



Thực tế lâm sàng trong phát hiện và điều trị bệnh thận đái tháo đường



BS CK1. LÊ HOÀNG BẢO
KHOA NỘI TIẾT – BV ĐHYD TP.HCM

Hội nghị Lão khoa thành phố Hồ Chí Minh 2023

Yuval Noah Harari

New York Times Bestselling
Author of *Sapiens*



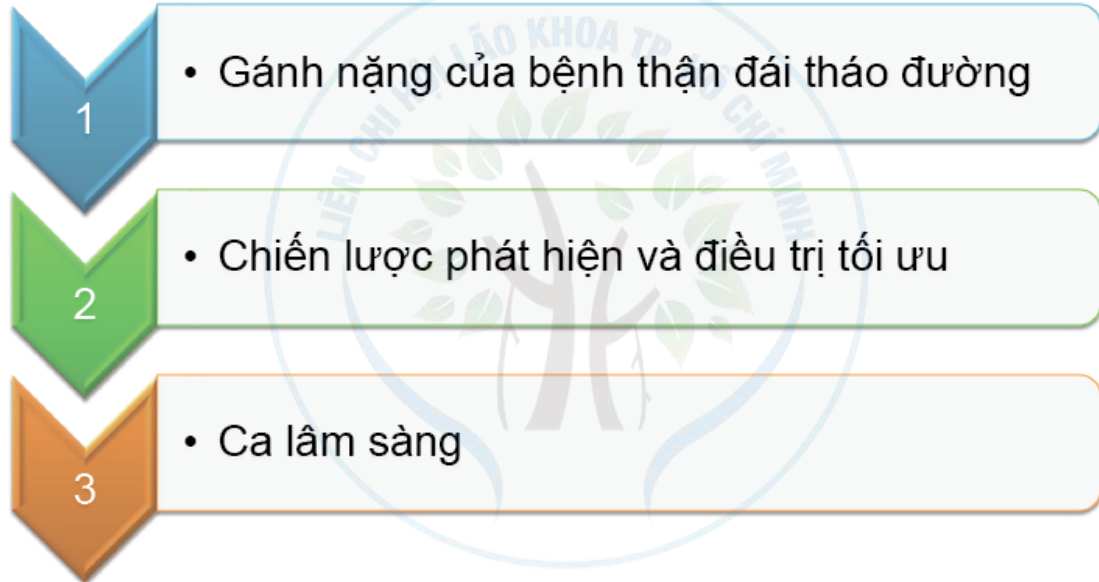
Homo Deus

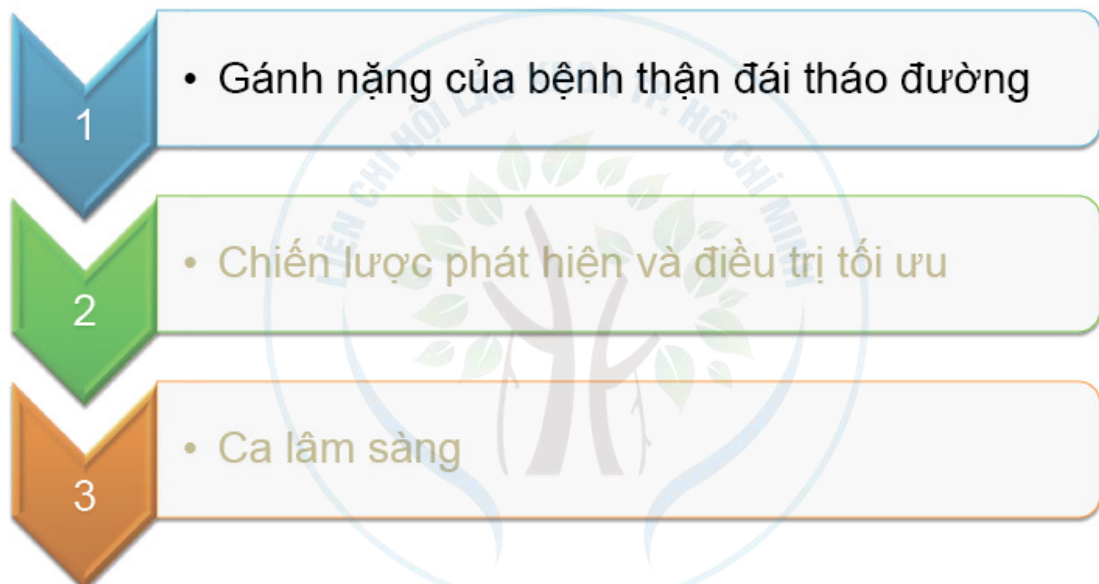
A Brief History
of Tomorrow

“ In 2012 about 56 million people died throughout the world; 620,000 of them died due to human violence (war killed 120,000 people, and crime killed another 500,000). In contrast, 800,000 committed suicide, and 1.5 million died of diabetes. Sugar is now more dangerous than gunpowder.”

Global Health Observatory Data Repository, 2012', World Health Organization, accessed 16 August 2015, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.RCODWORLD?lang=en>; 'Global Study on Homicide, 2013', UNDOC, accessed 16 August 2015, http://www.unodc.org/documents/gsh/pdfs/2014_GLOBAL_HOMICIDE_BOOK_web.pdf; http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html

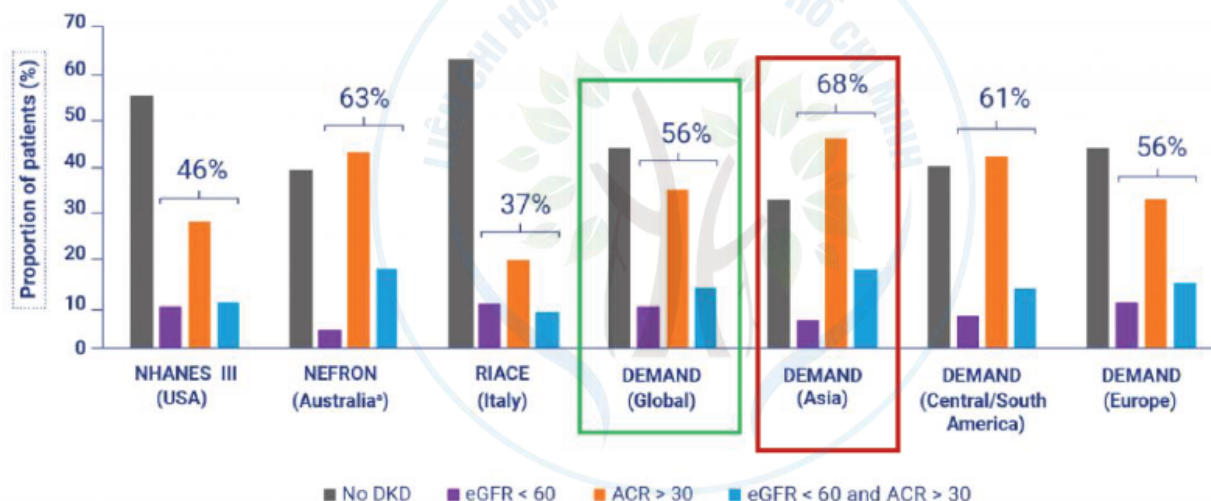
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

- 
- 1 • Gánh nặng của bệnh thận đái tháo đường
 - 2 • Chiến lược phát hiện và điều trị tối ưu
 - 3 • Ca lâm sàng

- 
- 1 • Gánh nặng của bệnh thận đái tháo đường
 - 2 • Chiến lược phát hiện và điều trị tối ưu
 - 3 • Ca lâm sàng

68% bệnh nhân châu Á có eGFR < 60 và/hoặc tiểu đường

5.35 triệu BN ĐTĐ tại Việt Nam³ → 68% ~ 3.63 triệu có thể tiến triển thành bệnh thận mạn



1. Dwyer JP, Parving HH, Hunsicker LG, Ravid M, Remuzzi G, Lewis JB. Renal Dysfunction in the Presence of Normoalbuminuria in Type 2 Diabetes: Results from the DEMAND Study. *Cardiorenal Med.* 2012 Feb;2(1):1-10
2. Thomas MC, Weekes AJ, Broadley OJ, Cooper ME, Mathew TH. The burden of chronic kidney disease in Australian patients with type 2 diabetes (the NEFRON study). *Med J Aust.* 2006 Aug 7;185(3):140-4.
3. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 9th edn.* Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2019;
4. Liyanage T, Toyama T, Hockham C, et al. Prevalence of chronic kidney disease in Asia: a systematic review and analysis. *BMJ Global Health* 2022;7:e007525. doi:10.1136/bmjgh-2021-007525

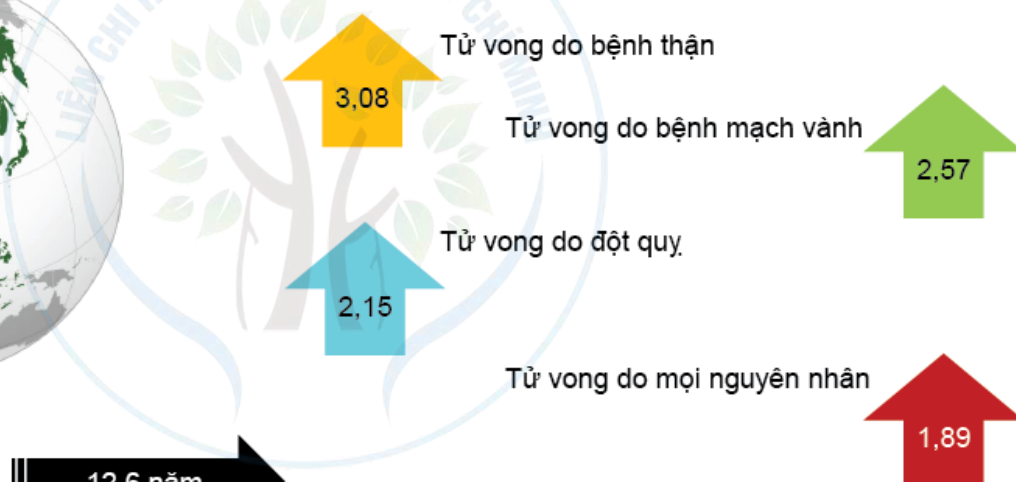
Original Investigation | Global Health

Association of Diabetes With All-Cause and Cause-Specific Mortality in Asia

A Pooled Analysis of More Than 1 Million Participants



Mainland China, Japan,
South Korea, Singapore,
Taiwan, India, Bangladesh



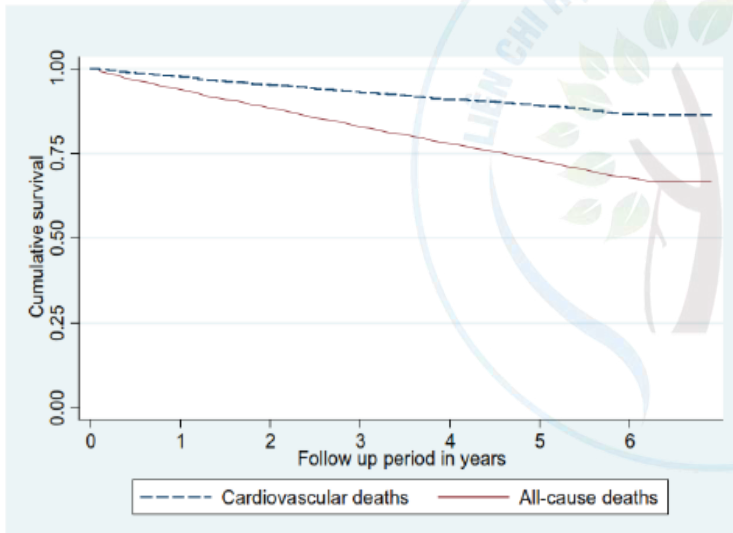
Yang JJ, Yu D, Wen W, et al. *JAMA Netw Open.* 2019 Apr 5;2(4):e192696

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

Original Research

Annual all-cause mortality rate for patients with diabetic kidney disease in Singapore

Yee Gary Ang^{a,*}, Bee Hoon Heng^a, Nakul Saxena^a, Seng Teck Adrian Liew^b, Phui-Nah Chong^c



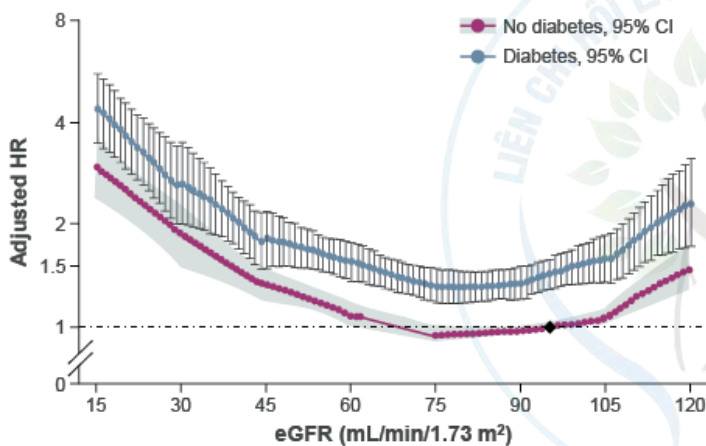
	Annual all-cause mortality rate	95% CI
Total	64.1/1000	60.2–68.3
CKD stage 3A	37.0/1000	32.5–42.3
CKD stage 3B	57.5/1000	51.6–64.2
CKD stage 4	98.3/1000	87.3–110.6
CKD stage 5	198.5/1000	169.2–233.0

3008 T2DM patients Stage 3–5 CKD

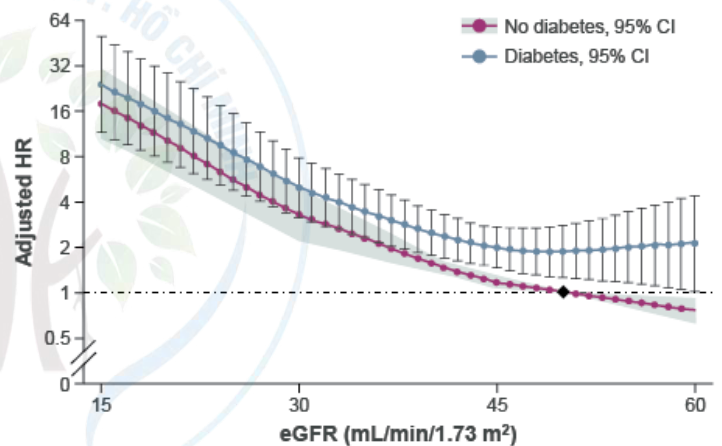
Ang YG, Heng BH, et al. *J Clin Transl Endocrinol.* 2016 Jan 27;4:1-6

eGFR thấp tiên lượng tử vong do mọi nguyên nhân và bệnh thận mạn giai đoạn cuối

Risk of all-cause mortality according to eGFR in individuals with and without diabetes^{a-c}



Risk of ESKD according to baseline eGFR in individuals with and without diabetes^{b-d}



^aReference point: (diamond, eGFR of 95 mL/min/1.73 m² in the no diabetes group) for both individuals with and without diabetes to show the main effect of diabetes on risk; ^bHRs were adjusted for age, sex, race, smoking, history of CVD, serum total cholesterol concentration, BMI, and albuminuria (log UACR, log UPCR, or categorical dipstick proteinuria [negative, trace, 1+, ≥2+]); ^cBlue and purple circles denote $P < 0.05$ as compared with the reference (diamond); ^deGFR of 50 mL/min/1.73 m² used as the reference point (diamond) in diabetes and no diabetes groups.

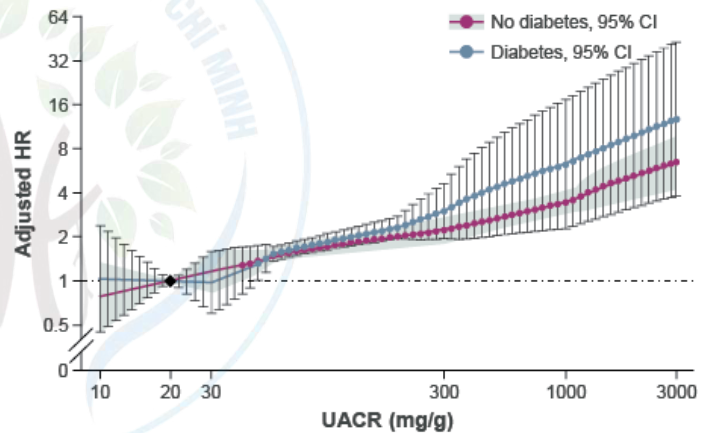
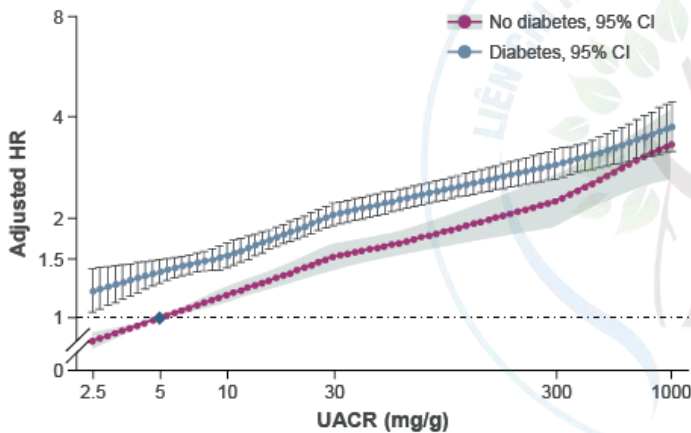
BMI = body mass index; CI = confidence interval; CVD = cardiovascular disease; eGFR = estimated glomerular filtration rate; ESKD = end-stage kidney disease; HR = hazard ratio; UACR = urine albumin:creatinine ratio; UPCR = urine protein:creatinine ratio.

Fox CS et al. *Lancet.* 2012;380:1662–1673.

Tiểu đạm tiên lượng tử vong do mọi nguyên nhân và bệnh thận mạn giai đoạn cuối

Risk of all-cause mortality according to UACR in individuals with and without diabetes^{a-c}

Risk for ESKD in populations with CKD, stratified by UACR and diabetes status^{b-e}



^aReference point (diamond) is UACR of 5 mg/g in the no diabetes group, for both individuals with and without hypertension, to show the main effect of diabetes on risk; ^bHRs were adjusted for age, sex, race, smoking, history of CVD, serum total cholesterol concentration, BMI, and eGFR; ^cBlue and purple circles denote $P < 0.05$ as compared with the reference (diamond); ^dCKD defined as eGFR of < 60 mL/min/1.73 m²; ^eReference point (diamond) is UACR of 20 mg/g.
BMI = body mass index; CI = confidence interval; CKD = chronic kidney disease; CVD = cardiovascular disease; eGFR = estimated glomerular filtration rate; ESKD = end-stage kidney disease; HR = hazard ratio; UACR = urine albumin:creatinine ratio.
Fox CS et al. *Lancet*. 2012;380:1662–1673.

Điều trị hiện tại với nguy cơ tồn dư còn rất cao

IDNT

Ibuprofen Diabetic Nephropathy Trial Primary Composite Endpoint and Components

Composite and components	Unadjusted relative risk	P value	Adjusted relative risk	P value
Primary endpoint	0.80 (0.66–0.97)	0.02	0.81 (0.67–0.99)	0.03
DsCr	0.67 (0.52–0.87)	0.003	0.71 (0.54–0.92)	0.009
ESRD	0.77 (0.57–1.03)	0.07	0.83 (0.62–1.11)	0.19
Death	0.92 (0.69–1.23)	0.57	0.94 (0.70–1.27)	0.69
Secondary	0.91 (0.72–1.14)	0.40	0.91 (0.72–1.14)	0.40

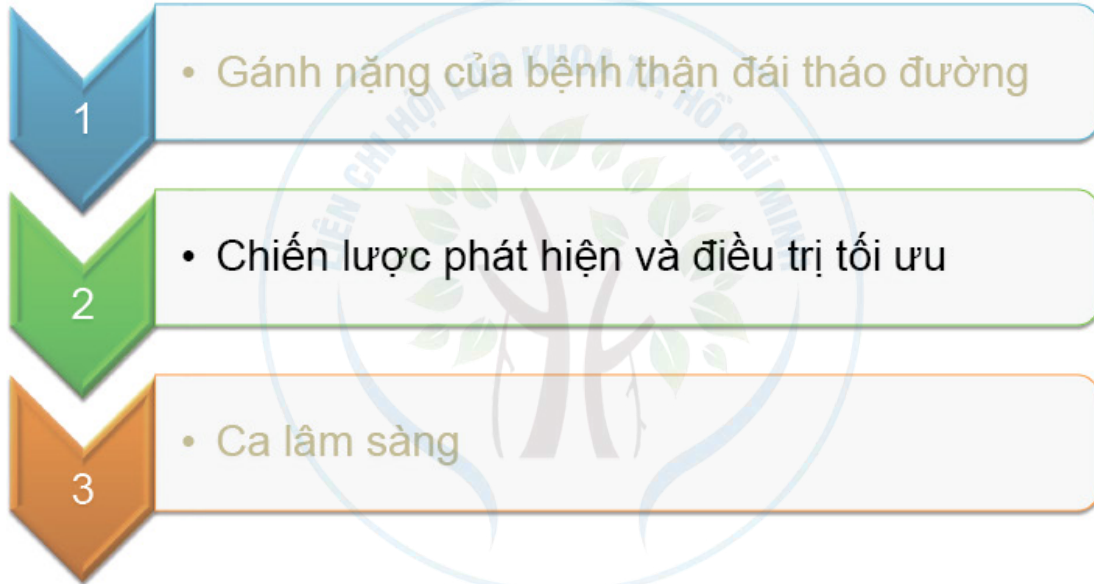
RENAAL

Primary Composite Endpoint and Components

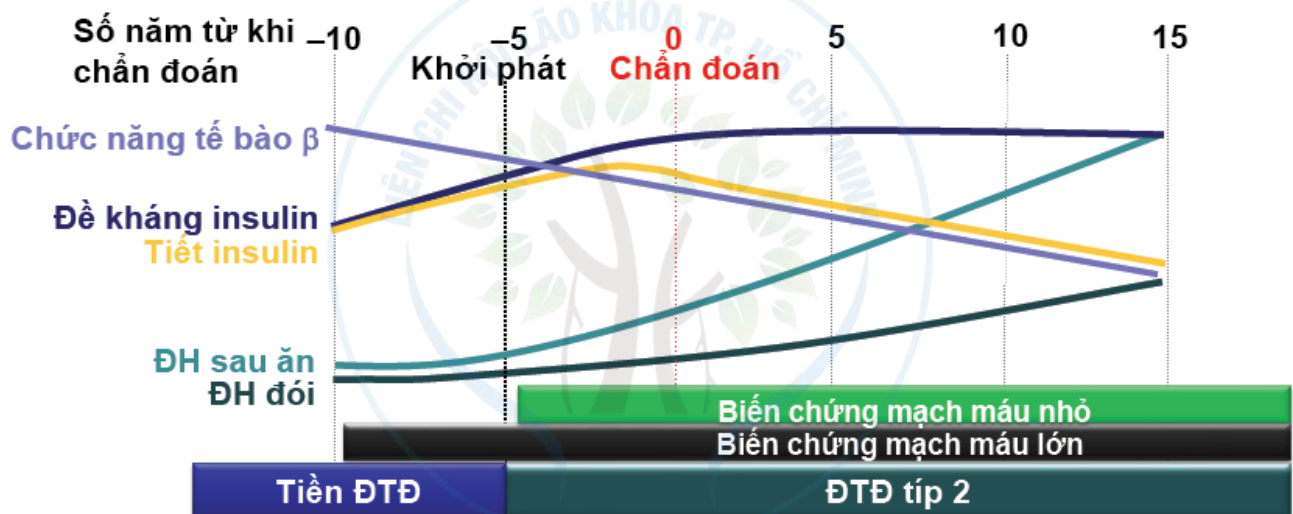
Composite and components	Losartan (+CTx) n (%)	Placebo (+CTx) n (%)	p Value	% Risk reduction	95% CI
DsCr, ESRD, Death	327 (43.5)	359 (47.1)	0.02	16	(2, 28)
DsCr	162 (21.6)	198 (26.0)	0.006	25	(8, 39)
ESRD	147 (19.6)	194 (25.5)	0.002	28	(11, 42)
Death	158 (21.0)	155 (20.3)	0.88	-2	(-27, 19)
ESRD or death	255 (34.0)	300 (39.4)	0.01	20	(5, 32)

1. *N Engl J Med* 2001; 345:851–860 2. *N Engl J Med* 2001; 345:861–869

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

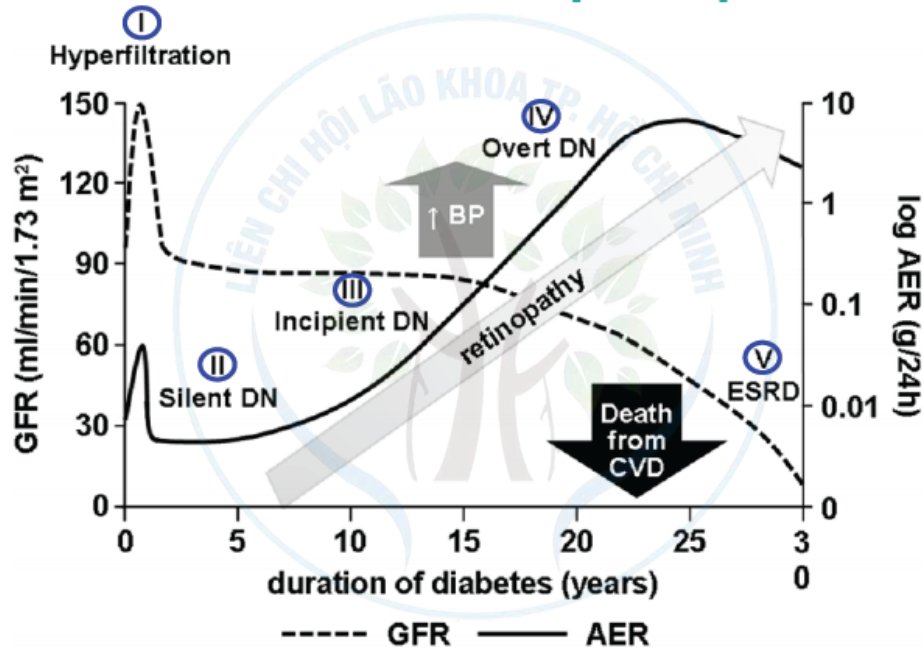


Biến chứng có thể xảy ra trước thời điểm chẩn đoán đái tháo đường típ 2



Holman RR. *Diabetes Res Clin Pract.* 1998;40(suppl):S21-S25;
Ramlo-Halsted BA, Edelman SV. *Prim Care.* 1999;26:771-789; Nathan DM. *N Engl J Med.* 2002;347:1342-1349; UKPDS
Group. *Diabetes.* 1995;44:1249-1258

Phát hiện bệnh thận sớm hơn 10 – 15 năm nhờ tầm soát đạm niệu



Acta Diabetol. 2014 Dec;51(6):905-15

Khuyến cáo sàng lọc định kỳ và quản lý bệnh thận mạn ở bệnh nhân đái tháo đường

ISN, KDIGO

- Những người bị tăng huyết áp, **đái tháo đường**, hoặc có bệnh tim mạch, tiền sử viêm thận cấp hay tiền sử gia đình mắc bệnh thận nên được **tầm soát bệnh thận mạn**

ADA

Ít nhất **mỗi năm** một lần, đánh giá **ACR** và **eGFR** ở bệnh nhân:

- ĐTĐ **típ 1** ≥ 5 năm
- ĐTĐ **típ 2**

VIỆT NAM



ISN-KDIGO Early CKD Screening- https://kdigo.org/wp-content/uploads/2019/01/ISN_KDIGO_EarlyScreeningBooklet_WEB.pdf
American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes – 2019. Abridged for primary care providers. Clin Diabetes. 2019;37:11–34.
Hướng dẫn chẩn đoán điều trị một số bệnh Thận – Tiết niệu 2015
Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường típ 2 năm 2020

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

Bộ Y tế 2020: Kiểm tra định kỳ UACR và eGFR ở tất cả bệnh nhân ĐTĐ típ 2

BỘ Y TẾ
Số: 5481/QĐ-BYT

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Hà Nội, ngày 30 tháng 12 năm 2020

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2"

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;
Theo 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 và điều trị đái tháo đường típ 2".

Điều 2. Tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2" được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

Điều 3. Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành và thay thế Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19/07/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2".

Điều 4. Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, 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 trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

Nơi nhận:
- Văn phòng;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Tổng cục;
- Các phòng, ban thuộc Bộ Y tế; Văn phòng Cục YCB;
- Lưu: VT, KCB.

KT. BỘ TRƯỞNG
PHỤ TRƯỞNG
Nguyễn Trường Sơn

1.2. Biểu chứng thận:

- Ít nhất mỗi năm một lần đánh giá albumin niệu và mức lọc cầu thận ở tất cả các BN ĐTĐ típ 2, không kể đang điều trị như thế nào
- BN có albumin niệu > 30 mg/g creatinine và/ hoặc mức lọc cầu thận eGFR < 60 mL/phút/1,73m² cần đánh giá hai lần một năm nhằm định hướng điều trị
- Cần tối ưu kiểm soát đường huyết để giảm nguy cơ hoặc làm chậm quá trình tiến triển bệnh thận mạn

KHUYẾN CÁO VỀ BIỂU CHỨNG THẬN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

- Cần tầm soát biểu chứng thận cho người bệnh ĐTĐ típ 1 sau 5 năm và người bệnh ĐTĐ típ 2 ngay khi chẩn đoán. Tỷ số A/C niệu là xét nghiệm tầm soát hiệu quả nhất. Tầm soát và đánh giá lại tối thiểu 6-12 tháng một lần. BN có tỷ số A/C > 30mg/g và/hoặc eGFR < 60mL/ph/1,73m² đã được định nghĩa là bệnh thận do ĐTĐ và theo dõi sát hơn (mỗi 6 tháng)

UMC - KHOA KHÁM BỆNH, Người dùng: Lê Hoàng Bảo, Ver: 23.03.15 11.00 - (Phòng khám nội tiết)

Hệ thống Danh mục Bệnh án Thống kê Tiếng Việt

Phòng khám NỘI TIẾT
Bác sĩ Lê Hoàng Bảo
Số HS: 03/04/2023, Sáng

Số HS: N15-0175050, Họ tên: [Redacted], Giới: Nam, Ngày sinh: 01/01/1962, Kết quả CLS, DS chưa KS, Địa chỉ: THANH THỜI, Xã Đồng Sơn, Huyện Gò Công Tây, Tiền Giang, Quốc tịch: Việt Nam, Nghề: Không, Nghi hưởng BH, Đường thai, Di động: 0378420479, Email: [Redacted], Dân tộc: Khmer, Đối tượng: Bệnh nhân, THANH TOÁN QUA THẺ

Số HS: [Redacted], Tên: [Redacted], Tìm

STT Họ và tên

13 [Redacted]
14 [Redacted]
15 [Redacted]
16 [Redacted]
17 [Redacted]
18 [Redacted]
19 [Redacted]
20 [Redacted]
21 [Redacted]
22 [Redacted]
23 [Redacted]
24 [Redacted]
25 [Redacted]
26 [Redacted]
27 [Redacted]
28 [Redacted]
29 [Redacted]
30 [Redacted]
31 [Redacted]
32 [Redacted]
33 [Redacted]
34 [Redacted]
35 [Redacted]

Tổng số bệnh: 112, Chưa ra toa: 8, Đã ra toa: 104, CLS quay về: 0

Bắt đầu khám [F3]

Chuyển bệnh Hoàn tiền

Số HS: N15-0175050, Họ tên: [Redacted], Giới: Nam, Ngày sinh: 01/01/1962, Kết quả CLS, DS chưa KS, Địa chỉ: THANH THỜI, Xã Đồng Sơn, Huyện Gò Công Tây, Tiền Giang, Quốc tịch: Việt Nam, Nghề: Không, Nghi hưởng BH, Đường thai, Di động: 0378420479, Email: [Redacted], Dân tộc: Khmer, Đối tượng: Bệnh nhân, THANH TOÁN QUA THẺ

Bệnh án (F9), Xem Bệnh án (F10), Cẩn lâm sàng (F11), Nhập kết quả CLS (F12), Tóm tắt bệnh án (Ctrl+T), Biên bản (Ctrl+B)

Típ Típ 2, Năm chẩn đoán 1999, Mạch 85, l/ph, C.nặng 62, kg, H.áp 120/70, mmHg, C.cao 167, cm, V.co 0, cm, BMI 22.2, N.đó [Redacted], độ C, N.thở [Redacted], l/ph

Lý do khám bệnh: Tái khám, Bệnh sử: Bệnh ổn, đường huyết tại nhà từ 100-150 mg %, Ghi chú (không in): Khám lần đầu: 17/06/2019, Tiền căn - Khám: Theo dõi CLS

Tiền căn
☒ Tăng huyết áp
☒ Rối loạn lipid máu
Biểu chứng mạch máu nhỏ
☐ Bệnh võng mạc
☐ Bệnh thần kinh
☐ Viêm da dày thần kinh ngoại biên
☐ Rối loạn cương
☐ Liệt dạ dày
☐ Loét chân
Biểu chứng mạch máu lớn
☐ Bệnh tim thiếu máu cục bộ
☐ Nhồi máu cơ tim
☒ Đột quỵ, TIA
☐ Bệnh động mạch ngoại biên chi dưới

Điều trị đái tháo đường
☐ Chế độ ăn đơn thuần
☒ Thuốc khác
☒ Thuốc Insulin
☒ Thuốc huyết áp
☐ Không có
☐ Thuốc mỡ máu
☒ Statin
☐ Fibrat
☐ Thuốc khác
☒ Thuốc chống tập kết tiểu cầu
☐ Không có
Đái tháo đường gia đình
☒ Không có
☐ Có

Khám lâm sàng
Bàn chân
Mono filament Bàn chân (P) ☒ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Chưa khám
Mono filament Bàn chân (T) ☒ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Chưa khám
Loét chân ☒ Không ☐ Có ☐ Chưa khám
Mạch máu 2 chân
Chân phải ☒ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Chưa khám
Chân trái ☒ Bình thường ☐ Bất thường ☐ Chưa khám
Mắt
Mắt phải ☒ Bình thường
Mắt trái ☒ Bình thường
Khác
Rung nhĩ
Nhấn gập nhỏ 2 thùy

Thuốc là ☒ Không ☐ Có ☐ Đã bỏ
Rượu bia ☐ Không ☒ Có ☐ Đã bỏ
Lưu BA và thoát (F6) Thoát không lưu (ESC)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

UMC - KHOA KHAM BENH, Người dùng: Lê Hoàng Bảo, Ver: 23.03.15 11:00 - [Phòng khám nội tiết]

Hệ thống Danh mục Bệnh án Thống kê Tiếng Việt

Phòng khám: NỘI TIẾT
Bác sĩ: Lê Hoàng Bảo
Ngày: 03/04/2023, Sáng

Số HS: N15-0175050, Họ tên: [Redacted], Giới: Nam, Ngày sinh: 01/01/1952
Địa chỉ: THANH THỜI, Xã Đồng Sơn, Huyện Gò Công Tây, Tiền Giang, Quốc tịch: Việt Nam
Di động: 0378420479, Email: [Redacted], Nghề: Không, Đối tượng: Bệnh nhân
Số thẻ BHYT: [Redacted], Từ: [Redacted], Đến: [Redacted], Bệnh nhân: THANH TOÁN QUA THẺ

Bệnh án (F9), Xem Bệnh án (F10), Cận lâm sàng (F11), Nhập kết quả CLS (F12), Tóm tắt bệnh án (Ctrl+T), Biện bản (Ctrl+B)

Típ: Típ 2, Năm chẩn đoán: 1999, Mạch*: 85, H.áp*: 120/70, Cân nặng: 62, kg, H.áp*: 120/70, mmHg, C.cao: 167, cm, V.eo: 0, cm, BMI: 22.2, N.độ: [Redacted], độ C, N.thở: [Redacted], l/ph

Lý do khám bệnh: Tai khám
Bệnh sử: Bệnh ổn, đường huyết tại nhà từ 100 -150 mg %
Ghi chú (không in): Khám lần đầu: 17/06/2019

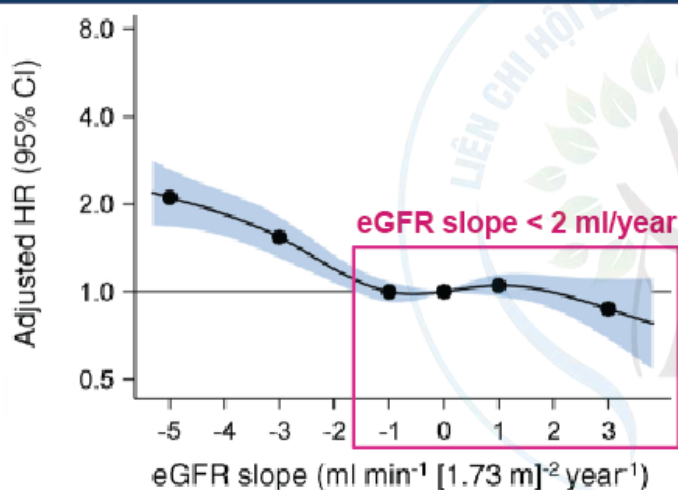
Tiền căn - Khám Theo dõi CLS

	Cận lâm sàng	Chỉ định	Kết quả
1	Xét nghiệm	Đường huyết đói	03/04/2023: 8.4 mmol/L 10/10/2022: 8.7 mmol/L 18/07/2022: 7.3 mmol/L 25/04/2022: 9.6 mmol/L
2		Đường sau ăn	
3		HbA1c	03/04/2023: 9.0 % 10/10/2022: 7.63 % 18/07/2022: 8.04 % 25/04/2022: 8.0 %
4		HbA1c (điện di mao quản)	
5		Cholesterol	
6		HDLC	
7		LDLC	03/04/2023: 2.23 mmol/L 10/10/2022: 2.32 mmol/L 25/04/2022: 2.42 mmol/L
8		Triglyceride	03/04/2023: 4.14 10/10/2022: 2.02 mmol/L 25/04/2022: 4.86 mmol/L
9		Creatinin	03/04/2023: 96.1 umol/L 10/10/2022: 98 umol/L 18/07/2022: 93.4 umol/L 25/04/2022: 111.2 umol/L
10		eGFR	03/04/2023: 66.98 mL/phút 10/10/2022: 66 mL/phút 18/07/2022: 69 mL/phút 25/04/2022: 57
11		A/c niệu	10/10/2022: 3.118 mg/mmol
12		Chụp đáy mắt	
13			

Tổng số bệnh: 112, Chưa ra toa: 8

Mục tiêu cốt lõi trong điều trị bệnh thận mạn

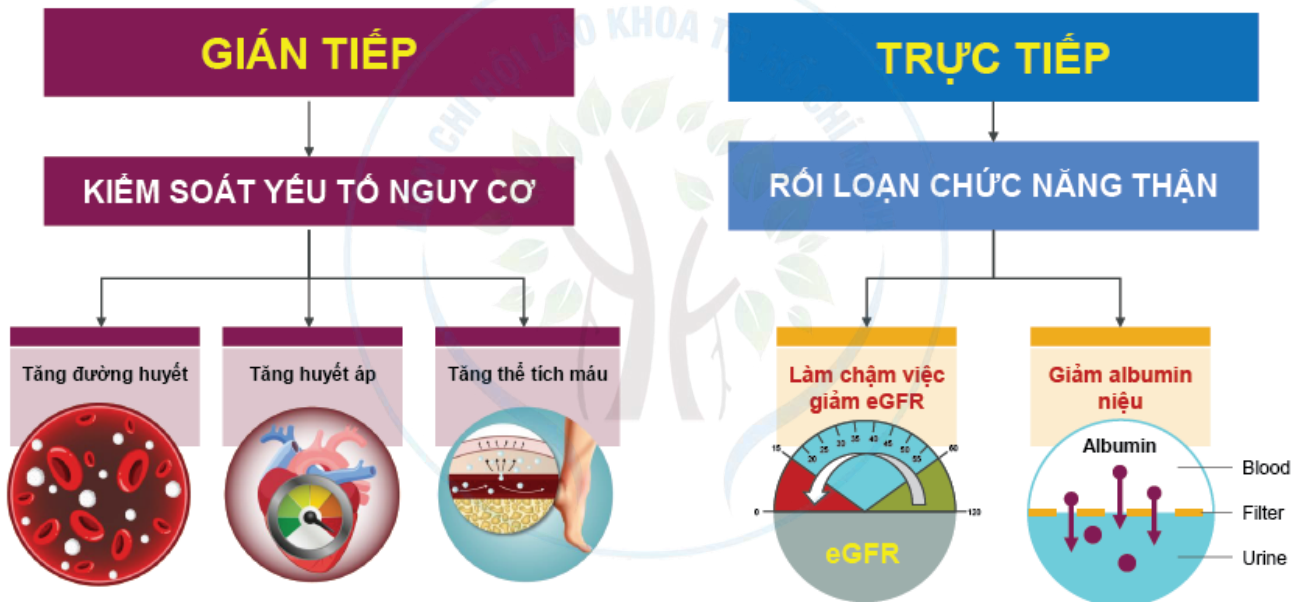
Thay đổi eGFR hàng năm & tử vong do mọi nguyên nhân¹



Thay đổi ACR hàng năm & tần suất biến cố tim mạch, tử vong do mọi nguyên nhân²

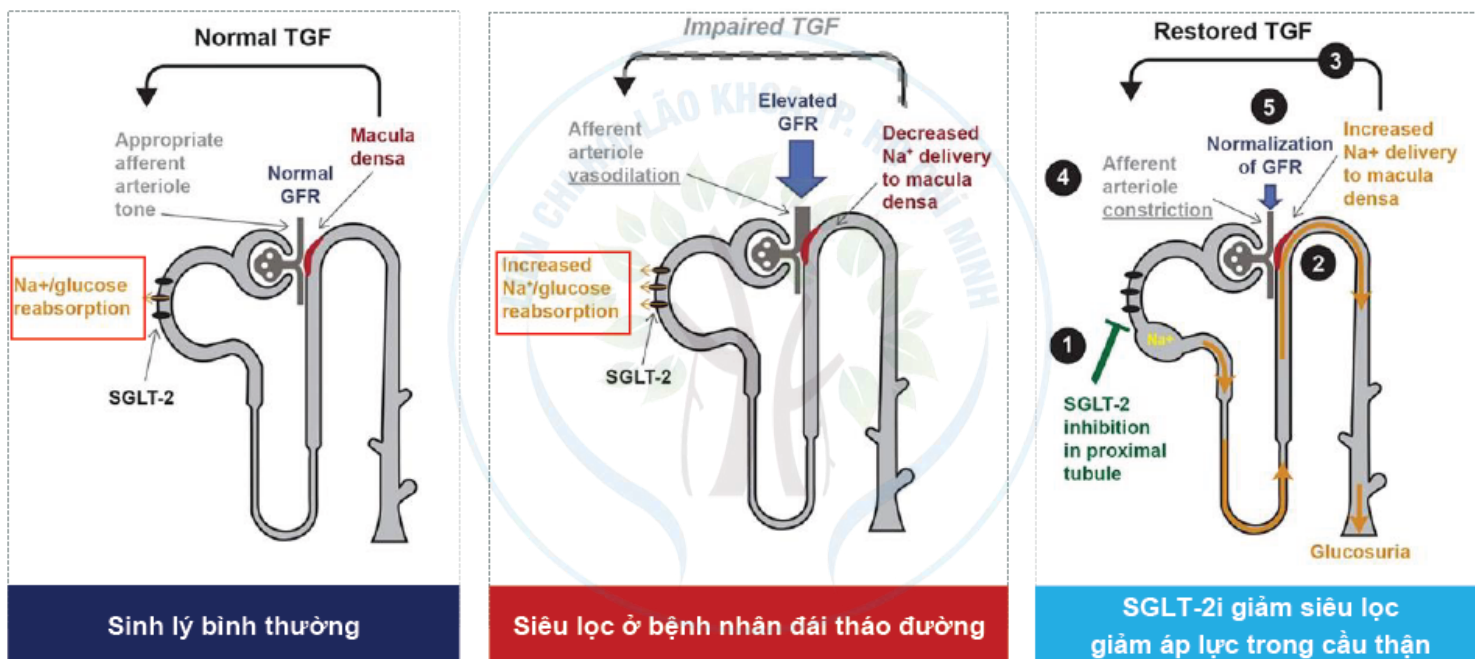
Annual change in UACR	Full adjustment + imputation ^b
	HR (95% CI)
MACE	
>2-fold decrease	0.63 (0.55–0.73)
>1.3–2 fold decrease	0.80 (0.75–0.86)
Stable	1.0
>1.3–2 fold increase	1.21 (1.14–1.29)
>2-fold increase	1.44 (1.29–1.61)
All-cause death	
>2-fold decrease	0.85 (0.76–0.94)
>1.3–2 fold decrease	0.88 (0.83–0.94)
Stable	1.0
>1.3–2 fold increase	1.35 (1.29–1.42)
>2-fold increase	2.12 (1.96–2.28)

Tiếp cận toàn diện điều trị bệnh thận ĐTĐ



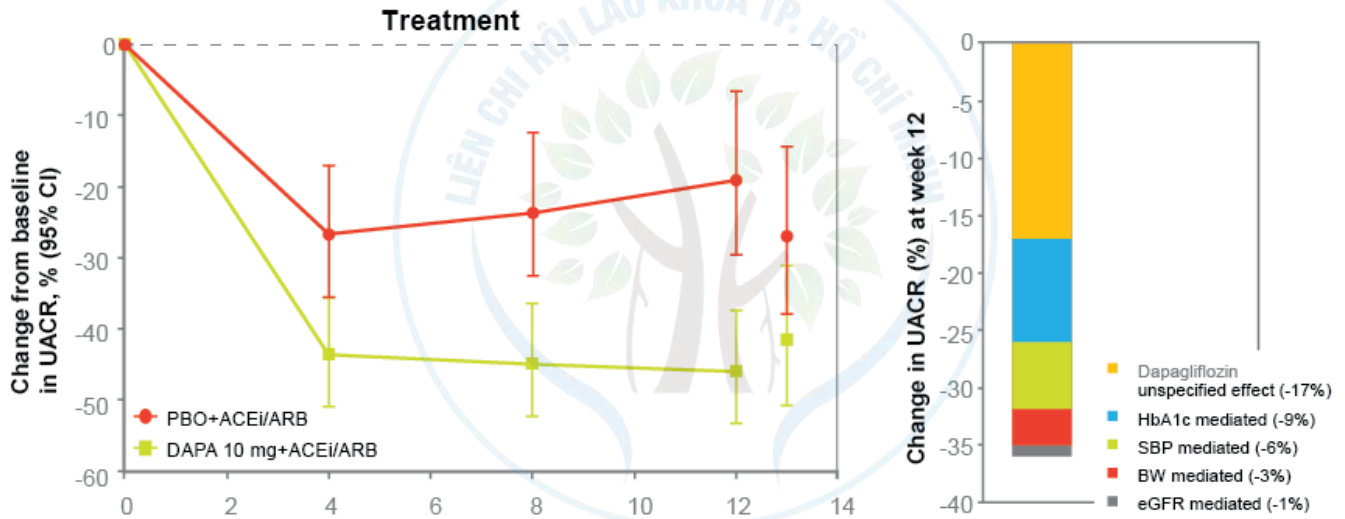
*This is not an exhaustive list of treatable risk factors
CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; FBG, fasting blood glucose
Kidney Disease: Improving Global Outcomes. *Kidney Int* 2020;98:S1–S115

Cơ chế giảm áp lực trong cầu thận của SGLT-2i



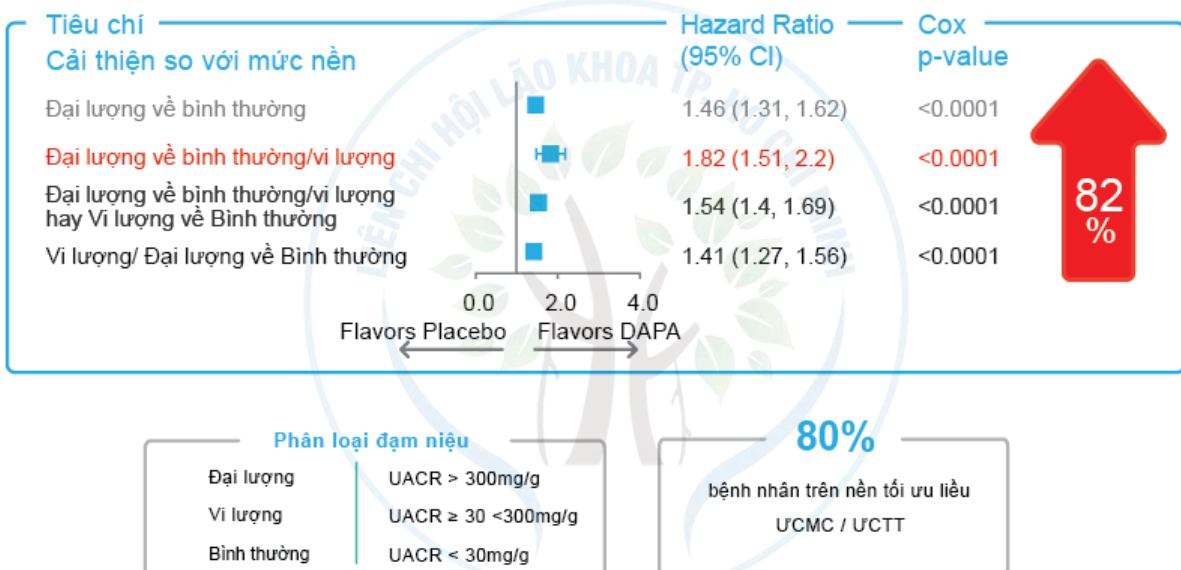
De Gruyter February 2, 2021. *Journal of Osteopathic Medicine* <https://doi.org/10.1515/jom-2020-0153>

Dapagliflozin giảm đạm niệu rõ rệt trên nền bệnh nhân đã tối ưu liệu ACEi/ARB



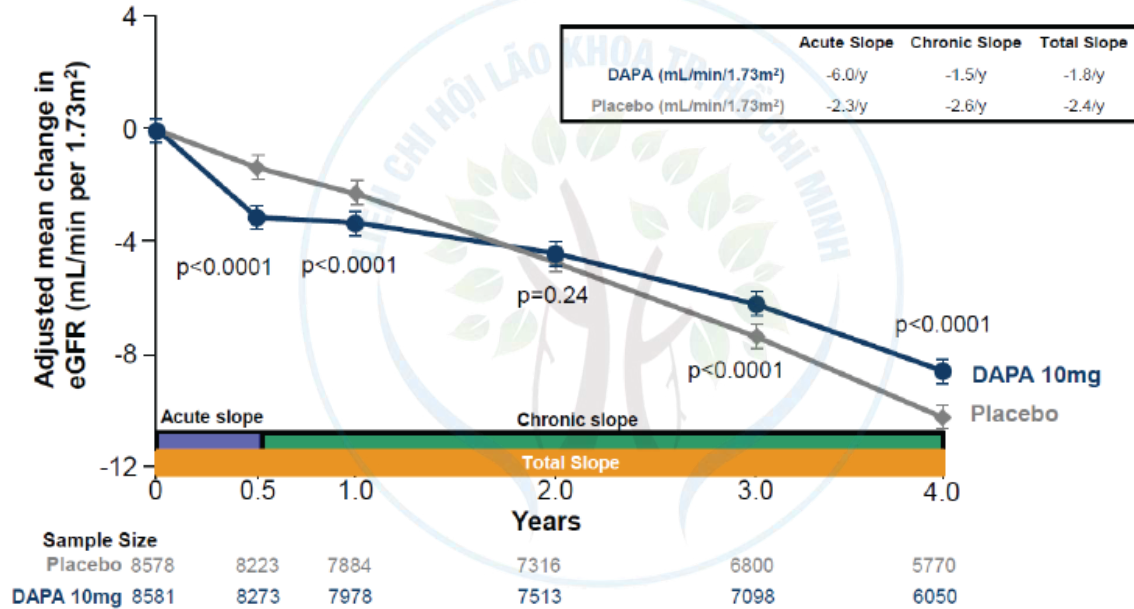
Heerspink H et al. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 2016;18:590-597

Dapagliflozin tăng 82% cơ hội thoái lui đạm niệu



Raz I et al. Presented at: ADA 79th Scientific Sessions; June 7-11, 2019; San Francisco, CA 244-OR.

Dapagliflozin: Mức giảm eGFR chỉ 1,8 mL/phút/năm

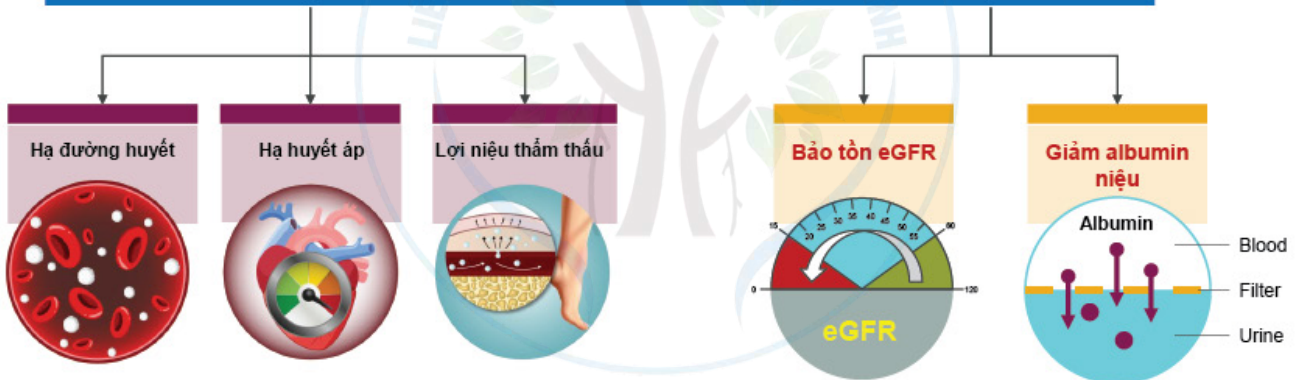


Raz I et al. Presented at: ADA 79th Scientific Sessions; June 7-11, 2019; San Francisco, CA 244-OR.

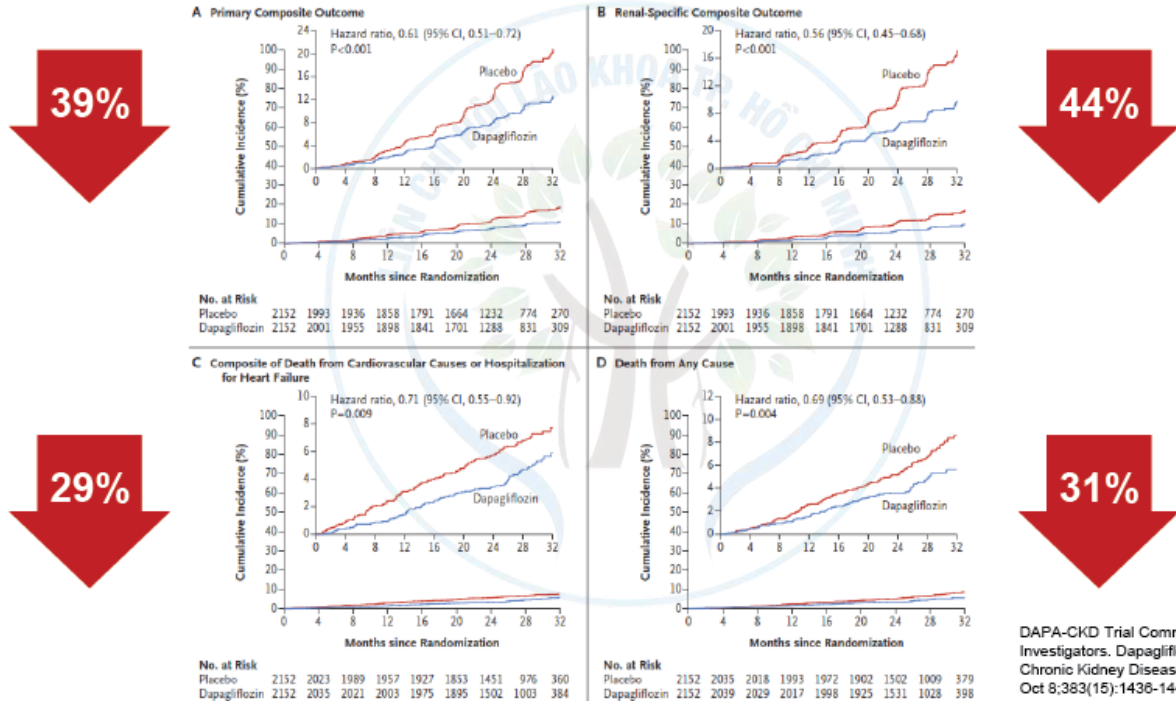
SGLT-2i bảo vệ thận theo cả cơ chế trực tiếp và gián tiếp



SGLT-2i tác động bảo vệ thận



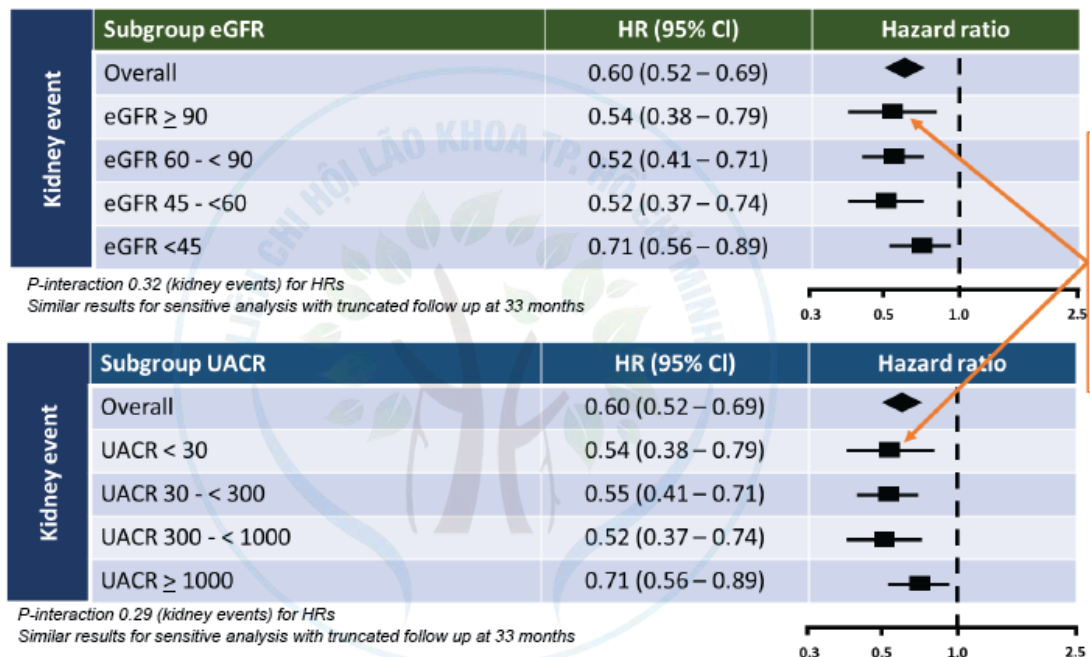
Dapagliflozin giảm tiêu chí thận, tử vong tim mạch, tử vong do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân bệnh thận mạn



Dapagliflozin giảm biến cố thận trên phổ rộng eGFR và UACR



Phân tích gộp
DECLARE-TIMI 58
& **DAPA-CKD**
trên 19.728 BN



Hiệu quả thận chí tốt hơn ở giai đoạn SƠM

Kidney event: Giảm ≥ 40% eGFR, ESRD

European Heart Journal, Volume 43, Issue Supplement_2, October 2022, ehac544.2407, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac544.2407>

EASD/ADA 2022: Sử dụng ngay SGLT-2i/ĐTĐ típ 2 + đạm niệu

Lối sống lành mạnh, giáo dục & hỗ trợ tự quản lý bệnh ĐTĐ, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe

Mục tiêu giảm nguy cơ tim thận ở BN ĐTĐ típ 2

+ASCVD hoặc nguy cơ cao

GLP-1 RA
chứng minh
lợi ích trên
tim mạch

và
hoặc

SGLT-2i
chứng minh
lợi ích trên
tim mạch

+Suy tim

SGLT-2i chứng minh
lợi ích trên tim mạch
trong quần thể BN
này[§]

+Bệnh thận mạn

**eGFR < 60ml/phút/1,73m² hoặc
albumin niệu (ACR ≥ 30mg/g)**

Các chỉ số có thể thay đổi theo thời gian do vậy cần
lặp lại để xác định bệnh thận mạn

Ưu tiên SGLT-2i có bằng chứng
làm giảm tiến triển bệnh thận mạn

**Cho bệnh nhân có eGFR ≥ 20 ml/phút/1,73m²
duy trì cho đến khi lọc máu hay ghép thận**

GLP1 RA đã được chứng minh lợi ích tim mạch nếu SGLT2i
không dung nạp hay CCĐ

Nếu HbA1c vẫn cao hơn mục tiêu khi đang điều trị SGLT2i
cần nhắc phối hợp GLP1 hay ngược lại

Diabetes Care 2022;45(11):2753–2786. <https://doi.org/10.2337/doi22-0034>

Dapagliflozin được chỉ định để kiểm soát đường huyết cho bệnh nhân trên 18 tuổi mắc ĐTĐ típ 2 có eGFR > 45ml/p/1.73m². Tham khảo TTKT được cung cấp kèm theo tài liệu hội thảo

KDIGO 2022: SGLT-2i + Metformin/ĐTĐ típ 2 + bệnh thận mạn

Thay đổi lối
sống



Vận động



Quản lý cân nặng



Đánh giá
lại nguy
cơ mỗi 3-
6 tháng

Điều trị đầu tay

SGLT2i
(khởi trị khi eGFR > 20;
Tiếp tục đến khi chạy thận
hay ghép thận)

Metformin
(If eGFR ≥ 30)

Ức chế RAS liều tối ưu
(nếu có THA)

**Statin cường độ
cao / trung bình**

Thường xuyên đánh giá
đường huyết, albumin
niệu, huyết áp, nguy cơ
tim mạch và mỡ máu

Điều trị tùy thuộc
nguy cơ nền

GLP-1 nếu cần đạt mục
tiêu đường huyết

MRA nếu
ACR ≥ 30 mg/g
& kali máu bình thường

Chẹn canxi (DHP)
và/hoặc lợi tiểu
để đạt mục tiêu
huyết áp

KKTTC khi
có BTMXV

**Ezetimibe,
PCSK9i,
Icosapen ethyl**
dựa trên nguy cơ
tim mạch và lipid
máu

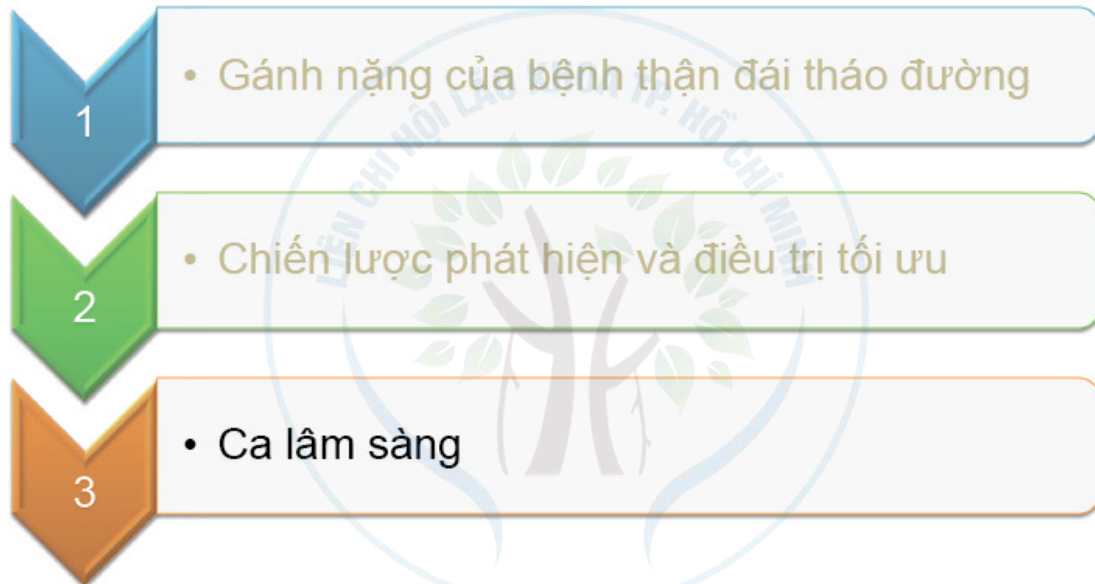
Thuốc đường huyết khác
để đạt mục tiêu
đường huyết

MRA nếu THA
kháng trị
với eGFR ≥ 45

■ ĐTĐ típ 2
■ BN ĐTĐ
típ 1 & 2

Dapagliflozin được chỉ định để kiểm soát đường huyết cho bệnh nhân trên 18 tuổi mắc ĐTĐ típ 2 có eGFR > 45ml/p/1.73m².
Tham khảo TTKT được cung cấp kèm theo tài liệu hội thảo

Diabetes Care 220027; <https://doi.org/10.2337/doi22-0027>



Ca lâm sàng

- Bệnh nhân nữ, 50 tuổi
- Đắc Lắc
- Buôn bán
- **ĐTĐ2 # 08 năm**: Glimepiride 4 mg, metformin 1g x 2, saxagliptin 5 mg
- Cha ruột ĐTĐ2
- Tăng huyết áp: Losartan 100 mg/ngày
- Tăng TG: Fenofibrate 160 mg/ngày
- **Lâm sàng**:
 - M 75 lần/phút, HA 110/70 mmHg
 - CN 66 kg, CC 1,50m, **BMI= 29,3**
 - Xu hướng tăng cân trong năm nay. Ăn uống không điều độ. Đi bộ 30 phút/ngày
- **Cận lâm sàng**:
 - ĐH: 135 mg/dL, **HbA1c 8,7%**
 - Creatinine máu 0,6 mg/dL, eGFR 112 mL/phút
 - AST 30 ALT 35 UI/L
 - TG 430, LDL 65 mg/dL
 - **A/C niệu: 114 - 160 mg/g**
 - ECG: Bình thường
 - Chụp đáy mắt: **Bệnh VM không tăng sinh**
- **Vấn đề**:
 - **Đái tháo đường tip 2 lâu năm, kiểm soát kém**
 - **Béo phì**
 - **Tăng huyết áp**
 - **Rối loạn lipid máu**
 - **Bệnh thận mạn (Đạm niệu)**
 - **Biến chứng vồng mạc**

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP.HỒ CHÍ MINH

Ca lâm sàng

	07/2020	11/2020	02/2021
Cân nặng	66	66	66
Đường huyết đói	135	197	167
HbA1c	8,7	9,1	9,9
Creatinin	0,6		
eGFR	112		
TPTNT	Glu (-), leu (-), ket (-)	Glu (+), leu (-)	Glu (+), leu (-), ket (-)
Điều trị	Chế độ ăn Glimepiride 4 mg Metformin 1g x 2 Linagliptin 5 mg	Từ chối insulin Glimepiride 6 mg Metformin 1g x 2 Linagliptin 5 mg	Xử trí?

Ca lâm sàng

	02/2021	04/2021	08/2021	12/2021
Cân nặng	66	64	63	62
Đường huyết đói	167	172	132	108
HbA1c	9,9			7,2
Creatinin		0,6		0,7
eGFR		115		109
TPTNT	Glu (+), leu (-), ket (-)	Glu (+++), leu (-), ket (-)		Glu (+++), leu (-), ket (-) A/C niệu 25 mg/g
Điều trị	Glimepiride 6 mg Metformin 1g x 2 Linagliptin 5 mg Dapagliflozin 10 mg	TC hạ ĐH (+) Glimepiride 2 mg Metformin 1g x 2 Linagliptin 5 mg Dapagliflozin 10 mg	TC hạ ĐH (-) Metformin 1g x 2 Linagliptin 5 mg Dapagliflozin 10 mg	TC hạ ĐH (-) Dapagliflozin/metformin XR 10/1000 mg Metformin XR 1g Linagliptin 5 mg

Nhận xét

- Trì hoãn sử dụng insulin + Giảm mạnh HbA1c
- Giảm cân 4 kg, giảm/ngưng SU
- Cải thiện đạm niệu
- Nhắc nhở: Chế độ ăn, vận động

Kết luận

Tầm soát định kỳ bệnh thận ĐTD bằng ACR và eGFR

Kiểm soát đa yếu tố nguy cơ và dùng thuốc bảo vệ cơ quan đích

SGLT-2i là nhóm thuốc ĐTD được khuyến cáo mạnh ở BN ĐTD típ 2 có bệnh thận mạn

**THE BEST WAY TO
PREDICT YOUR FUTURE
IS TO CREATE IT.**

- ABRAHAM LINCOLN