độ và tăng hoạt động thể lực (mức B)

- Về điều trị thuốc trên BN TĐ và CHA, nên dùng một phác đồ có chứa một thuốc ức chế men chuyển (UCMC) hoặc một thuốc chặn thụ thể angiotensin (CTTA). Nếu BN không dung nạp nhóm thuốc này thì thay bằng nhóm thuốc kia. Nếu cần đạt huyết áp mục tiêu, nên thêm lợi tiểu thiazide cho những BN có độ lọc vi cầu (GFR) ước tính ≥30 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> và một lợi tiểu quai cho BN có GFR ước tính <30 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> (mức C).

- Thường phải cần một liệu pháp phối hợp nhiều thuốc (≥2 thuốc ở liều tối đa) để đạt huyết áp mục tiêu (mức B).

- Nếu sử dụng thuốc UCMC, CTTA, hoặc lợi tiểu nên theo dõi sát chức năng thận và nồng độ kali-máu (mức E).

- Trên các thai phụ bị TĐ và CHA mạn, đích HA được đề xuất là 110–129/65–79mmHg để đảm bảo sức khỏe người mẹ về lâu dài và giảm thiểu rối loạn tăng trưởng thai nhi. Các thuốc UCMC và CTTA bị chống chỉ định sử dụng trong thai kỳ (mức E).

### Xử trí rối loạn lipid

#### Tầm soát

Trên đa số BN người lớn, nên đo nồng độ lipid lúc đói ít nhất một lần/năm. Trên BN người lớn có các số đo lipid máu ở mức nguy cơ thấp (LDL-cholesterol <100 mg/dL, HDL-cholesterol >50 mg/dL và triglyceride <150 mg/dL), có thể đo lại lipid mỗi 2 năm một lần (mức E).

#### Các khuyến nghị và mục tiêu điều trị

- Nên khuyến BN TĐ thay đổi lối sống với trọng tâm là giảm các loại acid béo bão hòa, acid béo trans và cholesterol trong chế độ ăn, tăng các loại acid béo p<sub>omega</sub>-3, chất xơ và sterol/stanol thực vật; giảm cân (nếu có chỉ định); và tăng hoạt động thể lực để cải thiện nồng độ lipid (mức A).

- Nên thêm liệu pháp statin vào liệu pháp thay đổi lối sống, bất kể nồng độ lipid ban đầu, trên các BN TĐ:

- có bệnh mạch vành (BMV) biểu hiện rõ ràng (mức A)
- không có BMV nhưng tuổi >40 và có một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ khác của BMV (mức A).

- Đối với BN có nguy cơ thấp hơn nhóm trên (nghĩa là không có BMV biểu hiện rõ ràng và tuổi <40), nên xem xét thêm statin vào liệu pháp thay đổi lối sống nếu LDL-cholesterol vẫn trên 100 mg/dL hoặc ở những người có nhiều yếu tố nguy cơ

BMV (mức E).

- Ở BN không có BMV biểu hiện rõ ràng, mục tiêu chủ yếu là LDL-cholesterol <100 mg/dL (2,6 mmol/l) (mức A).

- Ở BN có BMV biểu hiện rõ ràng, mục tiêu LDL-cholesterol là <70 mg/dL (1,8 mmol/l), mà một chọn lựa điều trị là dùng statin liều cao (mức B).

- Nếu BN đã được điều trị bằng thuốc với liều statin tối đa có thể dung nạp được mà không đạt được mục tiêu nêu trên, thì mục tiêu trị liệu thay thế là giảm ~30–40% mức LDL-cholesterol trước điều trị (mức A).

- Nồng độ triglyceride <150 mg/dL (1,7 mmol/l) và HDL-cholesterol >40 mg/dL (1,0 mmol/l) ở nam và >50 mg/dL (1,3 mmol/l) ở nữ là các mục tiêu mong muốn. Tuy nhiên, liệu pháp statin nhằm hạ LDL-cholesterol vẫn là chiến lược trị liệu được ưa chuộng hơn (mức C).

- Nếu vẫn không đạt mục tiêu dù đã dùng liều tối đa có thể dung nạp được của statin, có thể xem xét dùng liệu pháp phối hợp statin và các thuốc hạ lipid khác nhằm đạt mục tiêu lipid nhưng điều này chưa được đánh giá qua các nghiên cứu về kết cục BMV hoặc độ an toàn (mức E).

- Liệu pháp statin bị chống chỉ định trong thai kỳ (mức E).

### Thuốc kháng tiểu cầu

- Cần nhắc liệu pháp aspirin (75–162 mg/ngày) như một chiến lược dự phòng cấp I ở BN TĐ tít 1 hoặc tít 2 bị tăng nguy cơ tim mạch (nguy cơ 10 năm >10%). Trường hợp này bao gồm phần lớn đàn ông >50 tuổi hoặc phụ nữ >60 tuổi có thêm ít nhất một yếu tố nguy cơ quan trọng (tiền sử gia đình có BMV, cao huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu, hoặc albumin niệu) (mức C)

- Aspirin không được khuyến dùng để dự phòng BMV trên BN TĐ người lớn có nguy cơ thấp BMV (nguy cơ 10 năm <5%, như nam <50 tuổi và nữ <60 tuổi không có thêm các yếu tố nguy cơ quan trọng khác của BMV), vì các phản ứng bất lợi tiềm năng do xuất huyết vượt trội các lợi ích tiềm năng (mức C).

- Sự phân định lâm sàng là cần thiết trên những BN có nhiều yếu tố nguy cơ thuộc nhóm tuổi này (mức E).

- Aspirin (75–162 mg/ngày) được sử dụng như một chiến lược dự phòng cấp hai trên BN TĐ có tiền sử BMV (mức A).

- Đối với BN có BMV và bằng chứng dị ứng aspirin, nên dùng clopidogrel (75 mg/ngày) (mức B)

- Liệu pháp phối hợp ASA (75–162 mg/ngày) với clopidogrel (75 mg/ngày) cũng tỏ ra hợp lý khi sử dụng kéo dài đến một năm sau một hội chứng mạch vành cấp (mức B).

### Ngưng hút thuốc

- Khuyến tất cả BN không hút thuốc (mức A)

- Phải xem việc tham vấn bỏ hút thuốc và các phương thức điều trị khác nhằm chống hút thuốc như là một bộ phận thường qui của điều trị TĐ (mức B).

## Tâm soát và điều trị bệnh tim do mạch vành

### Tâm soát

- Trên BN không có triệu chứng, không khuyến nghị tâm soát bệnh tim do mạch vành nếu đã điều trị các yếu tố nguy cơ (mức A).

### Điều trị

- Nên sử dụng các thuốc UCMC (mức C), aspirin và statin (mức A) (nếu không có chống chỉ định) để giảm nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch.

- Trên BN có tiền sử nhồi máu cơ tim (NMCT), nên sử dụng liên tục thuốc chẹn beta trong ít nhất 2 năm sau khi xảy ra biến cố (mức B).

- Việc sử dụng lâu dài các thuốc chẹn beta khi không có CHA cũng hợp lý nếu thuốc được dung nạp tốt, nhưng hiện còn thiếu dữ liệu (mức E).

- Tránh điều trị với thiazolidinedione (TZD) trên BN suy tim có triệu chứng (mức C).

- Có thể dùng metformin trên BN bị suy tim ứ huyết ổn định nếu chức năng thận bình thường. Nên tránh sử dụng trên BN suy tim ứ huyết không ổn định hoặc phải nằm viện (mức C).

## Tâm soát và điều trị bệnh thận

### Khuyến nghị chung

- Để giảm nguy cơ hoặc làm chậm tiến triển bệnh thận, cần tối ưu hóa việc kiểm soát đường huyết (mức A).

- Để giảm nguy cơ hoặc làm chậm tiến triển bệnh thận, cần tối ưu hóa việc kiểm soát HA (mức A)

### Tâm soát

- Tiến hành xét nghiệm hàng năm để đánh giá albumin-niêu trên BN TĐ tít 1 có thời gian bị bệnh ≥5 năm và trên tất cả các BN TĐ tít 2 ngay khi được chẩn đoán (mức E)

- Đo nồng độ creatinin huyết thanh ít nhất mỗi năm một lần trên tất cả BN TĐ người lớn bất kể mức độ albumin-niêu. Nên dùng nồng độ creatinin huyết thanh để ước lượng GFR và phân giai đoạn bệnh thận mạn tính nếu có bệnh (mức E) albumin-niêu.

**Điều trị**

- Nên dùng UCMC hoặc CTTA trong điều trị BN không phải là thai phụ có vi phạm niệu hoặc đạm niệu đại thể (mức A).

- Trong khi chưa có các nghiên cứu so sánh trực tiếp đúng mức giữa UCMC và CTTA, vẫn có nghiên cứu lâm sàng ủng hộ cho riêng từng quan điểm sau:

- Trên BN TĐ tít 1 có CHA và albumin-niêu dù ở bất kỳ mức độ nào, thuốc UCMC được chứng minh làm chậm tiến triển của bệnh thận (mức A)
- Trên BN TĐ tít 2 có CHA và vi phạm niệu, cả UCMC lẫn CTTA đều cho thấy làm chậm tiến triển đến đạm niệu đại thể (mức A)
- Trên BN TĐ tít 2 kèm CHA, đạm niệu đại thể và suy thận (creatinin huyết thanh  $\geq 1,5$  mg/dL), thuốc CTTA được chứng minh làm chậm tiến triển của bệnh thận (mức A).

- Nếu không dung nạp với nhóm thuốc này, nên thay thế bằng nhóm thuốc khác (mức E)

- Giảm lượng protein ăn vào ở mức 0,8–1,0 g/kg cân nặng/ngày trên BN TĐ có bệnh thận mạn tính giai đoạn sớm và ở mức 0,8 g/kg cân nặng/ ngày trên BN có bệnh thận mạn tính giai đoạn muộn có thể cải thiện các số đo chức năng thận (tốc độ bài tiết albumin niệu, GFR) và vì vậy được khuyến nên áp dụng (mức B)

- Khi sử dụng UCMC, CTTA hoặc lợi tiểu, phải theo dõi chặt chẽ nồng độ creatinin và kali huyết thanh để phát hiện sự phát triển bệnh thận cấp và tăng kali-máu (mức E).

- Nên theo dõi liên tục tình trạng bài tiết albumin trong nước tiểu để đánh giá đáp ứng với điều trị lần tiến triển của bệnh (mức E).

- Khi trị số GFR ước lượng (eGFR) < 60 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup>, cần đánh giá và xử trí những biến chứng tiềm năng của bệnh thận mạn tính (mức E).

- Xem xét chuyên BN cho một BS chuyên khoa thận có kinh nghiệm một khi không chắc chắn về căn nguyên bệnh thận (protein-niêu nặng, có cặn lắng nước tiểu, không có bệnh lý võng mạc, GFR suy giảm nhanh), có những vấn đề khó xử trí hoặc bệnh thận tiên xa (mức B).

**Tầm soát và điều trị bệnh võng mạc****Khuyến nghị chung**

- Giảm nguy cơ hoặc làm chậm sự tiến triển của bệnh võng mạc, tối ưu hóa việc kiểm soát đường huyết (mức A)

- Giảm nguy cơ hoặc làm chậm sự tiến triển của

bệnh võng mạc, tối ưu hóa việc kiểm soát HA (mức A).

**Tầm soát**

- Người lớn và trẻ em từ 10 tuổi trở lên bị TĐ tít 1 cần được bác sĩ nhãn khoa khám mắt toàn diện lần đầu trong vòng 5 năm sau khi khởi phát TĐ (mức B).

- BN TĐ tít 2 cần được bác sĩ nhãn khoa khám mắt toàn diện lần đầu càng sớm càng tốt sau khi có chẩn đoán TĐ (mức B),

- BN TĐ tít 1 và tít 2 cần được bác sĩ nhãn khoa khám mắt lặp lại hàng năm. Có thể khám thưa hơn (mỗi 2-3 năm) sau một hoặc nhiều lần khám mắt cho kết quả bình thường. Cần khám với tần suất dày hơn nếu bệnh võng mạc đang tiến triển (mức B).

- Ảnh chụp đáy mắt chất lượng cao có thể phát hiện phần lớn các trường hợp bệnh võng mạc TĐ có ý nghĩa lâm sàng. Việc đọc kết quả ảnh chụp phải do một bác sĩ nhãn khoa có kinh nghiệm đảm nhiệm. Tuy chụp ảnh võng mạc có thể là một công cụ để tầm soát bệnh võng mạc, nhưng không thể thay cho việc khám mắt toàn diện được thực hiện lúc ban đầu và định kỳ sau đó (mức E).

- Phụ nữ tiền TĐ dự định mang thai hoặc đã có thai cần được khám mắt toàn diện và được tham vấn về nguy cơ phát triển hoặc tiến triển của bệnh võng mạc TĐ. Nên khám mắt trong ba tháng đầu thai kỳ và theo dõi sát trong suốt thai kỳ và 1 năm sau khi sinh con (mức B).

**Điều trị**

- BN có phù điểm vàng ở bất kỳ mức độ nào, bệnh võng mạc TĐ không tăng sinh thể nặng, hoặc bệnh võng mạc TĐ tăng sinh ở bất kỳ mức độ nào cần được gửi ngay cho một bác sĩ nhãn khoa có kiến thức và kinh nghiệm xử trí và điều trị bệnh võng mạc TĐ (mức A).

- Liệu pháp quang đông laser được chỉ định để giảm nguy cơ mất thị lực trên bệnh nhân có bệnh võng mạc TĐ tăng sinh nguy cơ cao, phù điểm vàng có ý nghĩa lâm sàng, và một số trường hợp bệnh võng mạc TĐ không tăng sinh thể nặng (mức A).

- Bệnh võng mạc không phải là một chống chỉ định của liệu pháp aspirin bảo vệ tim, vì liệu pháp này không làm tăng nguy cơ xuất huyết võng mạc (mức A).

**Tầm soát và điều trị bệnh lý thần kinh**

- Tất cả BN cần được tầm soát viêm đa dây thần kinh đối xứng đoạn xa ở thời điểm chẩn đoán và sau đó ít nhất mỗi năm một lần, bằng các test lâm sàng đơn giản (mức B).



- Hiếm khi cần đo điện sinh lý, trừ những trường hợp có biểu hiện lâm sàng không điển hình (mức E).

- Nên tầm soát các dấu hiệu và triệu chứng của bệnh lý thần kinh thực vật tim mạch ở thời điểm chẩn đoán ĐT týp 1 và týp 2 và 5 năm sau chẩn đoán ĐT týp 1. Các xét nghiệm đặc biệt hiếm khi cần đến và không ảnh hưởng đến cách xử trí hoặc kết cục (mức E).

- Nên dùng thuốc để giảm nhẹ các triệu chứng đặc hiệu liên quan với viêm đa dây thần kinh và bệnh lý thần kinh thực vật do ĐT, vì chúng cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân (mức E).

### Chăm sóc bàn chân

- Đối với tất cả BN ĐT, tiến hành thăm khám bàn chân toàn diện mỗi năm một lần để nhận diện các yếu tố nguy cơ dự báo loét và cắt cụt chi. Khám bàn chân cần bao gồm quan sát bàn chân, đánh giá mạch bàn chân, làm các test thăm dò việc mất cảm giác bảo vệ (test sợi đơn [monofilament] 10g cộng với bất kỳ một trong các test sau: rung âm thoa với tần số 128 Hz, cảm giác châm, phản xạ gân gót hoặc ngưỡng cảm nhận rung) (mức B)

- Tất cả BN ĐT phải được giáo dục tổng quát về cách tự chăm sóc bàn chân (mức B).

- Một tiếp cận đa chuyên khoa được khuyến dùng cho BN bị loét bàn chân hoặc có bàn chân nguy cơ cao, đặc biệt đối với BN có bệnh sử đã bị cắt cụt chi dưới hoặc đã có loét bàn chân trước đó (mức B).

- Chuyển các BN nghiện thuốc lá, mất cảm giác bảo vệ và có các bất thường cấu trúc bàn chân hoặc có bệnh sử bị các biến chứng tại chi dưới trước đó đến các chuyên gia chăm sóc bàn chân để được chăm sóc dự phòng thường xuyên và để được giám sát suốt đời (mức C).

- Tầm soát ban đầu đối với bệnh động mạch ngoại biên cần bao gồm việc tìm hiểu bệnh sử đau cách hồi và đánh giá mạch mu bàn chân. Xem xét đo chỉ số cổ chân-cánh tay (ABI), vì nhiều BN bị bệnh động mạch ngoại biên không có triệu chứng (mức C)

- Gửi các BN có triệu chứng khập khiễng cách hồi đáng kể hoặc có chỉ số cổ chân-cánh tay dương tính đi đánh giá thêm về mạch máu và cân nhắc các lựa chọn điều trị rèn luyện thể lực, dùng thuốc hoặc phẫu thuật (mức C)

### Trẻ em và thiếu niên

#### Kiểm soát đường huyết

- Xem xét yếu tố tuổi khi đề ra các đích đường

huyết ở trẻ em và thiếu niên bị ĐT týp 1 (mức E).

### Tầm soát và xử trí các biến chứng mạn tính ở trẻ em và thiếu niên bị ĐT týp 1

#### Bệnh thận

- Nên xem xét tầm soát vi đạm niệu hàng năm và tính tỉ số albumin/creatinin (ACR) trong mẫu nước tiểu bất kỳ một khi trẻ được 10 tuổi và đã bị ĐT được 5 năm (mức E).

- Nếu xét nghiệm thêm 2 mẫu nước tiểu vào 2 ngày khác nhau mà vẫn thấy ACR tăng cao dai dẳng, phải điều trị bằng UCMC, tăng liều để đưa albumin-niêu trở lại mức bình thường nếu có thể (mức E).

#### Cao huyết áp

- Điều trị HA bình thường cao (HA tâm thu hoặc tâm trương lúc nào cũng trên bách phân vị thứ 90 theo tuổi, giới tính và chiều cao) nên gồm can thiệp dinh dưỡng và rèn luyện thể lực, nhằm kiểm soát cân nặng và tăng hoạt động thể lực, nếu thích hợp. Nếu không đạt HA mục tiêu sau 3-6 tháng can thiệp lối sống, nên xem xét điều trị bằng thuốc (mức E).

- Cao huyết áp (HA tâm thu hoặc tâm trương lúc nào cũng trên bách phân vị thứ 95 theo tuổi, giới tính và chiều cao hoặc lúc nào cũng >130/80 mmHg, nếu bách phân vị thứ 95 vượt quá trị số này) cần được điều trị bằng thuốc ngay từ khi chẩn đoán được xác định (mức E).

- Nên xem xét dùng UCMC như trị liệu khởi đầu của CHA, kèm tham vấn về vấn đề sinh sản vì thuốc có tiềm năng gây quái thai (mức E).

- Mục tiêu điều trị là HA hằng định <130/80 hoặc dưới trị số bách phân vị thứ 90 theo tuổi, giới và chiều cao, tùy trị số nào thấp hơn (mức E).

#### Rối loạn lipid-máu

##### Tầm soát

- Nếu có bệnh sử gia đình tăng cholesterol-máu (cholesterol toàn phần >240 mg/dL) hoặc có một biến cố tim mạch trước 55 tuổi hoặc nếu không rõ bệnh sử gia đình thì nên đo nồng độ lipid-máu lúc đối ở trẻ >2 tuổi không lâu sau khi có chẩn đoán (sau khi đã kiểm soát được đường huyết). Nếu bệnh sử gia đình không có gì đáng quan tâm thì nên tiến hành tầm soát lipid-máu lần đầu vào thời kỳ dậy thì (≥10 tuổi). Tất cả trẻ được chẩn đoán ĐT ở tuổi dậy thì hoặc sau đó cần được đo nồng độ lipid-máu lúc đối một thời gian ngắn sau chẩn đoán (sau khi đã kiểm soát được đường huyết) (mức E).

- Đối với trẻ em và thiếu niên, nếu có bất thường về lipid, nên theo dõi lipid mỗi năm. Nếu trị số LDL-cholesterol nằm trong mức nguy cơ được chấp

nhận (<100 mg/dL [2,6 mmol/l]) nên đo lại nồng độ lipid mỗi 5 năm (mức E).

#### **Điều trị**

- Liệu pháp khởi đầu là tối ưu hóa kiểm soát đường huyết và điều trị dinh dưỡng bằng cách sử dụng chế độ ăn của Hội Tim mạch Hoa Kỳ bước II với mục đích giảm lượng mỡ bão hòa trong khẩu phần ăn (mức E).

- Sau 10 tuổi, statin được khuyến dùng ở các BN mà sau khi được trị liệu bằng điều trị dinh dưỡng và thay đổi lối sống, LDL-cholesterol vẫn >160 mg/dL (4,1 mmol/l) hoặc LDL-cholesterol >130 mg/dL (3,4 mmol/l) và có thêm một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ của BMV (mức E).

- Mục tiêu điều trị là trị số LDL-cholesterol <100 mm/dL (2,6 mmol/l) (mức E).

#### **Bệnh võng mạc**

- Nên khám mắt lần đầu khi trẻ  $\geq 10$  tuổi và đã bị TĐ được 3-5 năm (mức E)/

- Sau lần khám đầu, nên tái khám thường quy hàng năm. Cũng có thể khám thưa hơn nếu có ý kiến của bác sĩ chuyên khoa mắt (mức E).

#### **Bệnh tiêu chảy phân mỡ**

- Sau khi được chẩn đoán TĐ tít 1, nên tầm soát bệnh tiêu chảy phân mỡ (bệnh celiac) bằng cách đo nồng độ kháng thể kháng transglutaminase mô và kháng thể kháng-bao sợi cơ ở trẻ em có nồng độ IgA huyết thanh bình thường (mức E).

- Nên xét nghiệm lặp lại nhiều lần trên trẻ không phát triển, không lên cân, sụt cân, tiêu chảy, sưng bụng, đau bụng hoặc có các dấu hiệu kém hấp thu hoặc trên trẻ hay có các cơn hạ đường huyết không rõ nguyên nhân hoặc rối loạn kiểm soát đường huyết (mức E).

- Trẻ có kháng thể dương tính nên được chuyển đến bác sĩ chuyên khoa tiêu hóa để đánh giá nội soi và sinh thiết (mức E).

- Trẻ có bệnh tiêu chảy phân mỡ được khẳng định bằng sinh thiết phải dùng chế độ ăn không có gluten và được tham vấn với một chuyên gia dinh dưỡng có kinh nghiệm điều trị TĐ và bệnh tiêu chảy phân mỡ (mức E).

#### **Nhược giáp**

- Nên tầm soát các kháng thể kháng peroxidase tuyến giáp và kháng thyroglobulin ở trẻ bị TĐ tít 1 ngay từ khi có chẩn đoán (mức E)

- Nên đo nồng độ TSH sau khi đã kiểm soát được đường huyết. Nếu TSH bình thường nên kiểm tra lại sau mỗi 1-2 năm, hoặc nếu BN phát sinh triệu chứng rối loạn chức năng tuyến giáp, phình giáp hoặc có một tốc độ tăng trưởng bất thường

(mức E).

#### **Chăm sóc trước khi có thai**

- Trước một BN mong muốn có thai nên đưa A1C về càng gần với trị số bình thường càng tốt (<7%) (mức B).

- Bắt đầu từ tuổi dậy thì, nên lồng ghép việc tham vấn trước khi có thai vào các lần khám thường qui tại các phòng khám TĐ đối với tất cả phụ nữ có tiềm năng mang thai (mức C)

- Nên đánh giá các phụ nữ TĐ đang dự định có thai và, nếu có chỉ định, điều trị các bệnh võng mạc TĐ, bệnh thận, bệnh lý thần kinh và bệnh mạch vành của họ (mức E).

- Nên đánh giá các loại thuốc được những phụ nữ này sử dụng trước khi có thai, vì các thuốc thường được sử dụng để điều trị TĐ và biến chứng của bệnh có thể bị chống chỉ định hoặc không được khuyến dùng trong thai kỳ như statin, UCMC, CTTA và phần lớn các liệu pháp không-insulin (mức E).

- Vì có nhiều trường hợp có thai ngoài kế hoạch, nên xem xét các nguy cơ và lợi ích tiềm năng của các thuốc bị chống chỉ định trong thai kỳ trên tất cả phụ nữ có tiềm năng mang thai, và tham vấn cho họ về việc dùng thuốc thích hợp (mức E).

#### **Người lớn tuổi**

- Người lớn tuổi không bị suy giảm nhận thức và chức năng vận động và có tuổi thọ còn dài nên được điều trị TĐ với các mục tiêu như đã triển khai cho người trưởng thành ít tuổi hơn (mức E)

- Đối với những người lớn tuổi không hội đủ các tiêu chí trên, mục tiêu đường huyết có thể mềm dẻo hơn qua việc sử dụng các tiêu chí thay đổi theo từng cá nhân nhưng nên tránh để xảy ra tình trạng tăng đường huyết dẫn đến các triệu chứng hoặc nguy cơ biến chứng cấp do tăng đường huyết (mức E)

- Nên điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch khác ở người lớn tuổi có cân nhắc đến hạn thời gian còn được hưởng lợi và đến riêng từng cá nhân BN. Điều trị CHA được chỉ định cho hầu hết BN lớn tuổi, và liệu pháp aspirin và hạ lipid máu có thể đem lại lợi ích cho những người có tuổi thọ kỳ vọng ít nhất là bằng khung thời gian của các thử nghiệm dự phòng cấp một hoặc cấp hai (mức E).

- Việc tầm soát các biến chứng của TĐ cần được cá nhân hóa ở người lớn tuổi, nhưng nên đặc biệt lưu ý các biến chứng thường đưa đến suy giảm chức năng (mức E).



## Điều trị TĐ trong bệnh viện

- Tất cả BN TĐ nhập viện cần được xác định rõ ràng về tình trạng bệnh TĐ của họ trong hồ sơ bệnh án (mức E).

- Nên ra y lệnh theo dõi đường huyết của tất cả BN, và tất cả các thành viên trong ekip điều trị đều phải nắm vững những kết quả này (mức E).

### Mục tiêu đường huyết:

- BN nặng: nên khởi sự dùng insulin để điều trị tăng đường huyết dai dẳng, với ngưỡng khởi đầu là  $\leq 180$  mg/dL (10 mmol/l). Một khi đã bắt đầu điều trị với insulin, biên độ biến thiên được khuyến cáo của glucose huyết là từ 140–180 mg/dL (7,8–10 mmol/l) ở đa số BN có bệnh nguy kịch (mức A).

- Các đích đường huyết nghiêm ngặt hơn, chẳng hạn như 110–140 mg/dl (6.1–7.8 mmol/l) có thể phù hợp cho những BN chọn lọc chừng nào còn có thể đạt được đích này mà không gây hạ đường huyết quan trọng (mức C).

- BN nặng cần được dùng insulin truyền tĩnh mạch, đây là phương pháp đã chứng minh có hiệu quả và an toàn trong việc đạt được mức biên độ glucose mong muốn mà không làm tăng nguy cơ hạ đường huyết nặng (mức E).

- BN không nguy kịch: Không có chứng cứ rõ ràng về mục tiêu đường huyết cụ thể. Nếu được điều trị với insulin, đích đường huyết trước bữa ăn thường là  $<140$  mg/dL (7,8 mmol/l) và mức đường huyết bất kỳ nên  $<180$  mg/dL (10,0 mmol/l), miễn là các đích điều trị này có thể đạt được một cách an toàn. Các đích đường huyết nghiêm ngặt hơn có thể phù hợp cho những BN có tình trạng bệnh lý ổn định với sự kiểm soát đường huyết chặt chẽ trước đó. Các đích đường huyết ít nghiêm ngặt hơn có thể

thích hợp cho những BN có bệnh nặng đi kèm (mức E).

- Insulin tiêm dưới da theo thời biểu gồm các thành tố insulin nền, insulin theo bữa ăn và insulin hiệu chỉnh là phương pháp được ưa chuộng để đạt và duy trì kiểm soát đường huyết ở BN không có bệnh nguy kịch (mức C). Nếu đường huyết trước bữa ăn còn cao, nên chỉnh liều insulin hoặc dùng insulin "bổ sung" để thêm vào insulin theo thời biểu bữa ăn và insulin nền (mức E).

- Nên bắt đầu theo dõi đường huyết trên bất kỳ BN nào không rõ có bị TĐ không nhưng đang được điều trị với các liệu pháp có nguy cơ cao làm tăng đường huyết như glucocorticoid liều cao, nuôi ăn qua sonde dạ dày hoặc bằng đường tĩnh mạch, hoặc dùng một số dược phẩm khác như octreotide, hoặc các thuốc ức chế miễn dịch (mức B). Nếu xuất hiện tăng đường huyết kéo dài thì phải điều trị. Nên điều trị các BN như thế với cùng một mục tiêu đường huyết như của BN bị TĐ (mức E).

- Mỗi bệnh viện cần có một phác đồ xử trí hạ đường huyết và thực hiện theo phác đồ này. Mỗi BN cần có một kế hoạch điều trị hạ đường huyết riêng. Các cơn hạ đường huyết cần được ghi chép đầy đủ vào hồ sơ bệnh án (mức E).

- Tất cả BN TĐ nhập viện cần được xét nghiệm A1C nếu trong vòng 2–3 tháng trước chưa làm xét nghiệm này (mức E).

- Cần có kế hoạch xét nghiệm theo dõi và chăm sóc thích hợp đối với những BN bị tăng đường huyết trong bệnh viện nhưng không có chẩn đoán TĐ lúc xuất viện (mức E).

*BS Nguyễn Triển dịch theo Diabetes Care 2011; 34 (Suppl. 1):54-60*