

Bs Huân Nh Ngoc Tin - Khoa Nội Thận-Nội Tiết

1. Các khuyến cáo

1.1. Chăm sóc tiêu chuẩn (Standard care)

IN1. Khi bắt đầu điều trị insulin khi điều trị thuốc viên không đạt được đường huyết mục tiêu và thay đổi liều sẽ không thể duy trì kiểm soát đường huyết mục tiêu.

Duy trì thay đổi liều sau khi dùng insulin.

Xem xét thăm dò liều khi bắt đầu hay tăng liều insulin, theo dõi đáp ứng...

IN2. Giữ thích cho bệnh nhân ĐTĐ ngay từ khi chẩn đoán bệnh rối loạn insulin là một trong những lựa chọn điều trị sớm có nhằm giúp kiểm soát bệnh ĐTĐ cá nhân và cách này có thể là tốt nhất, là cách chẩn đoán tốt nhất cùng duy trì kiểm soát đường huyết, đặc biệt trong thời gian dài.

IN3. Giáo dục bệnh nhân tiếp tục kiểm soát thay đổi liều và tiếp tục theo dõi thích hợp.

Giữ thích rối loạn insulin khi bắt đầu thuốc vì những lý do an toàn những liều cuối cùng có thể lên đến 50-100 đơn vị/ngày.

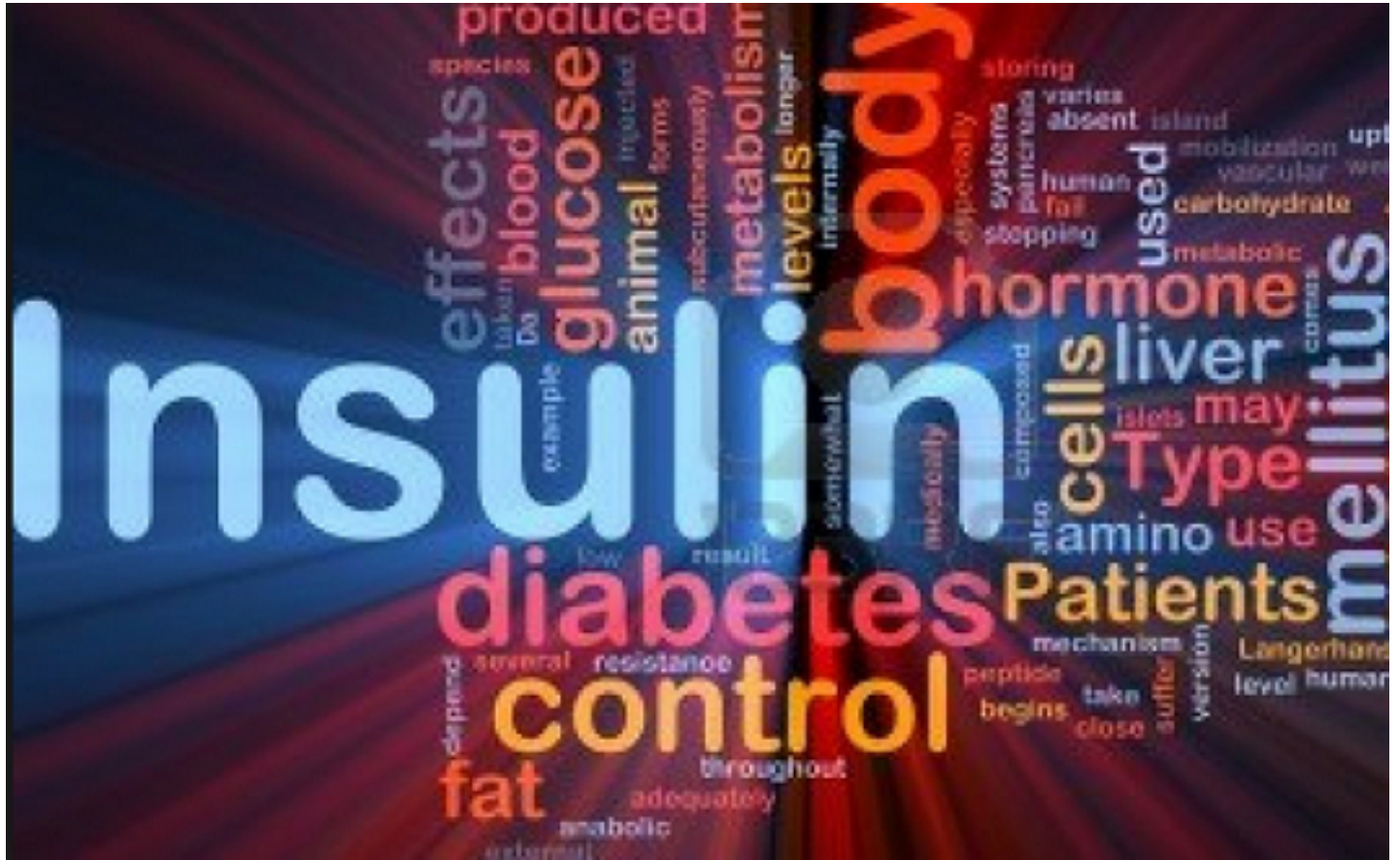
Khi bắt đầu điều trị insulin trước khi kiểm soát đường huyết diễn tiến xấu hơn, thường là khi HbA1c theo DCCT > 7,5% bệnh nhân đang dùng thuốc liều tối đa.

Kiểm soát đường huyết: Dùng thuốc insulin

Viết bởi Biên tập viên

Chợ nhớt, 28 Tháng 4 2013 08:48 - Lớn đẹp nhớt cuối Chợ nhớt, 28 Tháng 4 2013 08:56

Tiếp tục dùng metformin, cũng có thể tiếp tục dùng sulfonylurea khi bắt đầu điều trị insulin nền. Cũng có thể dùng tiếp các chế độ -glucosidase.



IN4. Dùng:

- Mất liều insulin ngày nào ngày nhỡ là insulin detemir, insulin glargine hay NPH insulin (nguy cơ hạ đường huyết cao hơn insulin NPH), hay
- Insulin pha sẵn hai lần ngày (insulin hai pha) đặc biệt với HbA1c cao, hay
- Nhịn mũi insulin ngày (trước ăn và insulin nền) khi kiểm soát đường huyết không được thì phải bỏ qua các phát đ khác hay khi muộn có bữa ăn linh hoạt.

IN5. Khi i đ u đi u tr insulin dùng phát đ t tăng đ n li u (tăng li u 2 đ n v m i 3 ngày hay m i tu n) hay liên h v i chuyên gia chăm sóc s c kho (dùng phác đ có s n).

Kiểm soát đường huyết: Điều trị insulin

Vị trí bài Biên tập viên

Chủ nhật, 28 Tháng 4 2013 08:48 - Lần cập nhật cuối Chủ nhật, 28 Tháng 4 2013 08:56

Mục tiêu đường huyết trước ăn sáng và trước bữa ăn tối chính $<6\text{mmol/l}$ ($<110\text{mg/dl}$); mà mục tiêu này khó đạt được khi theo dõi vào các thời điểm khác để không ảnh hưởng đến kiểm soát đường huyết kém.

IN6. Tiếp tục thăm khám chuyên khoa chăm sóc sức khỏe qua điện thoại cho đến khi đạt được mục tiêu đường huyết.

IN7. Dùng bút chích (pha sẵn hay có thể dùng lọ) hoặc dùng kim chích/ ống chích phích thu vào lọ đã chọn của bệnh nhân.

1.2. Chăm sóc toàn diện (Comprehensive care)

INc1. Các nguyên tắc dùng insulin như là chăm sóc tiêu chuẩn.

INc2. Các đường dùng insulin nhìn chung có thể dùng được.

INc3. Khi thích hợp và được phép, phải hợp insulin và dùng vitamin PPAR- là một lựa chọn, cần thận trọng với suy tim.

INc4. Bơm insulin có thể là một lựa chọn thêm vào.

1.3. Chăm sóc tối thiểu (Minimal care)

INm1. Các nguyên tắc dùng insulin, bao gồm hướng dẫn chuyên khoa như là chăm sóc tiêu chuẩn. Tiếp theo dõi có thể chấp nhận hướng dẫn trước ăn sáng và trước ăn tối.

IN_M2. Dùng phôi hợp thuốc viên hạ đường huyết uống (thường là metformin) với insulin NPH hai lần mỗi ngày (hoặc một lần mỗi ngày nếu không điều chỉnh), hay insulin hỗn hợp 2 lần mỗi ngày.

IN_M3. Loại insulin dùng phôi để bắt đầu và chuyển sang hạ đường huyết.

IN_M4. Dùng kim và ống chích insulin.

2. Cẩn thận

Đường huyết tự nhiên của ĐTĐ type 2 là sự thiếu hụt của suy tế bào beta- tiểu đường, insulin là thuốc hạ đường huyết duy nhất còn lại có thể duy trì kiểm soát đường huyết cho dù bệnh có tiến triển.

3. Chọn lựa

Hạ đường huyết dựa trên chọn lựa để tiếp cận việc dùng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ type2 dựa trên chọn lựa từ nghiên cứu UKPDS, cho thấy insulin là một trong những biện pháp hạ đường huyết và nhìn chung làm giảm biến chứng mạch máu so với điều trị theo quy định. Lựa chọn điều trị insulin (loại, cách dùng) được mô tả đáng kể từ sau nghiên cứu UKPDS. Thông tin chọn lựa của NICE nhận thấy các nghiên cứu trên những loại insulin cũ có khuyến cáo ít thì lợi ích thì không cao hơn, trong khi chọn lựa cho thấy các loại insulin dùng để hạ đường huyết một phần. Một nghiên cứu mới đây ở Canada cho thấy chế độ dùng insulin có liên quan đến thay đổi đường huyết sau ăn, nguy cơ hạ đường huyết và tăng cân. Một nghiên cứu gộp (meta-analysis) mới đây cho thấy chọn lựa insulin glargine gây hạ đường huyết ít hơn so với insulin NPH. Insulin glargine là chế độ của những hạ đường huyết chuyên biệt của NICE bao gồm một khuyến cáo dùng khi chọn lựa tiêm một lần mỗi ngày là đủ hay khi insulin NPH gây khó chịu. Các nghiên cứu khác với các dùng insulin hay so sánh dùng insulin loại ngắn và dùng pha sẽ cũng bắt đầu xu hướng.

Những điều này gợi ý rằng các dùng insulin loại ngắn có nhiều lợi ích để giảm insulin NPH cho các hai mục tiêu của (HbA1c và hạ đường huyết), trong khi đó sự cân bằng giữa lợi ích giảm của insulin dùng hai pha và dùng insulin ngắn khi xét đến HbA1c, hạ đường huyết và tăng cân. Nguy cơ và do đó là nếu hạ đường huyết khi dùng insulin nhiều hơn bất cứ một loại thuốc làm tăng tiến

insulin nào khác.

Có chứng cứ rằng việc dùng insulin phải kết hợp với metformin, thuốc làm tăng tiết insulin (sulfonylurea), metformin và sulfonylurea (không có meta-analysis), thuốc ức chế -glucosidase, thiazolidinedione. Tổng quan NICE nhận thấy rằng bệnh nhân đang điều trị insulin, kiểm soát đường huyết tốt hơn, cân nặng và nguy cơ biến chứng huyết giảm khi dùng phải kết hợp với metformin; chứng cứ cho rằng kiểm soát đường huyết sẽ tốt hơn khi dùng thuốc thiazolidinedione và insulin không rõ ràng. Các nghiên cứu quan sát không nhóm chứng cứ tổng quan đó cũng rằng kết quả thuyết phục, chứng cứ là trong phải kết hợp với insulin nên. Vì vậy có các nghiên cứu lớn và tiên lượng sẽ phải kết hợp giữa insulin với nhóm thuốc làm tăng tiết insulin tác động nhanh hay thiazolidinedione.

Tổng quan Cochrane năm 2005 bao gồm 45 thử nghiệm ngẫu nhiên có điều chỉnh với 2156 bệnh nhân cho thấy không có sự khác biệt về kiểm soát chuyển hóa và biến chứng huyết giảm giữa insulin ngắn và insulin trung tính, mặc dù tiên lượng về phía bệnh nhân như là chất lượng cuộc sống, các biến chứng cấp tính và tỷ lệ không được đáp ứng thích hợp bởi những nghiên cứu ngẫu nhiên có điều chỉnh chất lượng cao này. Mặc dù chi phí – hiệu quả hiện nay nghiêng về phía không phải insulin ngắn, tình hình này hiện đang thay đổi.

Các chứng cứ rằng insulin tác động nhanh là điều kiện cần mà tổng quan gần đây của Cochrane có một số khuyến nghị về phương pháp. Có thể xét đến việc dùng các thuốc đường huyết là các biến pháp tích cực hay với sự thiếu hụt insulin tiềm ẩn, cho dù các thuốc đường huyết rất ít có lợi hại.

Điều trị insulin tích cực ở ĐTĐ type2 đã được chứng minh làm cải thiện đường huyết, cải thiện tiên lượng trên lâm sàng và gia tăng tính linh hoạt. Chứng cứ về bệnh insulin ở ĐTĐ type2 vẫn còn thiếu hụt đáng kể mà khuyến cáo sơ đẳng chung, mặc dù đó là một lựa chọn tiềm năng cho các bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh tiểu đường hay trong trong trường hợp cần thiết.

4. Bàn luận

Chứng cứ cho thấy mức HbA1c theo DCCT khoảng 7% (dân số chung) có thể đạt được bằng điều trị insulin phải kết hợp với thuốc viên hoặc đường huyết uống, cho thấy sự thiếu hụt insulin không tiềm ẩn quá mức. Điều này gợi ý nên khởi đầu insulin khi kiểm soát đường huyết uống không

7.5%. Tăng liều cho đường bệnh theo dõi và tăng cường giáo dục về cách dùng thuốc điều trị đường huyết. Người ta biết rõ là ý muốn của bệnh nhân có một phần trong việc sử dụng insulin. Các nghiên cứu về các đường dùng tác dụng dài cho thấy ít gây ra biến chứng huyết đường so với insulin NPH. Tuy nhiên, chúng cần ý rằng cho đường dùng phôi hợp với thuốc huyết đường là cần thiết nếu bệnh nhân duy trì kiểm soát đường huyết trong cả ngày và insulin trước bữa ăn (đường hai pha hay với bữa ăn) theo thời gian là cần thiết.

Cho đường dùng insulin có thể rất tốt. Nhưng nếu mà đây là một vấn đề, insulin NPH và insulin người hợp với là loại thay thế rất hữu ích. Tuy nhiên số lượng nhỏ của việc cung cấp (cho thức ăn, tính số có, loại insulin) rất cần sự chú ý kỹ lưỡng.

5. Thực hiện

Các hợp đồng nên được cấp để tính số có liên tục của insulin và các vật dụng hỗ trợ (bao gồm cho thức ăn theo dõi và giáo dục).

Cần đảm bảo tính số có của đo HbA1c (ngoại trừ trong chăm sóc tại bệnh viện) và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe cho việc giáo dục và đưa ra các lời khuyên thực hành xuyên khi tăng liều.

Tránh sự chậm trễ trong khi điều trị insulin như là một vấn đề hiện nay ở hầu như tất cả các trung tâm ĐĐT. Các hợp đồng nên chi tiết và kiểm tra kiểm soát đường huyết người đang điều trị thuốc uống như là một phần của việc đi phó với vấn đề này.

6. Lựa chọn giá

Nên đánh giá về kiểm soát đường huyết đối tượng bệnh nhân ngừng dùng thuốc viên uống và bệnh nhân bắt đầu dùng insulin, tham khảo đến việc dùng các biện pháp trên một khi bắt đầu dùng insulin. Nên biết đến các phát triển và nguồn tài liệu để đưa ra quyết định.

(Theo International Diabetes Federation)