

QUẢN LÝ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRONG BỆNH THẬN MẠN TÍNH: TÓM TẮT NỘI DUNG CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN THỰC HÀNH LÂM SÀNG KDIGO 2022

Nhóm biên soạn:

Ds. Nguyễn Thị Phương Thảo

Ds. Dương Thị Thanh

Ds. Lê Thị Hải Lý

Mô tả: Hướng dẫn thực hành lâm sàng KDIGO 2022 về quản lý bệnh đái tháo đường ở bệnh thận mạn tính là bản cập nhật của Hướng dẫn năm 2020 Bệnh thận: Cải thiện kết quả toàn cầu (KDIGO).

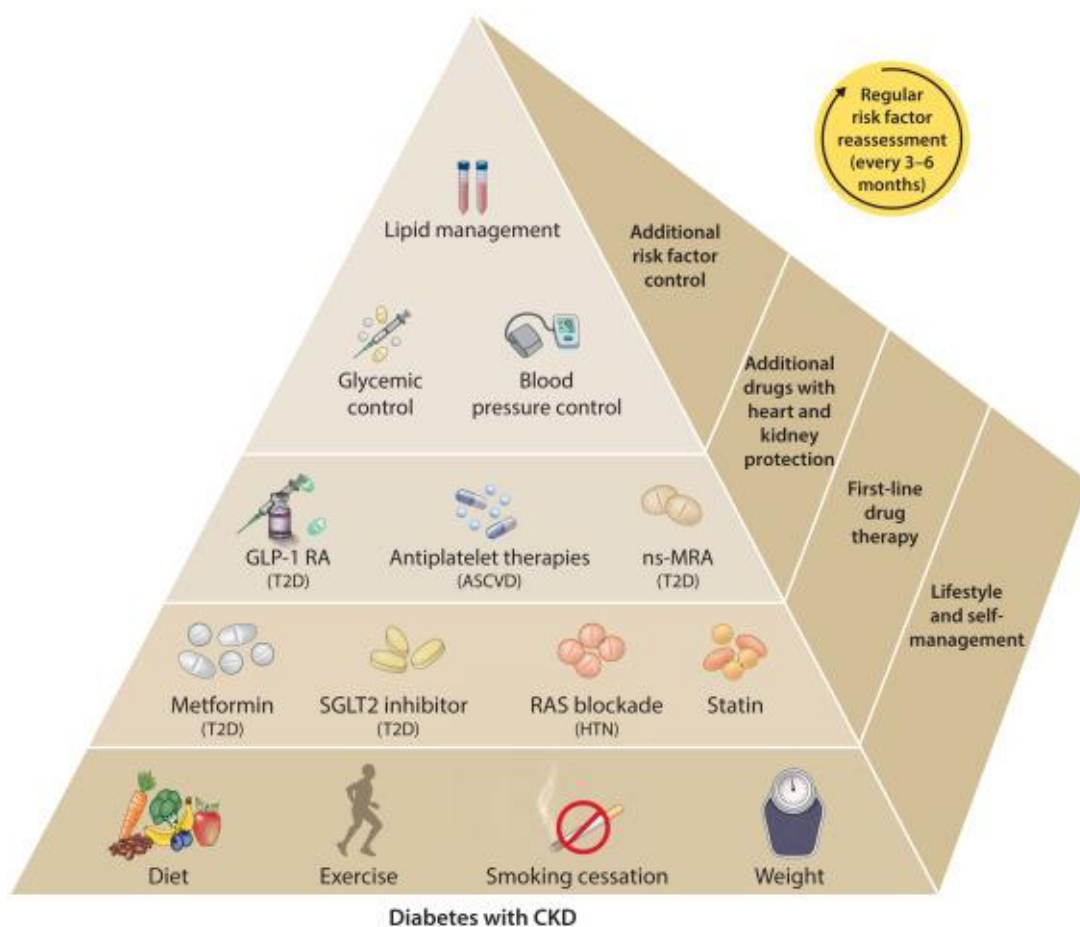
Phương pháp: Nhóm làm việc KDIGO đã cập nhật các hướng dẫn, bao gồm xem xét và phân loại bằng chứng mới đã được xác định và tóm tắt. Như trong hướng dẫn trước, nhóm đã sử dụng phương pháp GRADE (Phân loại Đánh giá, Phát triển và Đánh giá Khuyến cáo) để đánh giá bằng chứng và xếp hạng độ mạnh của các khuyến cáo và đánh giá của chuyên gia để phát triển các điểm thực hành đồng thuận. Các bằng chứng mới đã dẫn đến việc cập nhật khuyến cáo trong các chương Chăm sóc toàn diện ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn (CKD) (Chương 1) và Các liệu pháp hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 (T2D) và CKD (chương 4). Khuyến cáo trong chương Mục tiêu và theo dõi đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn (chương 2), Can thiệp lối sống ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn (chương 3) và Phương pháp tiếp cận quản lý bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn (chương 5) không thay đổi.

Khuyến cáo: Hướng dẫn cập nhật bao gồm 13 khuyến cáo và 52 điểm thực hành dành cho bác sĩ lâm sàng chăm sóc bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn. Nên tập trung vào việc bảo tồn chức năng thận và duy trì sức khỏe bằng cách sử dụng phương pháp chăm sóc theo từng cấp độ, bắt đầu bằng nền tảng của các can thiệp về lối sống, tự kiểm soát và điều trị bằng thuốc đầu tay (chẳng hạn như thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose-2) đã được chứng minh là cải thiện kết quả lâm sàng. Để làm được điều này, các loại thuốc bổ sung có tác dụng bảo vệ tim và thận được thêm vào phác đồ điều trị, chẳng hạn như chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon và chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid không steroid và các biện pháp can thiệp để kiểm soát

các yếu tố nguy cơ đối với sự tiến triển của CKD và các biến cố tim mạch, chẳng hạn như huyết áp, đường huyết và lipid máu.

Với sự xuất hiện của bằng chứng chất lượng cao mới, Hướng dẫn thực hành lâm sàng KDIGO 2022 cập nhật quản lý bệnh đái tháo đường trong bệnh thận mạn tính chỉ sau 2 năm kể từ hướng dẫn ban đầu năm 2020. Phạm vi tổng thể và tìm kiếm tài liệu có hệ thống cho bản cập nhật không thay đổi so với hướng dẫn ban đầu và giải quyết cả bệnh đái tháo đường týp 1 (T1D) và bệnh đái tháo đường týp 2 (T2D), tất cả các giai đoạn của bệnh thận mạn (CKD) và bệnh nhân cấy ghép thận hoặc chạy thận nhân tạo hoặc thẩm phân phúc mạc.

Các bằng chứng chất lượng cao về chăm sóc bệnh nhân, đặc biệt là từ các thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên đã được đánh giá. Điều này dẫn đến việc sửa đổi các khuyến cáo về chăm sóc toàn diện, sử dụng chất ức chế đồng vận chuyển natri-glucose-2 (SGLT2) và sử dụng chất chủ vận thụ thể peptid-1 giống glucagon (GLP-1 RAs), cũng như một phần mới về việc sử dụng chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRAs).

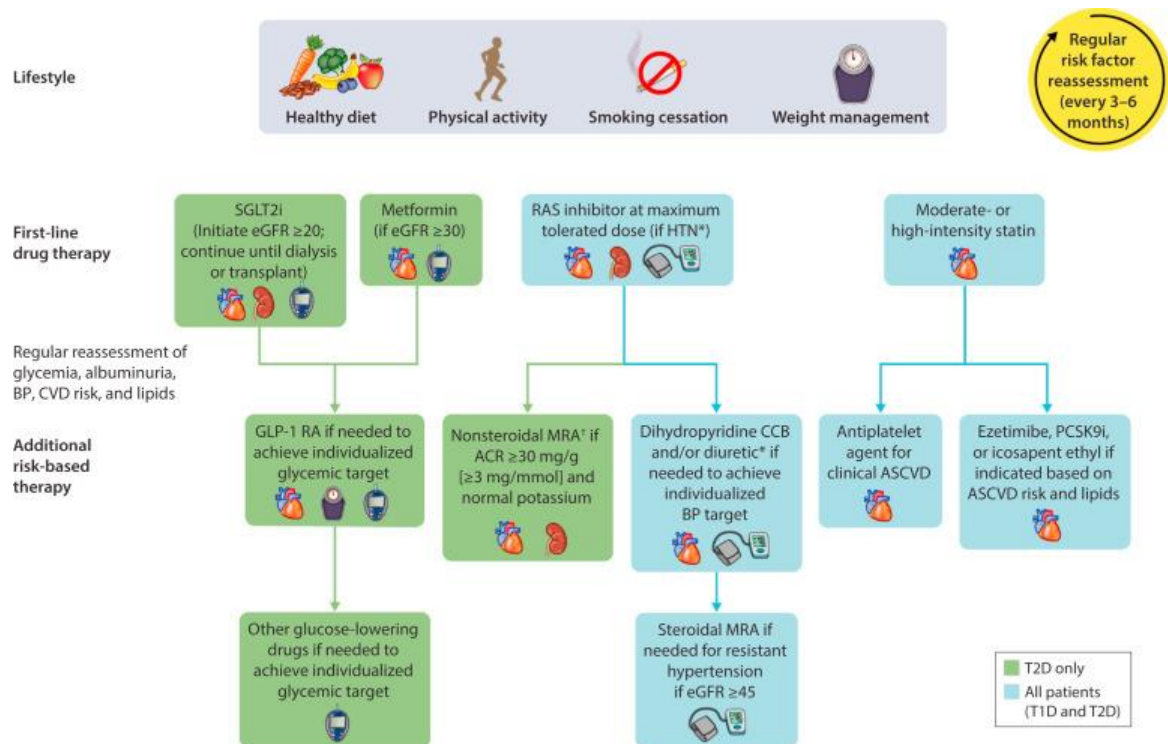


Hình 1: Quản lý các yếu tố nguy cơ thận – tim

Bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn tính nên được điều trị bằng phương pháp tiếp cận toàn diện để cải thiện tình trạng thận và tim mạch. Cách tiếp cận này nên bao gồm nền tảng là thay đổi lối sống và tự quản lý cho tất cả bệnh nhân, trên đó là các liệu pháp điều trị bằng thuốc đầu tay theo các đặc điểm lâm sàng (trong ngoặc đơn trên hình), các loại thuốc bổ sung có tác dụng bảo vệ thận và tim đã được chứng minh thông qua đánh giá các rủi ro còn lại và các biện pháp can thiệp bổ sung khi cần thiết để tiếp tục kiểm soát các yếu tố rủi ro. Kiểm soát đường huyết dựa trên insulin cho bệnh đái tháo đường týp 1 và sự kết hợp giữa metformin và chất ức chế SGLT2 cho T2D. Có thể dùng metformin khi mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) ≥ 30 mL/phút/1,73 m²; Điều trị bằng thuốc ức chế SGLT2 nên được bắt đầu khi eGFR ≥ 20 mL/phút/1,73 m² và tiếp tục nếu dung nạp được cho đến khi bắt đầu lọc máu hoặc cấy ghép. Ức chế RAS được khuyến cáo cho bệnh nhân có albumin niệu và tăng huyết áp. GLP-1 RAs là thuốc hạ đường huyết ưu tiên cho bệnh nhân T2D—đặc biệt nếu bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì, nếu thuốc ức chế SGLT2 có hoặc không có metformin không đủ đáp ứng mục tiêu đường huyết hoặc nếu bệnh nhân không thể sử dụng thuốc ức chế SGLT2 hoặc metformin. Có thể bổ sung ns-MRA vào liệu pháp điều trị đầu tay cho bệnh nhân mắc T2D và có nguy cơ tồn dư cao đối với tiến triển bệnh thận và các biến cố tim mạch, thể hiện bởi albumin niệu kéo dài (>30 mg/g creatinin). Aspirin nhìn chung nên được sử dụng suốt đời để phòng ngừa thứ phát ở những người mắc bệnh tim mạch và có thể được xem xét để phòng ngừa ban đầu ở những bệnh nhân có nguy cơ mắc ASCVD cao. ASCVD= bệnh tim mạch do xơ vữa; GLP-1 RA= chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon; ns-MRA= chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid không steroid; RAS = hệ renin–angiotensin; SGLT2= chất đồng vận chuyển natri–glucose-2; T2D = bệnh đái tháo đường týp 2.

CHĂM SÓC TOÀN DIỆN

Hướng dẫn cập nhật năm 2022 ủng hộ cách tiếp cận toàn diện, tổng thể đối với việc chăm sóc bệnh nhân, bao gồm kiểm soát nhiều yếu tố rủi ro và sự cộng tác giữa bệnh nhân mắc CKD, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và hệ thống y tế để thực hiện các khuyến cáo dựa trên bằng chứng đã chứng minh kết quả lâm sàng được cải thiện (Hình 1). Các can thiệp về lối sống là một điểm quan trọng của các khuyến cáo, và các khuyến cáo cập nhật hiện bao gồm các liệu pháp đã được chứng minh là cải thiện kết quả tim mạch và thận ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn. Cụ thể, thuốc ức chế SGLT2 là liệu pháp được lý đầu tay được ưu tiên cho bệnh nhân mắc T2D và CKD, bất kể đường huyết được kiểm soát như thế nào, với các liệu pháp hạ đường huyết khác được thêm vào thuốc ức chế SGLT2 để duy trì mục tiêu đường huyết cá nhân hóa (Hình 2).



Hình 2: Tiếp cận toàn diện để cải thiện kết quả ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn tính.

Các biểu tượng cho biết các lợi ích sau: Vòng bít = hạ huyết áp; máy đo đường huyết = hạ đường huyết; tim = bảo vệ trái tim; thận = bảo vệ thận; và cân = quản lý trọng lượng. ACR = tỷ lệ albumin-creatinin; ASCVD = bệnh tim mạch do xơ vữa; BP = huyết áp; HTN = tăng huyết áp; CCB = thuốc chẹn kênh canxi; CVD = bệnh tim mạch; eGFR = mức lọc cầu thận ước tính; GLP-1 RA = chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon; MRA = chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid; PCSK9i = chất ức chế proprotein convertase subtilisin/kexin loại 9; RAS = hệ renin-angiotensin; SGLT2i = chất ức chế đồng vận chuyển natri-glucose-2; T1D = bệnh đái tháo đường type 1; T2D = bệnh đái tháo đường type 2.

* Thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin II nên là liệu pháp đầu tay cho tăng huyết áp khi có albumin niệu; nếu không thì dihydropyridin chẹn kênh canxi hoặc lợi tiểu cũng có thể được xem xét. Cả 3 nhóm thường cần thiết để đạt được mục tiêu huyết áp.

† Finerenone hiện là MRA không steroid duy nhất có lợi ích về thận và tim mạch đã được chứng minh trên lâm sàng.

THUỐC ỨC CHẾ SGLT2

Hướng dẫn KDIGO 2020 khuyến cáo thuốc ức chế SGLT2 cho bệnh nhân mắc bệnh thận và ước tính tốc độ lọc cầu thận (eGFR) ít nhất là 30 mL/phút/1,73 m². Hướng dẫn cập nhật hiện khuyến cáo bắt đầu điều trị bằng thuốc ức chế SGLT2 ở những người có eGFR ít nhất là 20 mL/phút/ 1,73 m².

Kể từ khi hướng dẫn ban đầu được xuất bản, 7 thử nghiệm lớn kiểm tra tác dụng trên tim mạch và thận của các chất ức chế SGLT2 khác nhau đã báo cáo kết quả. Những kết quả này là căn cứ đảm bảo giảm ngưỡng eGFR đối với việc sử dụng chất ức chế SGLT2. Hơn nữa, với bằng chứng mạnh mẽ ở các quần thể bệnh nhân đa dạng mắc bệnh CKD, bao gồm cả những người không mắc bệnh đái tháo đường, chủ đề này đã được chuyển từ Chương 4 (Liệu pháp

hạ đường huyết ở bệnh nhân T2D và CKD) sang Chương 1 (Chăm sóc toàn diện ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn). Sự thay đổi này thừa nhận bằng chứng cho thấy lợi ích của thuốc ức chế SGLT2 không phụ thuộc vào kiểm soát đường huyết và khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế SGLT2 để bảo vệ cơ quan (tim và thận) ở bệnh nhân CKD.

Trong số 7 thử nghiệm mới, 4 thử nghiệm (2 bao gồm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm và 2 gồm những bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn) đã chứng minh lợi ích đối với các biến cố tim mạch và tiến triển bệnh thận như một tiêu chí phụ được xác định trước. Đối với bệnh nhân CKD, thử nghiệm DAPA CKD (Dapagliflozin và Phòng ngừa Kết quả Bất lợi trong Bệnh Thận Mạn tính) và SCORED (Tác dụng của Sotagliflozin đối với các Biến cố Tim mạch và Thận ở Bệnh nhân Đái tháo đường Típ 2 và Suy thận Trung bình Có Nguy cơ Tim mạch) gồm các bệnh nhân tham gia mắc CKD và eGFR thấp tới 25 mL/phút/1,73 m². Thử nghiệm DAPA-CKD bao gồm bệnh nhân có và không có đái tháo đường đã cho thấy lợi ích về thận và tim mạch đối với cả hai tập hợp con của quần thể bệnh nhân nghiên cứu. Ngoài ra, thử nghiệm EMPA- KIDNEY (Nghiên cứu Bảo vệ Tim và Thận Với Empagliflozin) đã bị dừng sớm vì hiệu quả rõ ràng; cụ thể, liệu pháp empagliflozin cho thấy nguy cơ tiến triển bệnh thận hoặc tử vong do nguyên nhân tim mạch thấp hơn so với giả dược ở nhóm bệnh nhân mắc CKD và eGFR thấp tới 20 mL/phút/ 1,73 m² có/không có bệnh bạch cầu niệu và có/không có đái tháo đường.

Các thử nghiệm mới hơn cho thấy lợi ích về tim mạch và thận trên tất cả ngưỡng phân loại eGFR, và các thử nghiệm tổng thể đã chứng minh những lợi ích tương tự trên các ngưỡng phân loại albumin niệu (bao gồm cả bài tiết albumin bình thường). EMPA-KIDNEY, cũng như các thử nghiệm suy tim EMPEROR-Reduced (Thử nghiệm kết quả Empagliflozin ở bệnh nhân suy tim mạn tính với phân suất tống máu giảm) và EMPEROR-preserved (Thử nghiệm kết quả Empagliflozin ở bệnh nhân suy tim mạn tính với phân suất tống máu được bảo tồn) bao gồm những người tham gia có eGFR thấp tới 20 mL/phút/1,73 m². Các chất ức chế SGLT2 có thể có hiệu quả hạ đường huyết ở những bệnh nhân có eGFR thấp hơn, và lợi ích về tim mạch và thận được báo cáo trong các thử nghiệm này lớn hơn so với mức giảm HbA1c, cho thấy lợi ích về thận và tim mạch không phải chủ yếu do tác dụng hạ đường huyết

của thuốc ức chế SGLT2. Do đó, hướng dẫn cập nhật khuyến cáo sử dụng thuốc ức chế SGLT2 cho tất cả bệnh nhân mắc T2D và CKD (albumin niệu hoặc eGFR thấp không có albumin niệu) với eGFR ít nhất 20 mL/phút/1,73 m².

GLP-1 RAs

Thuốc hàng hai được khuyến cáo để hạ đường huyết ở bệnh nhân T2D và CKD vẫn là GLP-1 RAs. Một thử nghiệm mới (AMPLITUDE-O) [Ảnh hưởng của Efpeglenatide đối với biến cố tim mạch] đã thêm bằng chứng cho lợi ích tim mạch của GLP-1 RAs và củng cố giả thuyết rằng GLP-1 RAs cũng cải thiện các kết quả về thận. Lợi ích tim mạch của GLP-1 RAs đã được báo cáo trên các mức eGFR là lý do chính để khuyến cáo nhóm thuốc này như một loại thuốc hạ đường huyết phù hợp cho bệnh nhân T2D và CKD không đạt được mục tiêu đường huyết mặc dù đã sử dụng thuốc ức chế SGLT2 và metformin (hoặc những bệnh nhân không thể dùng ức chế SGLT2 hoặc metformin). Bởi vì giảm cân cũng có thể quan trọng đối với một số bệnh nhân CKD, bao gồm những người muốn giảm cân trước khi ghép thận, một điểm thực hành mới làm nổi bật lợi ích tiềm năng giảm cân của GLP-1 RAs đã được thêm vào bản hướng dẫn cập nhật.

MRAs KHÔNG STEROID

Một phần mới về việc sử dụng MRAs đã được đề cập đến trong bản hướng dẫn cập nhật; MRAs làm giảm lượng dư protein niệu ở những bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế hệ renin-angiotensin. Một vài thử nghiệm lâm sàng nhỏ cho thấy tác dụng chống protein niệu của MRAs steroid mà không làm tăng kali máu; tuy nhiên lợi ích của MRA steroid đối với sự tiến triển của bệnh thận vẫn chưa được thiết lập.

Hai thử nghiệm lâm sàng lớn pha 3 (FIDELIO-DKD [Finerenone trong việc giảm suy thận và tiến triển bệnh ở bệnh thận do đái tháo đường] và FIGARO DKD [Finerenone trong việc giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật do tim mạch ở bệnh thận do đái tháo đường]) đã đánh giá lợi ích về thận và tim mạch của finerenone - một MRA không steroid mới (ns-MRA) ở những người bệnh T2D và CKD. Cả FIDELIO-DKD và FIGARO-DKD đều bao gồm những người tham gia mắc T2D đang dùng liều tối đa dung nạp được của thuốc ức chế RAS, có albumin niệu tồn dư (tỷ lệ albumin–creatinin ≥ 30 mg/g) và nồng độ kali máu dưới 4,8 mmol/L tại thời điểm nghiên cứu. eGFR trung bình của đối

tượng nghiên cứu là 57,6 mL/phút/1,73 m², và 2/3 đối tượng có tỷ lệ albumin-creatinin trên 300 mg/g. Trong thử nghiệm FIDELIO-DKD, finerenone làm giảm đáng kể tổ hợp biến cố chính về thận (suy thận, giảm eGFR $\geq 40\%$ kéo dài hoặc tử vong do nguyên nhân thận) xuống 18% (tỷ số nguy cơ [HR], 0,82 [95% CI, 0,73 - 0,93]) và tổ hợp biến cố phụ về tim mạch (tử vong do nguyên nhân tim mạch, nhồi máu cơ tim không tử vong, đột quỵ không tử vong hoặc nhập viện vì suy tim) là 14% (HR, 0,86 [CI, 0,75 - 0,99]). Trong thử nghiệm FIGARO-DKD, finerenone làm giảm 13% tổ hợp biến cố chính về tim mạch (HR, 0,87 [CI, 0,76 - 0,98]).

Trong các phân tích tổng hợp được xác định trước của 2 thử nghiệm (FIDELITY [Finerenone trong bệnh thận mạn tính và bệnh đái tháo đường type 2: Kết hợp phân tích chương trình thử nghiệm FIDELIO-DKD và FIGARO DKD]), nguy cơ tổ hợp biến cố tim mạch thấp hơn 14% ở những người được điều trị bằng finerenone so với giả dược (HR, 0,86 [CI, 0,78 - 0,95]). Finerenone cũng làm giảm nguy cơ đối với tổ hợp biến cố về thận (suy thận, giảm eGFR $\geq 57\%$ hoặc tử vong do nguyên nhân thận; HR, 0,77 [CI, 0,67 - 0,88]) và nguy cơ suy thận (bắt đầu lọc máu duy trì hoặc ghép thận; HR, 0,80 [CI, 0,64 - 0,99]). Một quan tâm chính về an toàn là tăng kali máu, phổ biến hơn với finerenone so với placebo (14% so với 6,9%). Tuy nhiên, nguy cơ tích lũy của việc ngừng điều trị thuốc nghiên cứu do tăng kali máu nhìn chung thấp—lần lượt là 1,7% và 0,6% ở những BN finerenone và nhóm dùng giả dược—không có trường hợp tử vong nào do tăng kali máu được báo cáo trong quần thể bệnh nhân có nồng độ kali máu bình thường khi bắt đầu nghiên cứu.

Trên cơ sở bằng chứng chất lượng cao từ các thử nghiệm FIGARO-DKD và FIDELIO-DKD, việc sử dụng ns-MRA với lợi ích về thận hoặc tim mạch đã được chứng minh hiện được khuyến cáo cho bệnh nhân mắc T2D, eGFR ít nhất 25 mL/phút/1,73 m², nồng độ kali máu bình thường và albumin niệu (tỷ lệ albumin-creatinin ≥ 30 mg/g) dù đã dùng liều dung nạp tối đa của thuốc ức chế RAS (Mức độ 2A; khuyến cáo mới trong bản cập nhật hướng dẫn năm 2022). Khuyến cáo ở mức 2—yếu hoặc “chúng tôi đề nghị” - vì những lý do sau: chỉ có 1 thuốc trong nhóm có sẵn dữ liệu về hiệu quả và độ an toàn (đặc biệt là tăng kali máu), thiếu đại diện bệnh nhân có albumin niệu trung bình, thiếu dữ liệu về tác dụng phụ của các chất ức chế SGLT2 và MRA, và thiếu dữ liệu trong thế giới thực về tính an toàn của ns-MRA.

Bảng Những thay đổi quan trọng trong Hướng dẫn KDIGO về Quản lý Bệnh đái tháo đường ở bệnh nhân bệnh thận mạn năm 2022

Thuốc ức chế SGLT2

Ngưỡng GFR cho việc sử dụng chất ức chế SGLT2 đã được hạ xuống ≥ 20 mL/phút/1,73 m². Điều này ảnh hưởng đến Khuyến cáo 1.3.1 và Điểm thực hành 1.3.6 trong hướng dẫn mới.

Khuyến cáo 1.3.1: Chúng tôi khuyến cáo điều trị bệnh nhân đái tháo đường type 2 (T2D), CKD và $eGFR \geq 20$ mL/phút/1,73 m² bằng SGLT2i (1A).

Điểm thực hành 1.3.6: Sau khi bắt đầu điều trị bằng SGLT2i, việc tiếp tục điều trị bằng SGLT2i là hợp lý ngay cả khi $eGFR$ giảm xuống dưới 20 mL/phút/1,73 m² trừ khi bệnh nhân không dung nạp hoặc bắt đầu điều trị thay thế thận.

Một điểm thực hành mới đã được thêm vào:

Điểm thực hành 1.3.1: Khuyến cáo sử dụng SGLT2i để bảo vệ thận và tim mạch và SGLT2i đã được chứng minh là an toàn và có lợi ở bệnh nhân CKD, ngay cả đối với những người không mắc bệnh T2D. Do đó, nếu bệnh nhân đã được điều trị bằng các thuốc hạ đường huyết khác, SGLT2i có thể được thêm vào chế độ điều trị hiện tại.

MRA không steroid

Một phần mới liên quan đến việc sử dụng MRA không steroid đã được thêm vào hướng dẫn. Phần này bao gồm các tuyên bố sau:

Khuyến cáo 1.4.1: Chúng tôi đề xuất một chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid không steroid với lợi ích thận hoặc tim mạch đã được chứng minh cho bệnh nhân mắc T2D, $eGFR \geq 25$ mL/phút/1,73 m², nồng độ kali máu bình thường và albumin niệu (≥ 30 mg/g [≥ 3 mg/mmol]) dù đã dùng liều tối đa dung nạp chất ức chế RAS (RASi) (2A).

Điểm thực hành 1.4.1: MRA không steroid là lựa chọn thích hợp nhất cho bệnh nhân mắc T2D có nguy cơ cao tiến triển CKD và các biến cố tim mạch, thể hiện qua albumin niệu dai dẳng dù đã áp dụng các liệu pháp chăm sóc tiêu chuẩn khác.

Điểm thực hành 1.4.2: MRA không steroid có thể được thêm vào một RASi và một SGLT2i để điều trị T2D và CKD.

Điểm thực hành 1.4.3: Để giảm thiểu nguy cơ tăng kali máu, lựa chọn bệnh nhân có nồng độ kali máu bình thường và theo dõi kali máu thường xuyên sau khi bắt đầu MRA không steroid.

Điểm thực hành 1.4.4: Việc lựa chọn MRA không steroid nên ưu tiên các thuốc có lợi cho thận hoặc tim mạch đã được chứng minh.

Điểm thực hành 1.4.5: Nên sử dụng MRA steroid để điều trị suy tim, cường aldosteron hoặc tăng huyết áp kháng trị, tuy nhiên thuốc có thể gây tăng kali máu hoặc giảm khả năng lọc cầu thận có hồi phục, đặc biệt ở những bệnh nhân có GFR thấp.

GLP-1 RA

Một điểm thực hành mới đã được thêm vào:

Điểm thực hành 4.2.5: GLP-1 RA có thể được ưu tiên sử dụng ở những bệnh nhân béo phì, T2D và CKD để thúc đẩy giảm cân có chủ đích.

* Các khuyến cáo và điểm thực hành được trích dẫn từ tài liệu tham khảo KDIGO 2022.

CKD = bệnh thận mạn tính; $eGFR$ = mức lọc cầu thận ước tính; GFR = mức lọc cầu thận; GLP-1 RA = chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon; KDIGO = Bệnh thận: Cải thiện kết quả toàn cầu; MRA = chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid; RASi = chất ức chế hệ renin-angiotensin; SGLT2 = chất đồng vận chuyển natri-glucose-2; SGLT2i = (các) chất ức chế SGLT2; T2D = bệnh đái tháo đường type 2.

THẢO LUẬN

Hướng dẫn cập nhật của KDIGO 2022 ủng hộ cách tiếp cận chăm sóc theo nhiều tầng, bắt đầu bằng nền tảng của các can thiệp lối sống và liệu pháp dược lý đầu tay đã được chứng minh là cải thiện kết quả lâm sàng. Về vấn đề này, các liệu pháp khác được thêm vào để giảm nguy cơ dẫn đến biến cố bất lợi và kiểm soát các yếu tố rủi ro đối với sự tiến triển của CKD và các biến cố tim mạch, chẳng hạn như huyết áp, đường huyết và lipid. Mặc dù các hướng dẫn khác đã gợi ý xem liệu pháp đa yếu tố là “trụ cột” của chăm sóc, phương pháp phân tầng KDIGO bao gồm ưu tiên bắt đầu từng phương pháp điều trị mới và sau đó đánh giá lại phản ứng và rủi ro còn lại để điều chỉnh thêm.

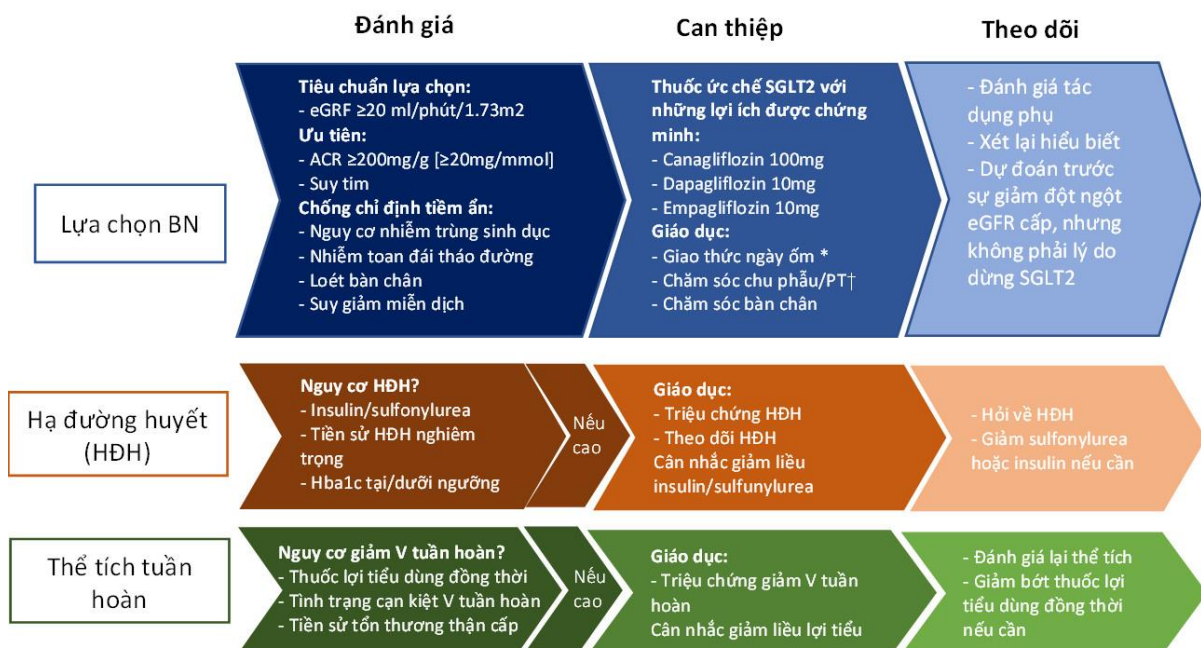
Để tối đa hóa khả năng dung nạp của các phương pháp điều trị kết hợp, hướng dẫn khuyến cáo sử dụng liên tiếp các loại thuốc giúp cải thiện huyết động học trong thận (chẳng hạn như thuốc ức chế RAS, thuốc ức chế SGLT2, MRA, thuốc lợi tiểu và các thuốc hạ huyết áp khác). Theo dõi liên tục rất quan trọng để đảm bảo rằng mỗi bệnh nhân sẽ nhận được phác đồ điều trị tối ưu.

Với các liệu pháp mới có thể làm giảm sự tiến triển của CKD và giảm bớt gánh nặng của bệnh tim mạch, bao gồm suy tim, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên tập trung vào việc bảo tồn chức năng thận và duy trì sức khỏe tốt hơn là thay thế chức năng thận. Tác dụng có lợi của thuốc ức chế SGLT2, ns-MRA và GLP-1 RA đối với CKD và bệnh tim mạch tạo cơ hội đạt được những mục tiêu này và cứu sống hàng triệu người, nhưng những liệu pháp này sẽ chỉ mang lại lợi ích cho bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường và CKD nếu được triển khai rộng rãi. Việc triển khai thành công nhất thiết phải có sự nỗ lực chung của tất cả các bên liên quan, bao gồm bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường và CKD cũng như hệ thống y tế, người chi trả, cơ quan quản lý và ngành khoa học đời sống. Điều đó cũng yêu cầu hành động phối hợp để phát hiện sớm CKD, biện pháp giáo dục của các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe trong các can thiệp đa ngành và trao quyền cho bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường và CKD để đảm bảo sự tham gia và tự chăm sóc. Đáng chú ý, việc triển khai sẽ yêu cầu các nỗ lực tiếp cận cộng đồng để giúp việc chăm sóc trở nên dễ tiếp cận và công bằng, với các chiến lược định hình ưu tiên và sở thích của bệnh nhân.

Chi phí của các liệu pháp mới rõ ràng là một rào cản đối với việc triển khai. Tuy nhiên, việc tránh hoặc trì hoãn liệu pháp thay thế thận tốn kém bằng cách sử dụng các thuốc này có thể mang lại hiệu quả về chi phí khi thực hiện các liệu pháp mới trong khi chờ thêm dữ liệu để hỗ trợ tiếp cận rộng rãi hơn. Tạo ra một trường hợp thuyết phục cho việc sử dụng các liệu pháp CKD như một phần của chiến lược hệ thống y tế về chăm sóc dựa trên giá trị, cùng với việc giảm chi phí cho các liệu pháp mới là điều cần thiết để chuyển các phân tích hiệu quả chi phí lý thuyết thành hiện thực. Hướng dẫn này gợi ý rằng các nhà hoạch định chính sách và những người ra quyết định của tổ chức thực hiện chăm sóc tích hợp, dựa trên nhóm tập trung vào đánh giá rủi ro và trao quyền cho bệnh nhân để cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường và CKD.

Nhiều hiệp hội chuyên gia đưa ra các khuyến cáo về chăm sóc bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường, CKD hoặc cả hai và sự tồn tại của nhiều hướng dẫn có thể tạo ra sự không nhất quán. Để giải quyết mối lo ngại này, đồng thời với việc đưa ra hướng dẫn năm 2022, KDIGO đã hợp tác với Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ để đưa ra một báo cáo đồng thuận về chẩn đoán và quản lý bệnh đái tháo đường và CKD. Báo cáo này cung cấp các khuyến cáo phù hợp, dựa trên bằng chứng từ 2 hiệp hội này và nhấn mạnh các biện pháp can thiệp có mức độ ưu tiên cao. Ngoài ra, báo cáo đồng thuận đề cập đến các khía cạnh của phòng ngừa, sàng lọc và chẩn đoán CKD, đây là những chủ đề lâm sàng quan trọng không được đề cập rõ ràng trong hướng dẫn KDIGO. Việc triển khai những liệu pháp điều trị dựa trên bằng chứng hiện tại rất cấp thiết để cải thiện tình trạng của những bệnh nhân sống chung với đái tháo đường và bệnh thận mạn.

Phụ lục Hình. Tiếp cận thực hành bắt đầu kê đơn thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và bệnh thận mạn



ACR = tỷ lệ albumin-creatinin; AKI = tổn thương thận cấp tính; CKD = bệnh thận mạn tính; eGFR = mức lọc cầu thận ước tính; HbA1c = hemoglobin glycat hóa; SGLT2 = chất đồng vận chuyển natri-glucose-2.

* Giao thức ngày ốm (sick day protocol) (đối với bệnh tật hoặc tập thể dục quá mức hoặc uống rượu): Tạm thời ngừng sử dụng thuốc ức chế SGLT2; tiếp tục uống và ăn (nếu có thể); kiểm tra lượng đường trong máu và lượng ketone trong máu thường xuyên hơn; và tìm kiếm sự trợ giúp y tế sớm, đặc biệt nếu bệnh nhân buồn nôn và nôn.

† Chăm sóc chu phẫu/thủ thuật: Thông báo cho bệnh nhân về nguy cơ nhiễm toan ceton do đái tháo đường, đặc biệt ở những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài trong các đợt bệnh cấp tính do thiếu insulin tương đối và tăng hormone gây căng thẳng; không dùng thuốc ức chế SGLT2 vào ngày làm thủ thuật trong ngày và hạn chế nhịn ăn ở mức tối thiểu cần thiết; dùng thuốc ức chế SGLT2 trước ít nhất 2 ngày và vào ngày thực hiện thủ thuật cần ≥ 1 ngày trong bệnh viện và/hoặc chuẩn bị đại tiện (có thể yêu cầu tăng liều các loại thuốc hạ đường huyết khác trong thời gian đó); đo cả lượng đường trong máu và nồng độ ceton trong máu khi nhập viện (tiền hành thủ thuật nếu bệnh nhân có lâm sàng tốt và nồng độ ceton là $\leq 1,0$ mmol/L); và dùng lại thuốc ức chế SGLT2 sau thủ thuật chỉ khi bệnh nhân ăn uống bình thường.

Bảng phụ lục. Các khuyến cáo và điểm thực hành được chọn từ Hướng dẫn thực hành lâm sàng KDIGO 2022 để quản lý bệnh đái tháo đường ở bệnh thận mạn tính*

Chương 1. Chăm sóc toàn diện bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn

1.1. Quản lý toàn diện bệnh đái tháo đường và bệnh thận mạn

Điểm thực hành 1.1.1: Bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn tính (CKD) nên được điều trị bằng một chiến lược toàn diện để giảm nguy cơ tiến triển bệnh thận và bệnh tim mạch.

1.2. Ức chế hệ thống renin-angiotensin (RAS)

Khuyến cáo 1.2.1: Chúng tôi khuyến cáo bắt đầu điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển (ACEi) hoặc thuốc ức chế thụ thể angiotensin II (ARB) ở những bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp và albumin niệu, và những thuốc này được điều chỉnh đến liều cao nhất được phê duyệt có thể dung nạp được (1B).

Điểm thực hành 1.2.1: Đối với bệnh nhân đái tháo đường, albumin niệu và huyết áp bình thường, có thể xem xét điều trị bằng ACEi hoặc ARB.

Điểm thực hành 1.2.2: Theo dõi những thay đổi về huyết áp, creatinin máu và kali máu trong vòng 2–4 tuần kể từ khi bắt đầu hoặc tăng liều của một ACEi hoặc ARB.

Điểm thực hành 1.2.3: Tiếp tục điều trị bằng ACEi hoặc ARB trừ khi creatinin máu tăng hơn 30% trong vòng 4 tuần sau khi bắt đầu điều trị hoặc tăng liều.

Điểm thực hành 1.2.4: Tư vấn các biện pháp tránh thai ở những phụ nữ đang điều trị bằng ACEi hoặc ARB và ngừng các thuốc này ở những phụ nữ đang cân nhắc mang thai hoặc những người có thai.

Điểm thực hành 1.2.5: Tăng kali máu liên quan đến việc sử dụng ACEi hoặc ARB thường có thể được kiểm soát bằng các biện pháp làm giảm nồng độ kali máu thay vì giảm liều hoặc ngừng ACEi hoặc ARB ngay lập tức.

Điểm thực hành 1.2.6: Giảm liều hoặc ngừng điều trị bằng ACEi hoặc ARB khi có hạ huyết áp có triệu chứng hoặc tăng kali máu không kiểm soát được dù đã điều trị y tế được nêu trong Điểm thực hành 1.2.5 hoặc để giảm các triệu chứng tăng urê huyết trong khi điều trị suy thận (tốc độ lọc cầu thận ước tính [eGFR]<15 ml/phút/ 1,73 m²).

Điểm thực hành 1.2.7: Mỗi lần chỉ sử dụng một thuốc ức chế RAS. Sự kết hợp của ACEi với ARB hoặc sự kết hợp của ACEi hoặc ARB với một chất ức chế renin trực tiếp có khả năng gây hại.

1.3. Thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose-2 (SGLT2i)

Khuyến cáo 1.3.1: Chúng tôi khuyến cáo điều trị bệnh nhân đái tháo đường típ 2 (T2D), CKD và eGFR ≥20 ml/phút/1,73 m² bằng SGLT2i (1A).

Điểm thực hành 1.3.1: Khuyến cáo SGLT2i để bảo vệ thận và tim mạch và SGLT2i đã được chứng minh là an toàn và phù hợp với bệnh nhân CKD, ngay cả đối với những người không mắc bệnh T2D. Do đó, nếu bệnh nhân đã được điều trị bằng các thuốc hạ đường huyết khác, SGLT2i có thể được thêm vào chế độ điều trị hiện tại.

Điểm thực hành 1.3.2: Việc lựa chọn SGLT2i nên ưu tiên các thuốc có lợi cho thận hoặc tim mạch đã được chứng minh và có tính đến eGFR.

Điểm thực hành 1.3.3: Dùng SGLT2i trong thời gian nhịn ăn kéo dài, phẫu thuật hoặc bệnh nặng (khi bệnh nhân có thể có nguy cơ nhiễm toan ceton cao hơn) là hợp lý.

Điểm thực hành 1.3.4: Nếu bệnh nhân có nguy cơ bị giảm thể tích tuần hoàn, cân nhắc giảm liều lượng thiazide hoặc thuốc lợi tiểu quai trước khi bắt đầu điều trị SGLT2i, tư vấn cho bệnh nhân về các triệu chứng giảm thể tích tuần hoàn và huyết áp thấp, đồng thời theo dõi tình trạng thể tích tuần hoàn sau khi bắt đầu dùng thuốc.

Điểm thực hành 1.3.5: Có thể xảy ra tình trạng giảm eGFR có hồi phục khi bắt đầu điều trị SGLT2i và thường không phải là dấu hiệu để ngừng điều trị.

Điểm thực hành 1.3.6: Sau khi bắt đầu sử dụng SGLT2i, việc tiếp tục sử dụng SGLT2i là hợp lý ngay cả khi eGFR giảm xuống dưới 20 ml/phút/1,73 m², trừ khi không dung nạp hoặc bắt đầu điều trị thay thế thận

Điểm thực hành 1.3.7: SGLT2i chưa được nghiên cứu đầy đủ ở những người được ghép thận, những người có thể được hưởng lợi từ việc điều trị bằng SGLT2i, nhưng bị ức chế miễn dịch và có khả năng tăng nguy cơ nhiễm trùng; do đó, khuyến cáo sử dụng SGLT2i không áp dụng cho người được ghép thận (xem Khuyến cáo 1.3.1).

1.4. Chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA)

Khuyến cáo 1.4.1: Chúng tôi đề xuất một chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid không steroid với lợi ích thận hoặc tim mạch đã được chứng minh cho bệnh nhân bị T2D, eGFR ≥25 ml/phút/1,73 m², nồng độ kali máu bình thường, và albumin niệu (≥30mg/g [≥3 mg/mmol]) mặc dù đã dùng liều tối đa dung nạp thuốc ức chế RAS (RASi) (2A).

Điểm thực hành 1.4.1: MRA không steroid phù hợp nhất cho bệnh nhân T2D có nguy cơ cao tiến triển CKD và các biến cố tim mạch, như albumin niệu dai dẳng mặc dù có các liệu pháp chăm sóc tiêu chuẩn khác.

Điểm thực hành 1.4.2: Có thể thêm MRA không steroid vào RASi và SGLT2i để điều trị T2D và CKD.

Điểm thực hành 1.4.3: Để giảm thiểu nguy cơ tăng kali máu, lựa chọn bệnh nhân có nồng độ kali máu bình thường và theo dõi kali máu thường xuyên sau khi bắt đầu MRA không steroid.

Điểm thực hành 1.4.4: Việc lựa chọn MRA không steroid nên ưu tiên các thuốc có lợi cho thận hoặc tim mạch đã được chứng minh.

Điểm thực hành 1.4.5: MRA steroid nên được sử dụng để điều trị suy tim, cường aldosteron hoặc tăng huyết áp kháng trị, nhưng có thể gây tăng kali máu hoặc giảm khả năng lọc cầu thận có hồi phục, đặc biệt ở những bệnh nhân có GFR thấp.

1.5. Cai thuốc lá

Khuyến cáo 1.5.1: Chúng tôi khuyến bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường và CKD sử dụng thuốc lá nên bỏ các sản phẩm thuốc lá (1D).

Điểm thực hành 1.5.1: Các bác sĩ nên tư vấn cho bệnh nhân đái tháo đường và CKD để giảm tiếp xúc với khói thuốc thụ động.

Chương 2. Theo dõi và mục tiêu đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn

2.1. Theo dõi đường huyết

Khuyến cáo 2.1.1: Chúng tôi khuyến cáo sử dụng hemoglobin A1c (HbA1c) để theo dõi kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn (1C).

Điểm thực hành 2.1.1: Theo dõi kiểm soát đường huyết lâu dài bằng HbA1c 2 lần/năm là hợp lý cho bệnh nhân đái tháo đường. HbA1c có thể được đo thường xuyên 4 lần mỗi năm nếu không đạt được mục tiêu đường huyết hoặc sau khi thay đổi liệu pháp hạ đường huyết.

Điểm thực hành 2.1.2: Độ chuẩn xác và độ chính xác của phép đo HbA1c giảm ở bệnh nhân CKD tiến triển

(G4–G5), đặc biệt ở những bệnh nhân được điều trị bằng lọc máu, trong đó các phép đo HbA1c có độ tin cậy thấp.

Điểm thực hành 2.1.3: Có thể sử dụng một chỉ số quản lý glucose (GMI) lấy từ dữ liệu theo dõi glucose liên tục (CGM) để lập chỉ số đường huyết cho những người có HbA1c không phù hợp với mức đường huyết đo được trực tiếp hoặc các triệu chứng lâm sàng.

Điểm thực hành 2.1.4: Theo dõi đường huyết hàng ngày bằng CGM hoặc tự theo dõi đường huyết (SMBG) có thể giúp ngăn ngừa hạ đường huyết và cải thiện kiểm soát đường huyết khi sử dụng các thuốc điều trị đái tháo đường có nguy cơ hạ đường huyết.

Điểm thực hành 2.1.5: Đối với bệnh nhân T2D và CKD chọn không theo dõi đường huyết hàng ngày bằng CGM hoặc SMBG, các thuốc điều trị đái tháo đường có nguy cơ hạ đường huyết thấp hơn được ưu tiên hơn và nên được dùng với liều lượng phù hợp với mức độ eGFR.

Điểm thực hành 2.1.6: Các thiết bị CGM đang phát triển nhanh chóng với nhiều chức năng (ví dụ: CGM được quét gián đoạn và thời gian thực). Các thiết bị CGM mới hơn có thể cung cấp tiện ích cho một số bệnh nhân, tùy thuộc vào giá trị, mục tiêu và sở thích của họ.

2.2. Mục tiêu đường huyết

Khuyến cáo 2.2.1: Chúng tôi đề xuất mục tiêu HbA1c cho từng cá nhân trong khoảng từ <6,5% đến <8,0% ở bệnh nhân đái tháo đường và CKD không được điều trị bằng lọc máu (1C).

Điểm Thực hành 2.2.1: Việc đạt được các mục tiêu HbA1c thấp hơn một cách an toàn (ví dụ: <6,5% hoặc <7,0%) có thể được hỗ trợ bởi CGM hoặc SMBG và bằng cách lựa chọn thuốc điều trị đái tháo đường không gây hạ đường huyết.

Điểm thực hành 2.2.2: Các chỉ số CGM, chẳng hạn như thời gian đường huyết trong mục tiêu và thời gian hạ đường huyết, có thể được coi là phương pháp thay thế cho HbA1c để xác định đường huyết mục tiêu ở một số bệnh nhân.

Chương 3. Can thiệp lối sống ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn

3.1. Dinh dưỡng

Điểm thực hành 3.1.1: Bệnh nhân đái tháo đường và CKD nên áp dụng chế độ ăn nhiều rau, trái cây, ngũ cốc nguyên hạt, chất xơ, các loại đậu, protein từ thực vật, chất béo không bão hòa và các loại hạt; ăn ít thịt chế biến, carbohydrate tinh chế và đồ uống có đường.

Khuyến cáo 3.1.1: Chúng tôi đề nghị duy trì lượng protein tiêu thụ là 0,8 g protein/kg (cân nặng)/ngày cho những người mắc bệnh đái tháo đường và CKD không được điều trị bằng lọc máu (2C).

Điểm thực hành 3.1.2: Bệnh nhân được điều trị bằng thẩm phân máu, đặc biệt là thẩm phân phúc mạc, nên tiêu thụ từ 1,0 đến 1,2 g protein/kg (cân nặng)/ngày.

Khuyến cáo 3.1.2: Chúng tôi đề xuất rằng lượng natri đưa vào là <2 g natri mỗi ngày (hoặc <90 mmol natri mỗi ngày hoặc <5 g natri clorua mỗi ngày) ở bệnh nhân đái tháo đường và CKD (2C).

Điểm thực hành 3.1.3: Người bệnh tham gia quyết định (shared decision-making) nên là nền tảng của quản lý dinh dưỡng lấy bệnh nhân làm trung tâm ở bệnh nhân đái tháo đường và CKD.

Điểm thực hành 3.1.4: Các nhà cung cấp dinh dưỡng được công nhận, chuyên gia dinh dưỡng và nhà giáo dục bệnh đái tháo đường đã đăng ký, nhân viên y tế cộng đồng, tư vấn đồng cảnh, hoặc những người khác nhân viên y tế nên tham gia vào việc chăm sóc dinh dưỡng đa ngành cho bệnh nhân đái tháo đường và CKD.

Điểm thực hành 3.1.5: Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên xem xét sự khác biệt về văn hóa, khả năng dung nạp thực phẩm, sự khác biệt về nguồn thực phẩm, kỹ năng nấu nướng, bệnh đi kèm và chi phí khi đề xuất các lựa chọn chế độ ăn uống cho bệnh nhân và gia đình họ.

3.2. Hoạt động thể chất

Khuyến cáo 3.2.1: Chúng tôi khuyên bệnh nhân đái tháo đường và CKD nên thực hiện hoạt động thể chất cường độ vừa phải để tích lũy thời lượng ít nhất 150 phút mỗi tuần hoặc đến mức tương thích với khả năng chịu đựng về tim mạch và thể chất của họ (1D).

Điểm thực hành 3.2.1: Các khuyến cáo về hoạt động thể chất nên xem xét đến tuổi tác, dân tộc, các bệnh mắc kèm khác và khả năng tiếp cận nguồn lực.

Điểm thực hành 3.2.2: Bệnh nhân nên được khuyến khích tránh lối sống ít vận động.

Điểm thực hành 3.2.3: Đối với những bệnh nhân có nguy cơ bị ngã cao hơn, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe nên đưa ra lời khuyên về cường độ hoạt động thể chất (thấp, trung bình hoặc mạnh) và loại bài tập (aerobic so với bài tập kháng lực hoặc cả hai).

Điểm thực hành 3.2.4: Bác sĩ nên cân nhắc tư vấn/khuyến khích bệnh nhân béo phì, đái tháo đường và bệnh thận mạn giảm cân, đặc biệt là bệnh nhân có eGFR ≥ 30 ml/phút/1,73 m².

Chương 4. Thuốc điều trị đái tháo đường ở bệnh nhân T2D và CKD

Điểm thực hành 4.1: Quản lý đường huyết cho bệnh nhân mắc T2D và CKD nên bao gồm liệu pháp thay đổi lối sống, điều trị đầu tay bằng cả metformin và chất ức chế đồng vận chuyển natri- glucose-2 (SGLT2i) và điều trị bằng thuốc bổ sung khi cần thiết để kiểm soát đường huyết.

Điểm thực hành 4.2: Hầu hết bệnh nhân mắc T2D, CKD và eGFR ≥ 30 ml/phút/1,73 m² sẽ có lợi khi điều trị bằng cả metformin và SGLT2i.

Điểm thực hành 4.3: Sở thích của bệnh nhân, bệnh mắc kèm, eGFR và chi phí nên được cân nhắc để lựa chọn thuốc bổ sung giúp kiểm soát đường huyết khi cần, chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon (GLP-1 RA) thường được ưu tiên hơn.

4.1. Metformin

Khuyến cáo 4.1.1: Chúng tôi khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân T2D, CKD và eGFR ≥ 30 ml/phút/1,73 m² bằng metformin (1B).

Điểm thực hành 4.1.1: Điều trị bệnh nhân ghép thận mắc T2D và eGFR ≥ 30 ml/phút/1,73 m² bằng metformin theo khuyến cáo cho bệnh nhân T2D và CKD.

Điểm thực hành 4.1.2: Theo dõi eGFR ở bệnh nhân điều trị bằng metformin. Tăng tần suất theo dõi khi eGFR < 60 ml/phút/1,73 m²

Điểm thực hành 4.1.3: Điều chỉnh liều metformin khi eGFR < 45 ml/phút/1,73 m² và đối với một số bệnh nhân là khi eGFR từ 45-49 ml/phút/1,73 m²

Điểm thực hành 4.1.4: Theo dõi sự thiếu hụt vitamin B12 ở những bệnh nhân điều trị với metformin trên 4 năm.

4.2. Chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon (GLP-1 RA)

Khuyến cáo 4.2.1: Ở những bệnh nhân T2D và CKD không đạt được mục tiêu đường huyết cá nhân mặc dù đã điều trị bằng metformin và SGLT2i, hoặc những người không thể sử dụng các loại thuốc đó, chúng tôi khuyến dùng GLP-1 RA (1B) tác dụng kéo dài.

Điểm thực hành 4.2.1: Việc lựa chọn GLP-1 RA nên ưu tiên các thuốc có lợi ích tim mạch được ghi nhận.

Điểm thực hành 4.2.2: Để giảm thiểu tác dụng phụ trên đường tiêu hóa, bắt đầu GLP-1 RA với liều thấp và tăng dần liều lượng.

Điểm thực hành 4.2.3: Không nên sử dụng GLP-1 RA kết hợp với chất ức chế dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4).

Điểm thực hành 4.2.4: Nguy cơ hạ đường huyết nhìn chung thấp với GLP-1 RA khi sử dụng đơn độc, nhưng nguy cơ tăng lên khi sử dụng đồng thời GLP-1 RA với các loại thuốc khác như sulfonylurea hoặc insulin. Có thể cần giảm liều sulfonylurea và/hoặc insulin.

Điểm thực hành 4.2.5: GLP-1 RA có thể được ưu tiên sử dụng ở những bệnh nhân béo phì, T2D và CKD để thúc đẩy giảm cân có chủ đích.

Chương 5. Các tiếp cận quản lý bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn

5.1. Chương trình giáo dục tự quản lý

Khuyến cáo 5.1.1: Chúng tôi khuyến cáo nên thực hiện một chương trình giáo dục tự quản lý có cấu trúc để chăm sóc những người mắc bệnh đái tháo đường và CKD (1C).

Điểm thực hành 5.1.1: Các hệ thống chăm sóc sức khỏe nên xem xét triển khai chương trình tự quản lý có cấu trúc cho bệnh nhân đái tháo đường và CKD, có tính đến bối cảnh địa phương, văn hóa và sự sẵn có của các nguồn lực.

5.2. Chăm sóc tích hợp dựa trên nhóm

Khuyến cáo 5.2.1: Chúng tôi đề nghị các nhà hoạch định chính sách và những người ra quyết định của tổ chức thực hiện chăm sóc tích hợp tập trung vào đánh giá rủi ro và trao quyền cho bệnh nhân để cung cấp dịch vụ chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường và CKD (2B).

Điểm thực hành 5.2.1: Chăm sóc tích hợp dựa trên nhóm, được hỗ trợ bởi những người ra quyết định, nên được thực hiện bởi các bác sĩ và nhân viên khác (ví dụ: y tá và chuyên gia dinh dưỡng được đào tạo, được s, trợ lý chăm sóc sức khỏe, nhân viên cộng đồng và những người tư vấn đồng cảnh) tốt nhất là những người có kiến thức về CKD.

* Các khuyến cáo và điểm thực hành được trích dẫn từ Hướng dẫn 2022 của KDIGO.

ACEi = thuốc ức chế men chuyển; ARB = thuốc chẹn thụ thể angiotensin II; CGM = theo dõi glucose liên tục; CKD = bệnh thận mạn tính; DPP-4 = dipeptidyl peptidase-4; eGFR = mức lọc cầu thận ước tính; GFR = mức lọc cầu thận; G = lớp; GLP-1 RA = chất chủ vận thụ thể peptide-1 giống glucagon; GMI = chỉ số quản lý glucose; HbA1c = hemoglobin A1c; KDIGO = Bệnh thận: Cải thiện kết quả toàn cầu; MRA = chất đối kháng thụ thể mineralocorticoid; RAS = hệ renin- angiotensin; RASi = chất ức chế RAS; SGLT2i = (các) chất ức chế đồng vận chuyển natri-glucose-2; SMBG = tự theo dõi lượng đường trong máu; T2D = bệnh đái tháo đường type 2.

