

CẬP NHẬT ADA 2019:

Dùng insulin trên người cao tuổi



Trần-Quang-Khánh
Bộ môn Nội tiết- ĐHYD TPHCM
Đồng Nai ngày 25.05.2019

THE JOURNAL OF CLINICAL AND APPLIED RESEARCH AND EDUCATION

VOLUME 40 | SUPPLEMENT 1

Diabetes Care.

WWW.DIABETES.ORG/DIABETESCARE

JANUARY 2017

SUPPLEMENT
1

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION

STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES—2019

Tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ (ADA 2018)

Tiêu chuẩn chẩn đoán Đái tháo đường

FPG \geq 126 mg/dl (7.0 mmol/l). Đói được định nghĩa là không nạp calo ít nhất 8 giờ*

HOẶC

2-h PG \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/l) sau nghiệm pháp dung nạp glucose (OGTT). Nghiệm pháp được thực hiện theo hướng dẫn của WHO, sử dụng một lượng glucose tương đương với 75 g glucose khan hòa tan trong nước*

HOẶC

A1C \geq 6.5% (48 mmol/mol). Xét nghiệm phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm sử dụng phương pháp được NGSP chứng nhận và tiêu chuẩn hóa theo phân tích DCCT*

HOẶC

Ở bệnh nhân có các triệu chứng kinh điển của tăng đường huyết hoặc khủng hoảng tăng đường huyết, đường huyết bất kì \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/l)

* Trong trường hợp không có tăng đường huyết rõ ràng, **kết quả nên được khẳng định bằng cách lặp lại xét nghiệm⁺**



Tiêu chí chẩn đoán ĐTĐ (ADA 2019)

Tiêu chuẩn chẩn đoán Đái tháo đường

FPG \geq 126 mg/dl (7.0 mmol/l). Đói được định nghĩa là không nạp calo ít nhất 8 giờ*

HOẶC

2-h PG \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/l) sau nghiệm pháp dung nạp glucose (OGTT). Nghiệm pháp được thực hiện theo hướng dẫn của WHO, sử dụng một lượng glucose tương đương với 75 g glucose khan hòa tan trong nước*

HOẶC

A1C \geq 6.5% (48 mmol/mol). Xét nghiệm phải được thực hiện ở phòng thí nghiệm sử dụng phương pháp được NGSP chứng nhận và tiêu chuẩn hóa theo phân tích DCCT*

HOẶC

Ở bệnh nhân có các triệu chứng kinh điển của tăng đường huyết hoặc khủng hoảng tăng đường huyết, đường huyết bất kì \geq 200 mg/dl (11.1 mmol/l)

* Trong trường hợp không có tăng đường huyết rõ ràng, **chẩn đoán đòi hỏi hai kết quả xét nghiệm bất thường từ cùng một mẫu hoặc trong hai mẫu xét nghiệm riêng biệt.**



Mục tiêu đường huyết (ADA 2019)

Tóm tắt khuyến nghị đường huyết cho bệnh nhân đái tháo đường trưởng thành không mang thai

A1C	< 7.0% (53 mmol/mol)*
Đường huyết tương mao mạch lúc đói	80 – 130 mg/dl* (4.4 – 7.2 mmol/l)
Đường huyết tương mao mạch đỉnh sau ăn⁺	< 180 mg/dl* (10.0 mmol/l)

*Mục tiêu đường huyết chặt chẽ hoặc lỏng lẻo hơn có thể phù hợp cho từng cá nhân cụ thể. Mục tiêu nên được cá thể hóa dựa trên thời gian mắc ĐTĐ, tuổi/ kì vọng sống, các bệnh đồng mắc, bệnh tim mạch đã được chẩn đoán hoặc biến chứng mạch máu nhỏ nặng, hạ đường huyết không nhận thức, và xem xét từng bệnh nhân cụ thể. **+ Mục tiêu đường huyết sau ăn có thể được xem xét nếu mục tiêu A1C vẫn chưa đạt mặc dù mục tiêu đường huyết đói đã đạt.** Đường huyết sau ăn có thể đo 1-2 h sau khi bắt đầu bữa ăn, thường là nồng độ đỉnh ở bệnh nhân đái tháo đường

Tái đánh giá mục tiêu đường huyết theo thời gian để cân bằng giữa nguy cơ và lợi ích khi các yếu tố liên quan đến bệnh nhân thay đổi



Phần 6. Các mục tiêu điều trị

- Nhấn mạnh vai trò trung tâm của xét nghiệm A1C trong quản lý đái tháo đường.
- Thêm thông tin về tự theo dõi đường huyết và theo dõi đường huyết liên tục và các khuyến cáo về vấn đề này được đưa sang một phần mới: Công nghệ trong Đái tháo đường.
- Nhấn mạnh nguy cơ và lợi ích của các mục tiêu đường huyết có thể thay đổi theo tiến triển của đái tháo đường và tuổi tác của bệnh nhân, một khuyến cáo được thêm vào để tái đánh giá mục tiêu đường huyết theo thời gian.
- Phần này được điều chỉnh để phù hợp với Các tiêu chuẩn sống được cập nhật tháng 4/2018 liên quan đến đồng thuận về định nghĩa hạ đường huyết.



Phần 12. Bệnh nhân cao tuổi

- Thêm một phần và khuyến cáo mới về quản lý lối sống nhằm xác định các nhu cầu và cân nhắc những hoạt động thể chất và nhu cầu dinh dưỡng đặc trưng cho bệnh nhân lớn tuổi
- Trong thảo luận về trị liệu bằng thuốc, **đơn giản hóa các phác đồ insulin** được giới thiệu nhằm giúp đơn giản hóa phác đồ insulin để phù hợp hơn với khả năng tự quản lý sức khỏe của từng cá nhân. Một hình mới **hướng dẫn cách thức đơn giản hóa** và một bảng mới **hướng dẫn bác sĩ cân nhắc liệu pháp điều trị và giảm cường độ/ ngưng thuốc ở bệnh nhân ĐTĐ lớn tuổi** được thêm vào.

Hội chứng lão hóa (Geriatric syndrome)

Sảng
(Delirium)

Chóng mặt
(Dizziness)

Té ngã
(Falls)

Tiểu không kiểm soát
(Urinary incontinence)

Suy yếu
(Frailty)

Dùng nhiều thuốc
(Polypharmacy)

Ngất
(Syncope)



Tỷ lệ các bệnh đồng mắc ở người cao tuổi

Tăng huyết áp
50-60%

Suy tim
15%

Thoái khớp
30%

Ung thư
20%

Bệnh mạch vành
15%

Đái tháo đường
10-20%

Sa sút trí tuệ
30%

Té ngã
25%

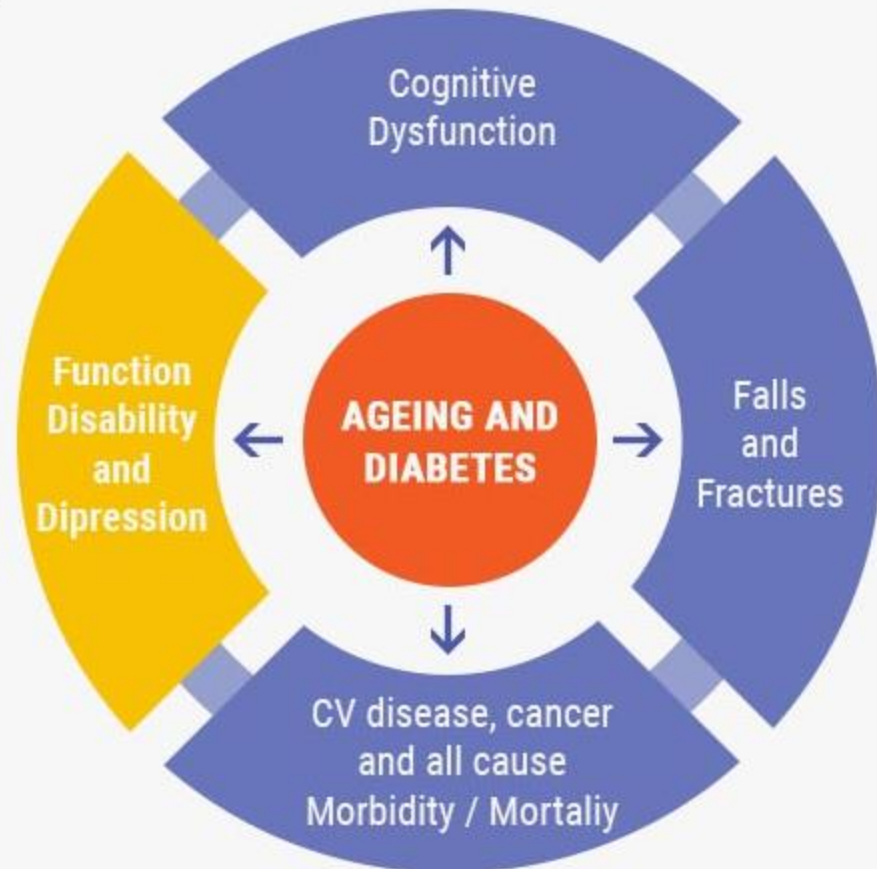
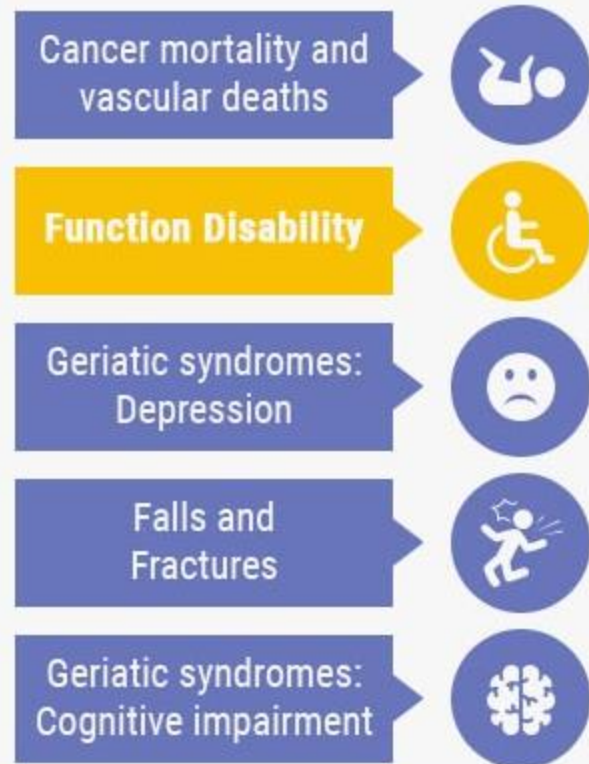
Nghe kém
35%

Giảm thị lực
20%



Đái tháo đường ở người cao tuổi

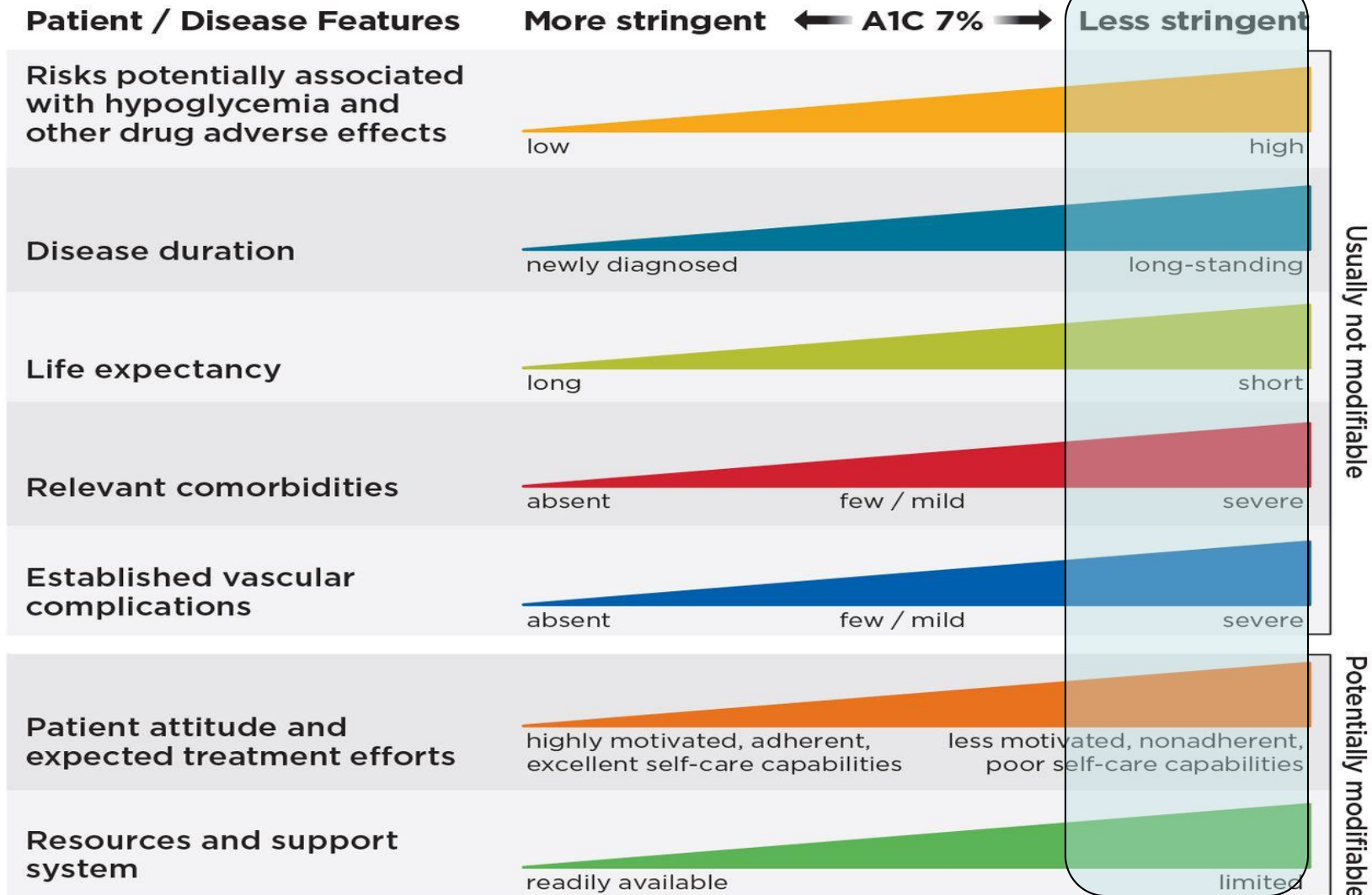
Older person with diabetes are at higher risk than those without diabetes of:



Cognitive dysfunction should be added to the list of the **COMPLICATIONS OF DIABETES**, along with Retinopathy, Neuropathy, Neuropathy and Cardiovascular disease.

Insulin ở người cao tuổi: nhiều yếu tố cần cân nhắc

Approach to the Management of Hyperglycemia



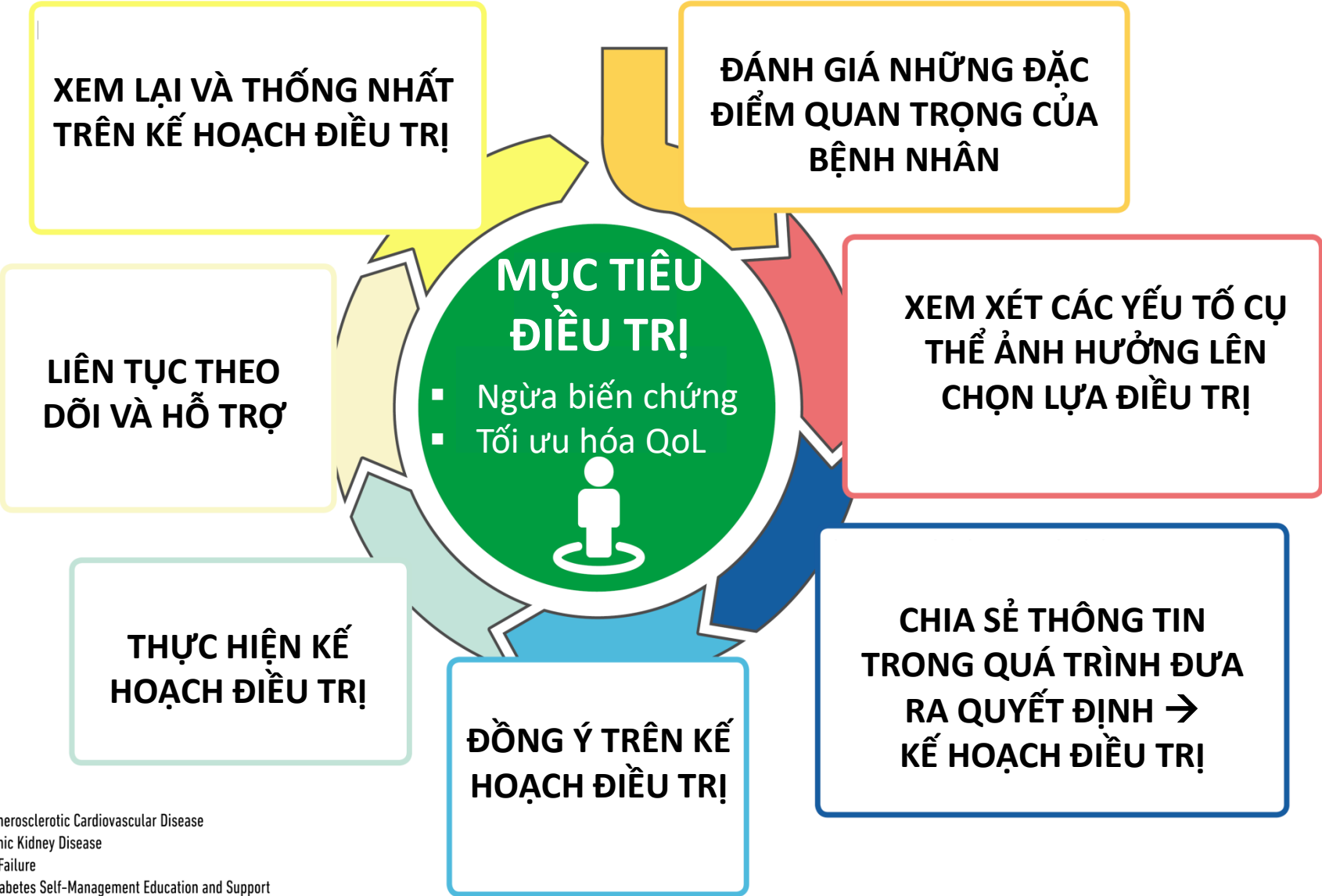
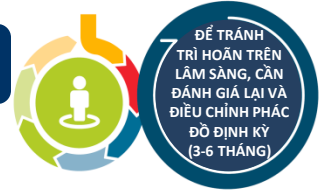


Figure 4.1—Decision cycle for patient-centered glycemic management in type 2 diabetes. Adapted from Davies et al. (119).

Điều trị BƯỚC 1 là metformin và điều chỉnh lối sống toàn diện (gồm kiểm soát cân nặng và vận động thể lực).
Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu, xem bên dưới:



ĐÃ CÓ ASCVD HOẶC CKD

ASCVD CHIẾM ƯU THẾ

HOẶC

GLP-1 RA với lợi ích trên CVD đã kiểm chứng¹

HOẶC

SGLT-2i với lợi ích trên CVD đã kiểm chứng¹, nếu eGFR đủ²

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Nếu cần tăng cường thêm, hoặc BN lúc này không dung nạp với GLP-1 RA và/hoặc SGLT-2i, chọn các thuốc thể hiện an toàn tim mạch:

- Xem xét thêm nhóm thuốc khác (GLP-1 RA hoặc SGLT-2i) với lợi ích trên bệnh tim mạch đã kiểm chứng
- DPP-4i nếu đang không dung GLP-1 RA
- Insulin nền⁴
- TZD⁵
- SU⁶

HF HOẶC CKD CHIẾM ƯU THẾ

KHUYẾN DỪNG SGLT-2i với bằng chứng giảm HF và/hoặc tiến triển CKD trong các thử nghiệm CVOT nếu eGFR đủ³

HOẶC Nếu SGLT-2i không dung nạp hoặc CCD hoặc nếu eGFR không đủ², thêm GLP-1 RA với lợi ích CVD đã được chứng minh

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

▪ Tránh dùng TZD ở bệnh nhân suy tim

Chọn các thuốc thể hiện an toàn tim mạch:

- Xem xét thêm nhóm thuốc khác có lợi ích trên bệnh tim mạch đã kiểm chứng¹
- DPP-4i (trừ saxagliptin) ở bệnh nhân suy tim (nếu đang ko dùng GLP-1 RA)
- Insulin nền⁴
- SU⁵

KHÔNG

CHƯA CÓ ASCVD HOẶC CKD

CẦN GIẢM THIỂU HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

DPP-4i GLP-1 RA SGLT2i² TZD

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

SGLT2i² HOẶC TZD SGLT2i² HOẶC TZD GLP-1 RA HOẶC DPP-4i HOẶC TZD SGLT2i² HOẶC DPP-4i HOẶC GLP-1 RA

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Tiếp tục thêm nhóm thuốc khác như mô tả bên trên

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Xem xét thêm SU⁶ HOẶC insulin nền:

- Chọn SU thể hệ sau với nguy cơ hạ đường huyết thấp hơn
- Chọn SU thể hệ sau với nguy cơ hạ đường huyết thấp hơn
- 7. Degludec / glargine U300 < glargine U100 / detemir < insulin NPH
- 8. Semaglutide > liraglutide > dulaglutide > exenatide > lixisenatide
- 9. Nếu không có những tình trạng đi kèm đã đề cập (tức là không có bệnh tim mạch, nguy cơ hạ đường huyết thấp, tránh tăng cân ít được ưu tiên, hoặc không có các tình trạng đi kèm liên quan cân nặng)
- 10. Xem xét chi phí của thuốc theo từng quốc gia và từng khu vực cụ thể. Ở một số nước, TZD khá mắc hơn và DPP-4i khá rẻ hơn

CẦN GIẢM THIỂU TĂNG CÂN HOẶC KHUYẾN KHÍCH GIẢM CÂN

HOẶC

GLP-1 RA với hiệu quả giảm cân tốt⁸ SGLT2i²

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

SGLT2i² GLP-1 RA với hiệu quả giảm cân tốt⁸

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Nếu cần phối hợp 3 thuốc, hoặc SGLT-2i và/hoặc GLP-1 RA không dung nạp hoặc CCD, dùng phác đồ có nguy cơ tăng cân thấp nhất

KHUYẾN DỪNG DPP-4i (nếu ko dùng GLP-1 RA) do trung tính trên cân nặng

Nếu DPP-4i không dung nạp hoặc CCD, hoặc bệnh nhân đã dùng GLP-1 RA, thận trọng thêm các thuốc sau:

- SU⁶ • TZD⁵ • Insulin nền

KHI CHI PHÍ LÀ VẤN ĐỀ LỚN⁹⁻¹⁰

SU⁶ TZD¹⁰

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

TZD¹⁰ SU⁶

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

▪ Điều trị insulin chọn insulin nền có chi phí thấp nhất

HOẶC

▪ Xem xét DPP-4i HOẶC SGLT-2i có chi phí thấp nhất¹⁰

1. Lợi ích trên bệnh tim mạch đã kiểm chứng: có chỉ định trên thông tin kê đơn về việc giảm biến cố tim mạch. Đối với GLP-1 RA, bằng chứng mạnh nhất là liraglutide > semaglutide > exenatide XR. Đối với SGLT-2i, bằng chứng mạnh hơn vừa phải với empagliflozin > canagliflozin.
2. Lưu ý rằng SGLT-2i thay đổi theo vùng và từng thuốc cụ thể về mức độ eGFR được chỉ định cho khởi trị và tiếp tục sử dụng
3. Cả empagliflozin và canagliflozin đều cho thấy giảm suy tim và giảm tiến triển bệnh thận mạn trong các thử nghiệm CVOT
4. Degludec hoặc Glargine U100 đã chứng minh an toàn trên tim mạch
5. Liều thấp có thể được dung nạp tốt hơn mặc dù ít được nghiên cứu về tác động trên tim mạch

Hình 9.1 – Thuốc giảm đường huyết trong đái tháo đường típ 2: tổng quan về cách tiếp cận. Xem **Hình 4.1** để hiểu rõ bối cảnh. ASCVD, bệnh tim mạch xơ vữa; CKD, bệnh thận mạn; CV, tim mạch; CVD, bệnh tim mạch; CVOT, thử nghiệm về kết cục tim mạch; DPP-4i, ức chế men dipeptidyl peptidase 4; eGFR, độ lọc cầu thận ước tính; GLP-1 RA, đồng vận thụ thể peptid giống glucagon 1; HF, suy tim; SGLT-2i, ức chế kênh đồng vận chuyển Na-glucose 2; SU, sulfonyleurea; TZD, thiazolidinedione. Trích dẫn từ Davies et al. (39).

ĐÃ CÓ ASCVD HOẶC CKD

ASCV CHIẾM ƯU THẾ

HOẶC

GLP-1 RA
với lợi ích trên
CVD đã kiểm
chứng¹

SGLT-2i
với lợi ích trên
CVD đã kiểm
chứng¹, nếu
eGFR đủ²

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Nếu cần tăng cường thêm, hoặc BN lúc này không dung nạp với GLP-1 RA và/hoặc SGLT-2i, **chọn các thuốc thể hiện an toàn tim mạch:**

- Xem xét thêm nhóm thuốc khác (GLP-1 RA hoặc SGLT-2i) với lợi ích trên bệnh tim mạch đã kiểm chứng
- DPP-4i nếu đang không dùng GLP-1 RA
- **Insulin nền⁴**
- TZD⁵
- SU⁶

HF HOẶC CKD CHIẾM ƯU THẾ

KHUYÊN DÙNG

SGLT-2i với bằng chứng giảm suy tim và/hoặc tiến triển bệnh thận mạn trong các thử nghiệm CVOT nếu eGFR đủ³

HOẶC

Nếu SGLT-2i không dung nạp hoặc CCD hoặc nếu eGFR không đủ², thêm GLP-1 RA với lợi ích CVD đã được chứng minh

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

- Tránh dùng TZD ở bệnh nhân suy tim

Chọn các thuốc thể hiện an toàn tim mạch:

- Xem xét thêm nhóm thuốc khác có lợi ích trên bệnh tim mạch đã kiểm chứng¹
- DPP-4i (trừ saxagliptin) ở bệnh nhân suy tim (nếu đang ko dùng GLP-1 RA)
- **Insulin nền⁴**
- SU⁵

CHƯA CÓ ASCVD HOẶC CKD

CẦN GIẢM THIỂU HẠ ĐƯỜNG HUYẾT

DPP-4i

GLP-1 RA

SGLT2i²

TZD

Nếu HbA_{1c}
trên mục tiêu

Nếu HbA_{1c}
trên mục tiêu

Nếu HbA_{1c}
trên mục tiêu

Nếu HbA_{1c}
trên mục tiêu

SGLT2i²
HOẶC
TZD

SGLT2i²
HOẶC
TZD

GLP-1 RA
HOẶC
DPP-4i
HOẶC
TZD

SGLT2i²
HOẶC
DPP-4i
HOẶC
GLP-1 RA

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Tiếp tục thêm nhóm thuốc khác như mô tả bên trên

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Xem xét thêm SU⁶ **HOẶC insulin nền**:

- Chọn SU thể hệ sau với nguy cơ hạ đường huyết thấp hơn
- **Xem xét insulin nền có nguy cơ hạ đường huyết thấp hơn⁷**

CẦN GIẢM THIỂU TĂNG CÂN HOẶC KHUYẾN KHÍCH GIẢM CÂN

HOẶC

GLP-1 RA
với hiệu quả
giảm cân
tốt⁸

SGLT2i²

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

SGLT2i²

GLP-1 RA
với hiệu quả
giảm cân
tốt⁸

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Nếu cần phối hợp 3 thuốc,
hoặc SGLT-2i và/hoặc GLP-1 RA
không dung nạp hoặc CCĐ,
dùng phác đồ có nguy cơ tăng
cân thấp nhất

KHUYẾN DÙNG

DPP-4i (nếu ko dùng GLP-1 RA)
do trung tính trên cân nặng

Nếu DPP-4i không dung nạp
hoặc CCĐ, hoặc bệnh nhân
đã dùng GLP-1 RA, thận
trọng thêm các thuốc sau:

• SU⁶ • TZD⁵ • **insulin nền**

KHI CHI PHÍ LÀ VẤN ĐỀ LỚN⁹⁻¹⁰

SU⁶

TZD¹⁰

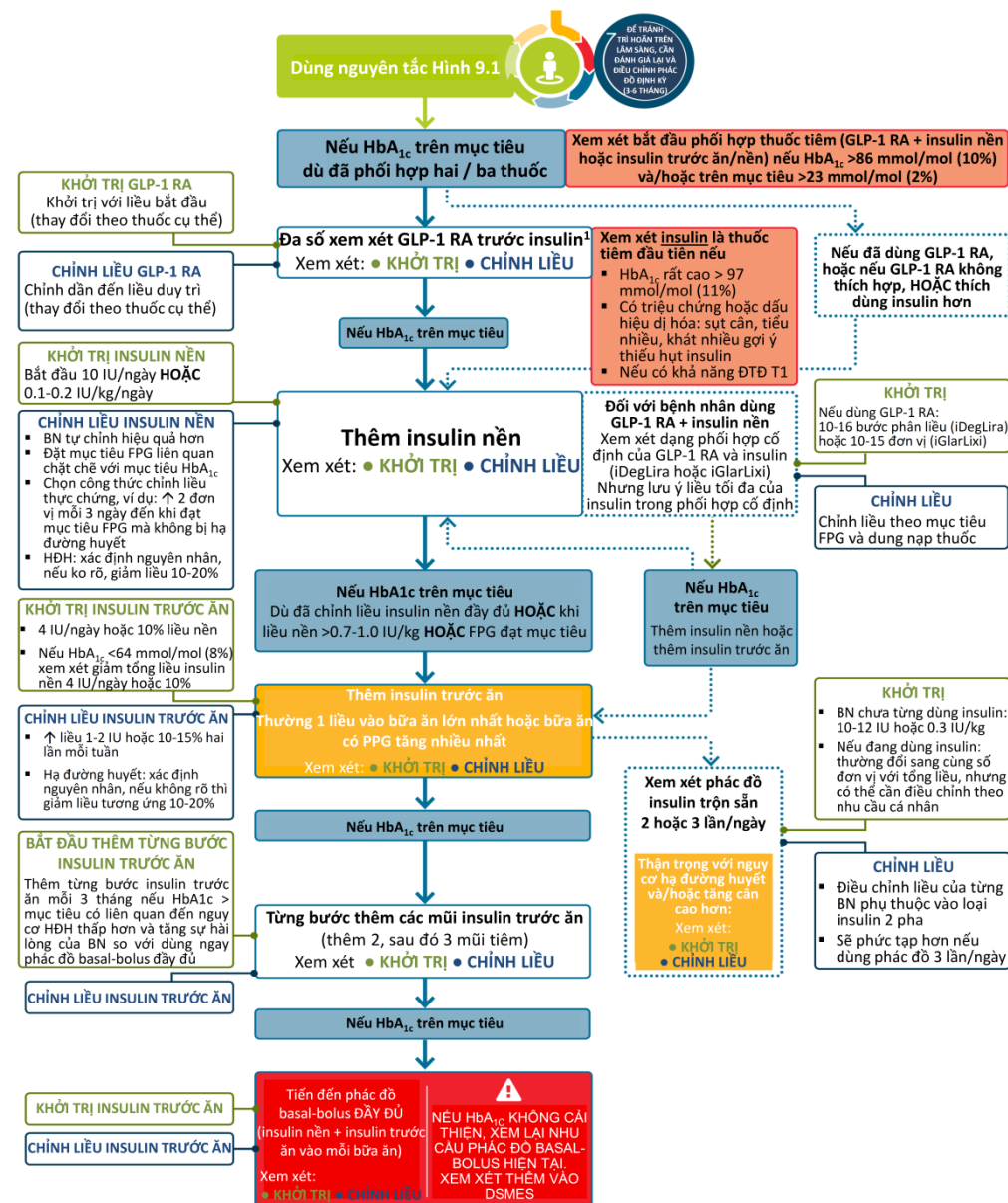
Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

TZD¹⁰

SU⁶

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

- **Điều trị insulin**
chọn insulin nền có chi
phí thấp nhất
- HOẶC**
- Xem xét DPP-4i **HOẶC**
SGLT-2i có chi phí thấp
nhất¹⁰



1. Khi chọn GLP-1 RA, xem xét: mong muốn của BN, hiệu quả giảm HbA_{1c}, tác động giảm cân, hoặc tần suất tiêm. Nếu có bệnh tim mạch, xem xét GLP-1 RA với lợi ích trên bệnh tim mạch đã kiểm chứng

Hình 9.2 – Tăng cường đến điều trị thuốc tiêm. Xem Hình 4.1 để hiểu rõ bối cảnh. DSMES, hỗ trợ và giáo dục tự quản lý bệnh đái tháo đường; FPG, đường huyết (tương) đói; FRC, phối hợp liều cố định; GLP-1 RA, đồng vận thụ thể peptid giống glucagon 1; max, tối đa; PPG, đường huyết sau ăn. Trích dẫn từ Davis et al. (39).

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu
dù đã phối hợp hai / ba thuốc

Đa số xem xét GLP-1 RA trước insulin¹
Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Thêm insulin nền

Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu
Dù đã chỉnh liều insulin nền đầy đủ **HOẶC** khi
liều nền >0.7-1.0 IU/kg **HOẶC** FPG đạt mục tiêu

Thêm insulin trước ăn: Thường 1 liều vào bữa ăn
lớn nhất hoặc bữa ăn có PPG tăng nhiều nhất
Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Từng bước thêm các mũi insulin trước ăn
(thêm 2, sau đó 3 mũi tiêm)
Xem xét ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Tiến đến phác đồ
basal-bolus ĐẦY ĐỦ
(insulin nền + insulin trước ăn vào
mỗi bữa ăn)

Xem xét:
● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**



NẾU HbA_{1c} KHÔNG CẢI THIẾN,
XEM LẠI NHU CẦU PHÁC ĐỒ
BASAL-BOLUS HIỆN TẠI.
XEM XÉT THÊM VÀO DSMES

**Xem xét bắt đầu phối hợp thuốc tiêm
(GLP-1 RA + insulin nền hoặc
insulin trước ăn/nền) nếu $HbA_{1c} > 10\%$
và/hoặc trên mục tiêu $> 2\%$**

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu
dù đã phối hợp hai / ba thuốc

Đa số xem xét GLP-1 RA trước insulin¹
Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Thêm insulin nền

Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

KHỞI TRỊ INSULIN NỀN

Bắt đầu 10 IU/ngày **HOẶC**
0.1-0.2 IU/kg/ngày

CHỈNH LIỀU INSULIN NỀN

- BN tự chỉnh hiệu quả hơn
- Đặt mục tiêu FPG liên quan chặt chẽ với mục tiêu HbA_{1c}
- Chọn công thức chỉnh liều thực chứng, ví dụ: \uparrow 2 đơn vị mỗi 3 ngày đến khi đạt mục tiêu FPG mà không bị hạ đường huyết
- HĐH: xác định nguyên nhân, nếu ko rõ, giảm liều 10-20%

**Xem xét insulin là thuốc
tiêm đầu tiên nếu**

- HbA_{1c} rất cao > 97 mmol/mol (11%)
- Có triệu chứng hoặc dấu hiệu dị hóa: sụt cân, tiểu nhiều, khát nhiều gợi ý thiếu hụt insulin
- Nếu có khả năng ĐTĐ típ 1

Nếu đã dùng GLP-1 RA, hoặc
nếu GLP-1 RA ko thích hợp,
HOẶC thích dùng insulin hơn

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu
dù đã phối hợp hai / ba thuốc

Đa số xem xét GLP-1 RA trước insulin¹
Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu

Thêm insulin nền

Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

Đối với bệnh nhân dùng GLP-1 RA + insulin nền
Xem xét dạng phối hợp cố định (iDegLira hoặc iGlarLixi). Nhưng lưu ý liều tối đa của insulin trong phối hợp cố định

Nếu HbA_{1c} trên mục tiêu
Dù đã chỉnh liều insulin nền đầy đủ **HOẶC** khi
liều nền >0.7-1.0 IU/kg **HOẶC** FPG đạt mục tiêu

**Thêm insulin trước ăn: Thường 1 liều vào bữa ăn
lớn nhất hoặc bữa ăn có PPG tăng nhiều nhất**
Xem xét: ● **KHỞI TRỊ** ● **CHỈNH LIỀU**

NEW

Điều trị bằng thuốc người cao tuổi (ADA 2019)

- Ở người cao tuổi có nguy cơ cao hạ ĐH, cần cân nhắc dung thuốc ít nguy cơ hạ ĐH. B
- Tránh điều trị quá mức (overtreatment) ở người cao tuổi. B
- Giảm liều hay đơn giản hóa chế độ điều trị giúp giảm nguy cơ hạ ĐH ở người cao tuổi. B

NEW

Cân nhắc ngưng thuốc hay đơn giản hóa ở người cao tuổi (ADA 2019)

Đặc điểm BN/ tình trạng sức khỏe	Mức A1C hợp lý/ mục tiêu điều trị	Lý do/ các cân nhắc	Khi nào cần thiết đơn giản hóa phác đồ	Khi nào cần giảm cường độ điều trị/ ngưng thuốc
Khỏe mạnh (ít bệnh mạn tính đồng mắc, tình trạng nhận thức và chức năng bình thường)	A1C < 7.5% (58 mmol/mol)	<ul style="list-style-type: none"> * BN có thể thực hiện các yêu cầu phức tạp để duy trì kiểm soát ĐH khi sức khỏe ổn định * Khi mắc bệnh cấp tính, bệnh nhân có thể có nguy cơ cao nhập viện hoặc dùng thuốc sai có thể dẫn đến hạ ĐH, té ngã, gãy xương, * Các thuốc tác động kéo dài có thể giảm gánh nặng dùng thuốc và sự phức tạp các phác đồ 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu hạ ĐH nặng hoặc lặp lại ở bệnh nhân đang điều trị insulin (thậm chí khi A1C phù hợp) * Nếu dao động ĐH rộng * Nếu suy giảm chức năng hoặc nhận thức xảy ra sau cơn bệnh cấp tính 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu hạ ĐH nặng hoặc lặp lại ở bệnh nhân đang không dùng insulin có nguy cơ hạ ĐH cao (thậm chí khi A1C phù hợp) * Nếu dao động ĐH rộng * Nếu BN đang dùng nhiều thuốc
Phức tạp/ trung bình (nhiều bệnh mạn tính đồng mắc hoặc giảm khả năng thực hiện ≥ 2 hoạt động thường ngày hoặc suy giảm nhận thức nhẹ đến trung bình)	A1C < 8.0% (64 mmol/mol)	<ul style="list-style-type: none"> * Bệnh đồng mắc có thể ảnh hưởng khả năng tự quản lý sức khỏe và khả năng ngăn hạ đường huyết * Các thuốc tác động kéo dài có thể giảm gánh nặng thuốc và tính phức tạp của chế độ điều trị 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu hạ ĐH nghiêm trọng hoặc lặp lại xảy ra ở bệnh nhân dùng insulin (thậm chí khi A1C phù hợp) * Nếu không thể quản lý tính phức tạp của một phác đồ insulin * Nếu có thay đổi đáng kể về hoàn cảnh xã hội, như mất đi người chăm sóc, thay đổi điều kiện sống, hoặc khó khăn về tài chính 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu hạ đường huyết nghiêm trọng hoặc lặp lại ở bệnh nhân đang dùng thuốc không phải insulin (thậm chí khi A1C phù hợp) * Nếu dao động đường huyết rộng * Nếu đang dùng nhiều thuốc

NEW

Cân nhắc ngưng thuốc hay đơn giản hóa ở người cao tuổi (ADA 2019)

Đặc điểm BN/tình trạng sức khỏe	Mức A1C hợp lý/ mục tiêu điều trị	Lý do/ các cân nhắc	Khi nào cần thiết đơn giản hóa phác đồ	Khi nào cần giảm cường độ điều trị/ ngưng thuốc
Bệnh nhân lớn tuổi sống độc lập đang được chăm sóc phục hồi chức năng ngắn hạn tại cơ sở chăm sóc chuyên nghiệp	Tránh phụ thuộc vào A1C	<ul style="list-style-type: none"> * Kiểm soát ĐH quan trọng trong phục hồi, lành vết thương, giữ nước cho cơ thể và tránh nhiễm trùng * Bệnh nhân phục hồi sau cơn bệnh có thể quay lại chức năng nhận thức ban đầu tại lúc xuất viện * Xem xét loại hỗ trợ bệnh nhân sẽ cần tại nhà 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu điều trị tăng tính phức tạp khi nằm viện, trong nhiều trường hợp, quay trở lại phác đồ điều trị trước khi nhập viện trong giai đoạn phục hồi chức năng là hợp lý 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu nhập viện do bệnh cấp tính dẫn đến giảm cân, chán ăn, giảm nhận thức ngắn hạn, và/hoặc mất chức năng thể chất
Rất phức tạp/sức khỏe kém (chăm sóc lâu dài hoặc bệnh mạn tính giai đoạn cuối hoặc giảm nhận thức trung bình đến nặng hoặc phụ thuộc ≥ 2 hoạt động thường ngày)	A1C < 8.5% (69 mmol/ mol) ⁺	<ul style="list-style-type: none"> * Không có lợi ích khi kiểm soát ĐH chặt trên đối tượng này * Nên tránh hạ ĐH * Kết quả quan trọng nhất là duy trì tình trạng chức năng và nhận thức 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu đang điều trị insulin và bệnh nhân muốn giảm số lần tiêm và kiểm tra đường huyết mao mạch * Nếu bệnh nhân có một chế độ ăn không ổn định 	<ul style="list-style-type: none"> * Nếu đang điều trị insulin với nguy cơ hạ đường huyết cao trong bối cảnh rối loạn chức năng nhận thức, chán ăn, hoặc chế độ ăn không ổn định * Nếu đang uống các thuốc mà không có lợi ích rõ ràng

NEW

Cân nhắc ngưng thuốc hay đơn giản hóa ở người cao tuổi (ADA 2019)

Đặc điểm BN/tình trạng sức khỏe	Mức A1C hợp lý/ mục tiêu điều trị	Lý do/ các cân nhắc	Khi nào cần thiết đơn giản hóa phác đồ	Khi nào cần giảm cường độ điều trị/ ngưng thuốc
Bệnh nhân ở giai đoạn cuối đời	Tránh hạ ĐH và tăng ĐH có triệu chứng	<ul style="list-style-type: none"> * Mục tiêu giúp bệnh nhân dễ chịu và tránh các yêu cầu hoặc can thiệp làm đau hoặc khó chịu * Người chăm sóc đóng vai trò quan trọng trong chăm sóc y tế và duy trì chất lượng cuộc sống 	* Nếu cảm thấy đau hoặc khó chịu gây ra do điều trị (ví dụ: tiêm hoặc lấy máu ngón tay)	* Nếu đang sử dụng thuốc mà không có lợi ích rõ ràng trong cải thiện triệu chứng và/hoặc sự dễ chịu

Đơn giản hóa phác đồ điều trị liên quan đến thay đổi chiến lược nhằm giảm tính phức tạp của một phác đồ điều trị, ví dụ: giảm số lần dùng thuốc, giảm số lần thử máu ngón tay, giảm tính toán (ví dụ: tính toán liều insulin bậc thang hoặc tính tỉ lệ insulin-carbohydrate)

Giảm cường độ/ ngưng thuốc liên quan đến giảm liều hoặc tần suất dùng thuốc hoặc ngưng điều trị.

ADL, hoạt động thường ngày. * Xem xét điều chỉnh mục tiêu A1C nếu bệnh nhân có một tình trạng có thể ảnh hưởng đến tuổi thọ/ vòng đời hồng cầu

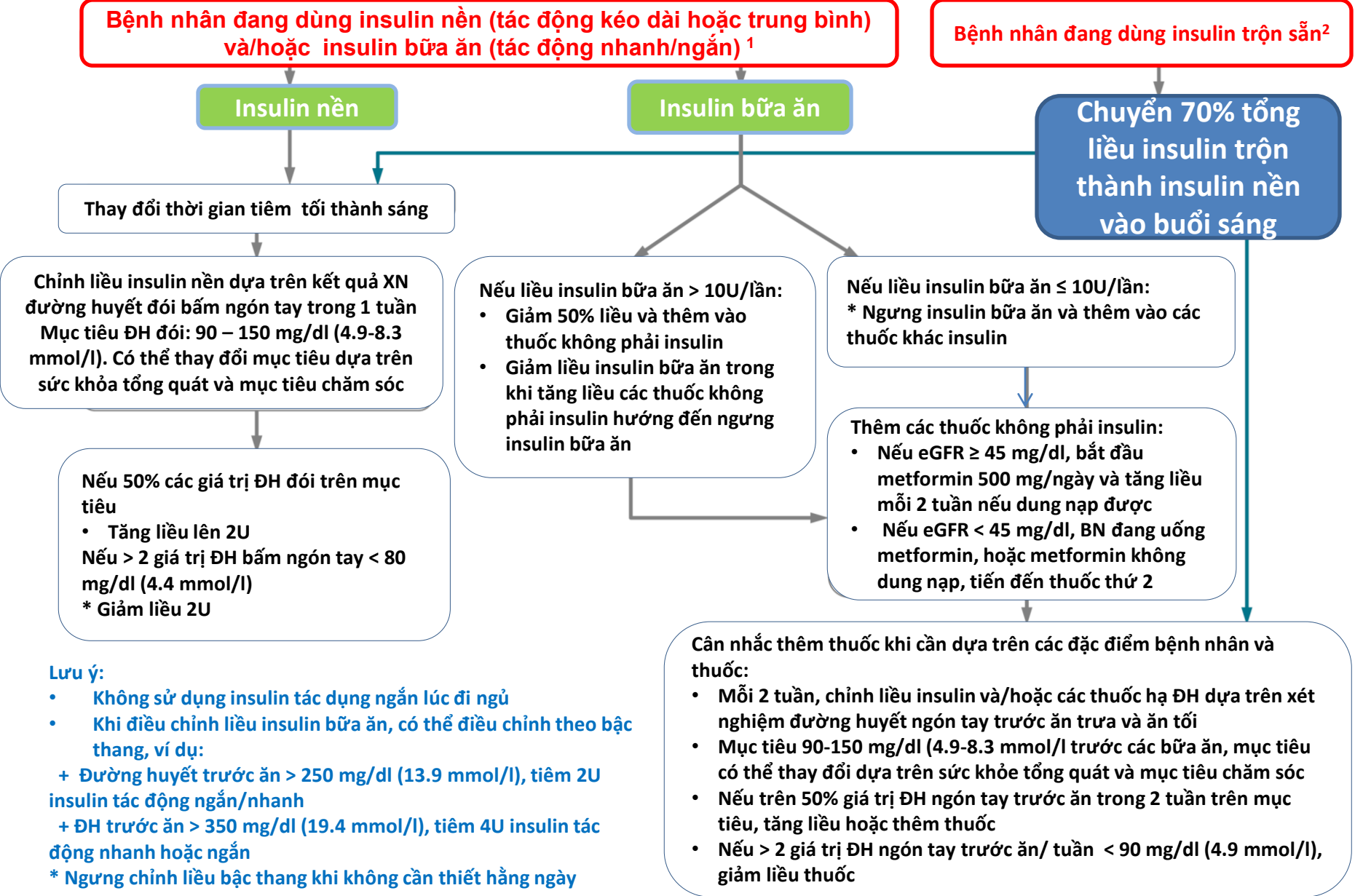


Fig. 12.1—Algorithm to simplify insulin regimen for older patients with type 2 diabetes. eGFR, estimated glomerular filtration rate. *Basal insulins: glargine U-100 and U-300, detemir, degludec, and human NPH. **See **Table 12.1**. †Mealtime insulins: short-acting (regular human insulin) or rapid-acting (lispro, aspart, and glulisine). §Premixed insulins: 70/30, 75/25, and 50/50 products. Adapted with permission from Munshi and colleagues (39,55,56).

Kết luận

1. Insulin là một lựa chọn điều trị phù hợp với diễn tiến tự nhiên của bệnh ĐTĐ
2. Ở người cao tuổi, cần cân nhắc nhiều yếu tố để lựa chọn phác đồ insulin **hạn chế tối đa tình trạng hạ đường huyết**
3. Đơn giản hóa và giảm liều là xu hướng mới trong việc điều trị insulin ở người cao tuổi 2019

**XIN CẢM ƠN SỰ THEO DÕI
CỦA QUÝ VỊ ĐỒNG NGHIỆP**