

ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

ThS. BS. Huỳnh Ngọc Phương Thảo
Trưởng Khoa Nội Thận - Thận nhân tạo

I. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN

Bệnh nhân Đái tháo đường (ĐTĐ) có bệnh thận mạn, được chẩn đoán là Bệnh thận do Đái tháo đường dựa vào:

1. Tiểu Albumin đại lượng hoặc vi lượng kèm bệnh võng mạc do ĐTĐ.
2. Tiểu Albumin vi lượng ở Bệnh nhân ĐTĐ tít 1 chẩn đoán trên 10 năm.
3. Chẩn đoán bằng cách loại trừ các bệnh thận hoặc đường niệu khác trên bệnh nhân ĐTĐ.

Thời điểm bắt đầu tầm soát:

- 5 năm sau khi chẩn đoán ĐTĐ tít 1
- Ngay sau chẩn đoán ĐTĐ tít 2

Bệnh nhân ĐTĐ nên được tầm soát Bệnh thận do ĐTĐ hàng năm.

Các Xét nghiệm cơ bản cần thực hiện để tầm soát Bệnh thận do Đái tháo đường:

- Đo tỉ lệ albumin/creatinine (ACR) nước tiểu một thời điểm
- Đo Creatinine huyết thanh và tính Độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR)

II. TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN

❶ Cần sinh thiết thận để chẩn đoán nguyên nhân bệnh thận mạn, phân biệt bệnh thận không do ĐTĐ và do ĐTĐ. Chỉ định sinh thiết thận bao gồm:

- Diễn tiến không phù hợp Bệnh thận ĐTĐ
- Protein niệu tăng nhanh hoặc ở ngưỡng thận hư
- Không có tổn thương võng mạc do ĐTĐ
- Tiểu máu không giải thích được
- Cặn lắng nước tiểu hoạt động
- Độ lọc cầu thận giảm nhanh hoặc suy thận cấp
- Có biểu hiện bệnh thận thứ phát hoặc hệ thống khác

❷ Bệnh nhân phù nhiều, khó thở, cản trở sinh hoạt, cần điều trị lợi tiểu truyền tĩnh mạch hoặc chạy thận nhân tạo hỗ trợ.

❸ Bệnh nhân có biến chứng: nhiễm trùng, suy tim nặng, suy thận cấp, thiếu máu nặng, nhiễm ceton acid, tăng áp lực thẩm thấu, Hôn mê do hạ đường huyết, Đường huyết khó kiểm soát...

❹ Bệnh nhân cần chuẩn bị điều trị thay thế thận: mổ cầu nối Động tĩnh mạch, đặt catheter Tenckhoff.

III. XÉT NGHIỆM THƯỜNG QUY KHI NHẬP VIỆN

- Đường huyết, HbA1c, BUN, Creatinine máu, Ion đồ máu, Albumin máu, Tổng phân tích nước tiểu, Tỉ lệ Albumin/creatinine nước tiểu hoặc Đạm niệu 24 giờ, ASAT, ALAT, GGT, Bilirubin máu, công thức máu, TQ, TCK, Siêu âm bụng đo kích thước thận, ECG, XQ phổi.
- Cận lẳng nước tiểu nếu TPTNT có hồng cầu hoặc bạch cầu
- Chụp hình vồng mạc để tìm bệnh vồng mạc do ĐTĐ
- HBsAg, Anti HCV, Anti HIV

IV. PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ

1. Can thiệp đa yếu tố trong điều trị Bệnh thận ĐTĐ:
 - Chế độ ăn Bệnh thận mạn do Đái tháo đường
 - Vận động thể lực (30 phút/ngày, 5 ngày trong tuần)
 - Thuốc hạ đường huyết
 - Thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể Angiotensin 2
 - Statin hạ lipid máu
 - Aspirin
 - Kiểm soát huyết áp
 - Bỏ hút thuốc lá
2. Chế độ dinh dưỡng trên bệnh nhân DKD
 - Tổng năng lượng 30-40Kcal/Kg/ngày
 - Carbohydrate 50-60%
 - Giảm đạm 0,6-0,8g/kg/ngày
 - Lipid <30%, mỡ bão hòa <10%
 - Na<2,3g/ngày, K 2-4 mmol/ngày
 - Phosphor 0,8-1g/ngày với Bệnh thận mạn giai đoạn 3-4
3. Vận động thể lực: 30 phút/ngày, 5 ngày trong tuần.
4. Thuốc hạ đường huyết
 - Mục tiêu HbA1c # 7% để ngăn ngừa biến chứng và làm chậm tiến triển biến chứng mạch máu nhỏ ở Bệnh nhân Đái tháo đường. Không Được để HbA1c<7% ở Bệnh nhân có nguy cơ hạ đường huyết. Có thể cho phép HbA1c >7% ở bệnh nhân có nhiều bệnh lý phối hợp, ước lượng đời sống ngắn, nguy cơ hạ đường huyết cao.
 - Chính liều Thuốc hạ đường huyết ở Bệnh nhân có Bệnh thận mạn

Nhóm thuốc	Bệnh thận mạn giai đoạn 3,4, 5 chưa lọc thận
Insulin (Glargin, Detemir, NPH, Regular, aspart, Lispro, Glulisine)	Không cần chỉnh liều
Sulfonylureas thế hệ 1	Tránh sử dụng
Sulfonylureas thế hệ 2	

Glipizide	Không chỉnh liều
Glimepiride	Bắt đầu liều thấp 1mg/ngày
Glyburide	Tránh sử dụng
Gliclazide	Không cần chỉnh liều
Metiglinide	
Repaglinide	Nếu eGFR < 30mL/phút/1,73m ² bắt đầu 0.5mg mỗi bữa ăn
Nateglinide	Nếu eGFR < 30mL/phút/1,73m ² bắt đầu 60mg mỗi bữa ăn
Biguanide	
Metformin	Không sử dụng nếu eGFR < 30mL/phút/1,73m ²
Thiazolidinediones	
Pioglitazone	Không cần chỉnh liều
Rosiglitazone	Không cần chỉnh liều
Ức chế Alpha-glucosidase	
Acarbose	Không sử dụng nếu eGFR < 30mL/phút/1,73m ²
Miglitol	Không sử dụng nếu eGFR < 25mL/phút/1,73m ²
Ức chế DPP-4	
Sitagliptin	GFR > 50mL/phút/1,73m ² : 100mg/ngày GFR 30-50mL/phút/1,73m ² : 50mg/ngày GFR < 30mL/phút/1,73m ² : 25mg/ngày
Saxagliptin	GFR > 50mL/phút/1,73m ² : 5mg/ngày GFR ≤ 50mL/phút/1,73m ² : 2,5mg/ngày
Linagliptin	Không cần chỉnh liều
Vildagliptin	GFR ≥ 50mL/phút/1,73m ² : 50mg x2/ngày GFR < 50mL/phút/1,73m ² : 50mg/ngày
Incretin mimetic	
Exenatide	Không sử dụng nếu eGFR < 30mL/phút/1,73m ²
Liraglutide	Không sử dụng nếu eGFR < 60mL/phút/1,73m ²

5. Thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể Angiotensin 2

- Không sử dụng thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể Angiotensin 2 để phòng ngừa nguyên phát ở bệnh nhân có huyết áp bình thường và không có tiểu đái.

- Đề nghị sử dụng Thuốc ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể Angiotensin 2 đối với Bệnh nhân có huyết áp bình thường và Tỷ lệ Albumin/creatinine nước tiểu $\geq 30\text{mg/g}$.

6. Điều trị hạ Lipid máu

- Nên dùng Statin hoặc phối hợp Statin/ezetimibe để hạ LDL-Cholesterol nhằm ngăn ngừa xơ vữa Động mạch.
- Không nên bắt đầu sử dụng statin khi bệnh nhân chạy thận nhân tạo.

7. Aspirin

- Xem xét dùng Aspirin (75-162mg/ngày) để phòng ngừa nguyên phát ở những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao (nguy cơ 10 năm $>10\%$), không dùng ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch thấp (nguy cơ 10 năm $<5\%$); trong trường hợp bệnh nhân có nguy cơ 10 năm 5-10% cần xem xét từng tình huống lâm sàng cụ thể.
- Dùng Aspirin (75-162mg/ngày) để phòng ngừa thứ phát đối với bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch.
- Đối với bệnh nhân có bệnh tim mạch, dị ứng Aspirin có thể thay thế clopidogrel 75mg/ngày.
- Nên dùng kháng kết tập tiểu cầu kép ít nhất 1 năm sau hội chứng mạch vành cấp.

8. Kiểm soát huyết áp

- Bệnh nhân Đái tháo đường có bệnh thận mạn giai đoạn 1-4 nên được điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển hoặc thuốc Ức chế thụ thể Angiotensin 2, thường kết hợp với thuốc lợi tiểu. Mục tiêu: kiểm soát huyết áp nên nhỏ hơn 130/80 mmHg.

9. Điều trị thay thế thận

- Cần tư vấn các biện pháp điều trị thay thế thận (Chạy thận nhân tạo, Thảm phân phúc mạc, Ghép thận) cho bệnh nhân khi eGFR $<30\text{mL/phút}$. Chuẩn bị mổ cầu nối Động tĩnh mạch nếu Bệnh nhân chọn chạy thận nhân tạo.
- Chỉ định chạy thận nhân tạo ở Bệnh nhân ĐTĐ suy thận.
- eGFR $<15\text{mL/phút}/1,73\text{m}^2$ da.
- Dư nước không đáp ứng lợi tiểu, suy tim nặng.
- Huyết áp không kiểm soát được.
- Suy kiệt nặng.

V. TIÊU CHUẨN XUẤT VIỆN

Tùy theo mục đích nhập viện.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Bích Hương. “Bệnh cầu thận” Trong: Bệnh học Nội khoa, Châu Ngọc Hoa chủ biên. Nhà xuất bản Y học Chi nhánh TP Hồ Chí Minh 2012, tr 432-445.
2. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines for Diabetes and Chronic Kidney Disease: 2012 Update. Am J Kidney Dis. 2012; 60 (5): 850-886.
3. National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Diabetes and Chronic Kidney Disease. Am J Kidney Dis. 2007 (suppl. 2); 49: S1-S180.
4. Standards of Medical Care in Diabetes – 2014 by the American Diabetes Association. Diabetes Care 2014; Volume 37, Supplement 1.

TRƯỞNG KHOA