

Bệnh thận mạn ở người cao tuổi

An toàn và hiệu quả của SGLT

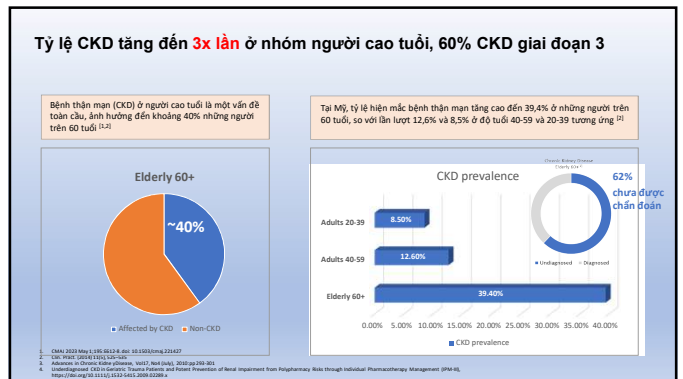
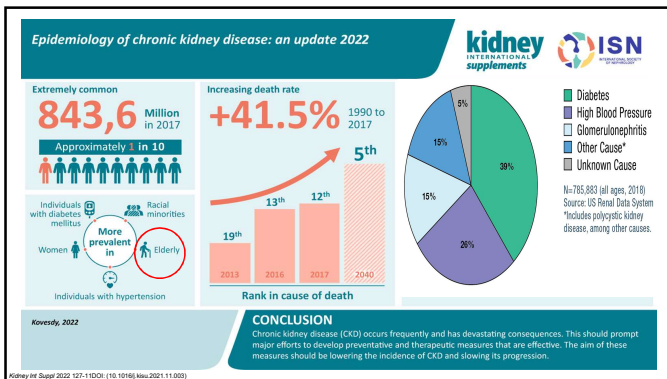
TS.BS Đặng Anh Đào
 Khoa Nội thận – Nội tiết
 Bệnh viện Đà Nẵng



EM-VN-103682

Disclaimer:

- Information provided in this educational presentation may contain recommendations outside the approved labeling of the drugs under discussion. It is intended to provide healthcare professional audience with pertinent scientific data to form your own conclusions and make your own decisions. This information is not intended to be promoting or recommending any indication, dosage or other claims not covered in the licensed prescribing information. Please refer to the VN MoH-approved prescribing information for these therapies for a complete list of approved indications and dosing, contraindications and warnings.
- This presentation has been independently prepared by the speaker for scientific update purpose only. The views and opinion expressed herein are those of the speaker and do not necessarily reflect the views of any entities that are involved in the organization of event.
- This presentation is financially supported by Boehringer-Ingelheim.



Elderly patients*

Strongly growing population from a medical point of view

- Older people**
 - Multimorbidity
 - Polypharmacy
 - Fragility
 - Cognitive impairment
 - Geronto-psychiatric disorders

Prevalence of CKD
Heart failure, T2D

Advanced CKD & renal replacement therapy

Majority of dialysis initiation > 75 years

Quality of life often more important than survival

Higher prevalence of cognitive deficits in older people with CKD

→ high relevance of repeated patient interviews

Treatment in old age is complex and requires an interdisciplinary approach. In this context, the preservation of a good quality of life is also increasingly coming into focus.

*The KDIGO guideline includes > 75 as old age. CKD, Chronic Kidney Disease; KDIGO, Kidney Disease Improving Global Outcomes; CKD, Chronic Kidney Disease; Multimorbidity, Multiple Disease; Polypharmacy, Multiple Medication; Geronto-psychiatric, Geriatric Psychiatry; CKD, Chronic Kidney Disease; T2D, Type 2 Diabetes Mellitus; HF, Heart Failure; ESRD, End-Stage Renal Disease; RRT, Renal Replacement Therapy; GFR, Glomerular Filtration Rate; eGFR, Estimated Glomerular Filtration Rate; KDIGO, Kidney Disease Improving Global Outcomes; KDIGO, CKD Work Group; Kidney, Chronic Kidney Disease; KDIGO, 2012; 117-124.

Các thay đổi cấu trúc và chức năng thận ở người cao tuổi

RENAL AGING

Structural changes

- Loss of renal parenchyma
- Decreased nephron numbers
- Glomerular basal lamina thickening
- Glomerulosclerosis

Functional changes

- Decreased capacity of urine concentration: Less Na reabsorption
- Vasoconstriction: Less production of NO and other renal vasodilators
- Decreased levels of Klotho

CKD IN ELDERLY PEOPLE

Chronic inflammation

Comorbidities

Aging

Higher mortality risk


CKD Acceleration of organ ageing

- Brain
- Cardiovascular
- Hepatic
- Metabolic
- Pulmonary

Accumulation of multi-organ and multisystem ageing

Int. J. Environ. Res. Public Health **2021**, *18*(15), 8044


Thay đổi mức lọc cầu thận theo tuổi



Nam 55 tuổi, creatinin HT 112 µmol/l (1.27 mg/dl), uACR A1, không có bằng chứng tổn thương thận

eGFR-CKD.EPI: 67 ml/phút/1.73m²

Non CKD



Nam 76 tuổi, creatinin HT 112 µmol/l (1.27 mg/dl), uACR A1, không có bằng chứng tổn thương thận

eGFR: 59 ml/phút/1.73m²

CKD 3a-A1

Bệnh thận mạn ở người cao tuổi

CKD versus normal kidney aging

	CKD	Aging kidney
Nitrogen waste products in the blood	Increased	Normal
Albuminuria	Present	Absent
Anemia	Present (erythropoietin deficiency)	May be present (nutritional anemia)
Acid-base balance	Metabolic acidosis	Normal
Ca-P metabolism	Hypocalcemia decreased active vitamin D, increased PTH	Possible hypocalcemia, normal PTH, normal active vitamin D

Daniela Rădulescu, Diagnosis of Chronic Kidney Disease in the Elderly – A Challenge for the Practitioner
Romanian Journal of Military Medicine

Chế độ ăn protein-KDIGO 2024

- Recommendation 3.3.1.1: chúng tôi đề nghị duy trì lượng protein ăn vào 0.8 g/kg BW/ngày ở CKD G3–G5 (2C).
- Practice Point 3.3.1.1: tránh lượng protein ăn vào > 1.3 g/kg BW/ngày ở CKD có nguy cơ tiến triển.
- Practice Point 3.3.1.2: ở CKD có khả năng và nguy cơ suy thận xem xét kê đơn và giám sát chặt chế độ ăn rất thấp protein 0.3–0.4 g/kg BW/ngày được bổ sung a.a thiết yếu hoặc ketoacid analogs (up to 0.6 g/kg body weight/d).
- Practice Point 3.3.1.3: không kê đơn chế độ ăn thấp hoặc rất thấp protein ở bệnh nhân CKD có tình trạng chuyển hóa không ổn định.
- Người cao tuổi:
 - Practice Point 3.3.1.5: ở người cao tuổi có tình trạng tiềm ẩn như dễ bị tổn thương và thiếu cơ xem xét chế độ ăn nhiều protein và calo hơn (1.0–1.2g/kg/ngày)

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S): S117–S134.

TIẾP CẬN QUẢN LÝ TOÀN DIỆN BỆNH THẬN MẠN VỚI RASI VÀ SGLT2i

Treatments that delay progression of CKD with a strong evidence base include RASi and SGLT2i. In people with CKD and heart failure, SGLT2i confer benefits irrespective of albuminuria.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S): S117–S134.

KDIGO-CKD 2024: RAASi chỉ sử dụng trong bệnh thận mạn giai đoạn G1-4

- 1B** 3.6.1: We recommend starting renin-angiotensin-system inhibitors (RASi) (angiotensin-converting enzyme inhibitor- ACE- or angiotensin II receptor blocker- ARB) for people with CKD and severely increased albuminuria (G1–G4, A3) without diabetes (1B).
- 2C** 3.6.2: We suggest starting RASi (ACEi or ARB) for people with CKD and moderately increased albuminuria (G1–G4, A2) without diabetes (2C).
- 1B** 3.6.3: We recommend starting RASi (ACEi or ARB) for people with CKD and moderately to severely increased albuminuria (G1–G4, A2 and A3) with diabetes (1B).

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for Evaluation and Management Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024

3.4.1: We suggest the adults' BP targets of <120 systolic mmHg, when tolerated, using standardized office BP measurement (2B).

KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for Evaluation and Management Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024

Blood Pressure Control

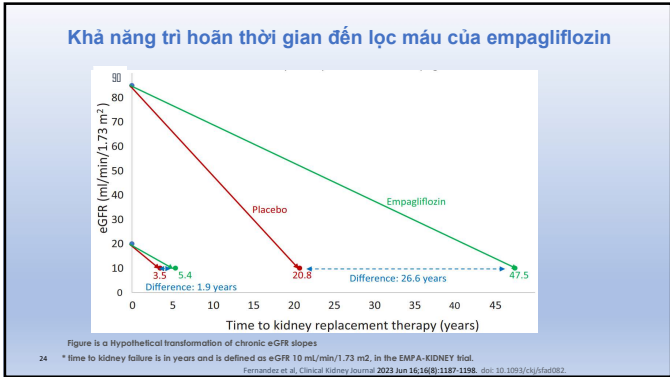
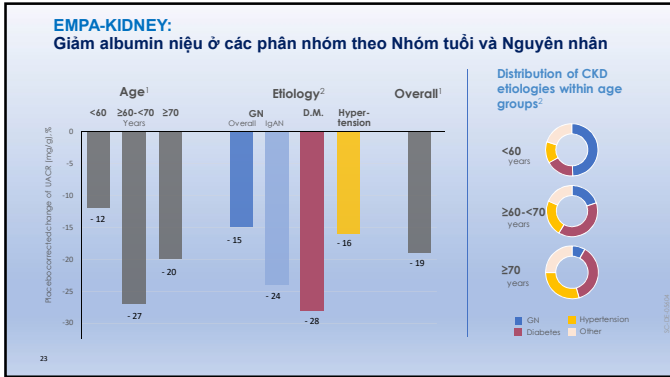
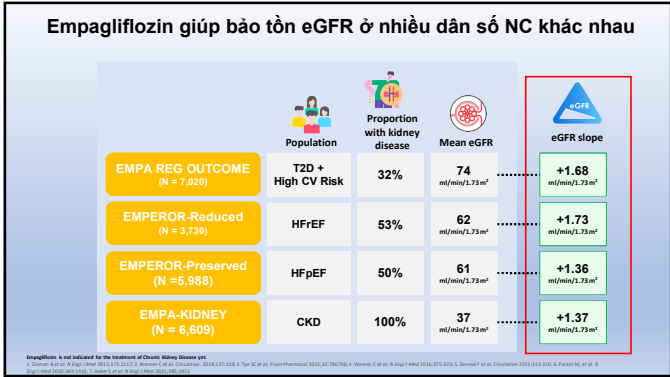
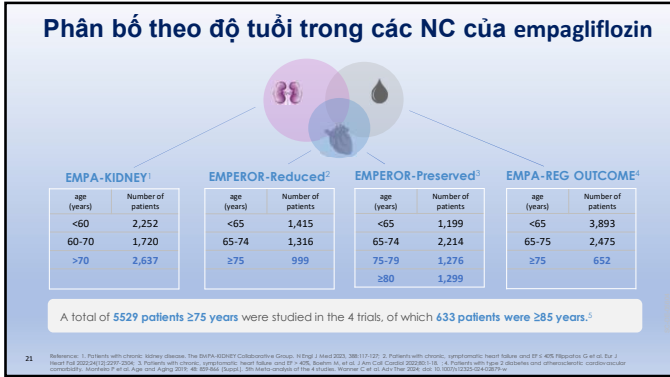
Practice Points

- Consider **ACEi** (or **ARB**) if elevated protein in people with CKD, high risk of stroke and no known very high-risk (e.g. myocardial or symptomatic) cardiac dysfunction.
- Monitor BP often in a patient with CKD and consider BP control with standardized auscultatory office BP in patients with CKD.
- In patients with CKD, when ACEi is not available, it is reasonable to start treatment with angiotensin II receptor blocker in a patient-driven, individualized setting, if they are expected to use, stop, and restart when necessary. This target is limited by signs of hemodynamic intolerance.

Recommendations

- 2B** We suggest that adults with CKD have a target BP of <120 mmHg, when tolerated, using standardized office BP measurement.
- 2C** We suggest that in patients with CKD, treat to SBP goal of 130 mmHg, when tolerated.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S): S117–S134.



REVIEW ARTICLE | NEPHROLOGY | WILEY

Practical considerations for the use of SGLT-2 inhibitors in the Asia-Pacific countries—An expert consensus statement

Adrian Liaw¹ | Aida Lyda² | Bin J. Matarwan³ | Paweena Susantiphong⁴ | Huang Thi Binh Tran⁵ | Lee Ling Lim^{4,7*}

People of advanced age defined as greater than 70 years old, should similarly be considered for SGLT-2 inhibitor treatment where indicated, as they have been found to have similar benefits and efficacy in clinical trials. The use of SGLT-2 inhibitors in this population has been associated with similar cardioprotective outcomes,^{1,2,10} overall decrease of 0.4% in HbA1c comparable to younger age groups,^{5,6} 1.4–4.0 kg weight loss and a mean reduction of 2–5 mmHg in systolic blood pressure.^{5,9}

The use of SGLT-2 inhibitors in elderly people are generally safe, and there is no specific contraindication to the use of these drugs based on advanced age. However, some caution is required due to the difference in physiology and clinical presentation of diseases with ageing.

Việc sử dụng SGLT2i ở người cao tuổi thường an toàn và không có chống chỉ định đặc biệt

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận của BHYT Việt Nam 2024 ghi nhận vai trò SGLT2i

BỘ Y TẾ | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

Số: 2388/QĐ-BYT | Hà Nội, ngày 12 tháng 8 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH
Về việc ban hành tài liệu chuyên môn
"Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận"

DKD

- Khuyến cáo sử dụng SGLT2i (Dapagliflozin 10mg/ngày, Empagliflozin 10mg hoặc 25mg/ngày) cho BN ĐTD typ 2 mắc BTM có MLCT $\geq 20\text{ml/phút/1,73m}^2$ để bảo vệ thận và tim mạch. Đây là lựa chọn được ưu tiên cho các BN có albumin niệu trên mức bình thường nhưng HA bình thường.

CKD + T2D

4.3.3.2. Kiểm soát đường máu

Bảo gồm các liệu pháp thay đổi lối sống, chế độ ăn, luyện tập và:

- Điều trị đầu tay với metformin kết hợp insulin: ưu tiên chế độ dùng viên chuyển insulin-glucose-2 (SGLT2i) cho BN ĐTD typ 2 và BTM có MLCT $\geq 30\text{ml/phút/1,73m}^2$ đã.
- Thước ức chế SGLT2 cho BN ĐTD typ 2 và BTM có MLCT $\geq 20\text{ml/phút/1,73m}^2$ đã.

CKD + HF

c. Thước ức chế đồng vận chuyển Natri-Glucose 2 (SGLT2i)
Lựa chọn có định Empagliflozin 10mg, Dapagliflozin 10mg

- Sử dụng SGLT2i (Dapagliflozin, Empagliflozin) cho BN suy tim EF giảm bất kể BN có ĐTD hay không và có MLCT $\geq 20\text{ml/phút/1,73m}^2$ để lợi nặng BN có uACR $\geq 25\text{mg/mmol}$, lợi từ BN có bệnh tim đã dùng hoặc dự định liệu pháp (CMD) điều trị bệnh thận (IA)
- Khuyến cáo sử dụng SGLT2i ở BN suy tim có triệu chứng (không phải bệnh phổi sáng sáng mạn) (IA)
- Nên chỉ định SGLT2i (Empagliflozin, Dapagliflozin) cho BN suy tim EF giảm nhẹ hoặc EF bảo tồn để giảm nhập viện do suy tim, tử vong tim mạch và tử vong chung.

Quyết định của Bộ Y tế "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận" (www.com.vn)

Chỉ định Empagliflozin tại Việt Nam (cập nhật ngày 04/11/2024)

	ĐTD typ 2	Suy tim (bất kể EF)	Bệnh thận mạn
Chỉ định	Kiểm soát đường huyết Giảm nguy cơ tử vong tim mạch ở bệnh nhân trưởng thành ĐTD typ 2 và có sẵn bệnh lý tim mạch	Giảm nguy cơ tử vong tim mạch và nhập viện do suy tim ở bệnh nhân trưởng thành suy tim	Giảm nguy cơ suy giảm eGFR kéo dài, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, tử vong tim mạch và nhập viện ở bệnh nhân trưởng thành mắc bệnh thận mạn tính có nguy cơ tiến triển
Liều dùng	10 mg 1 lần/ngày <small>Có thể tăng lên 25 mg 1 lần/ngày nếu cần kiểm soát đường huyết chặt chẽ hơn</small>	10 mg 1 lần/ngày	10 mg 1 lần/ngày

* Không khuyến cáo sử dụng thuốc ở bệnh nhân có eGFR < 30 ml/phút/1,73m² để kiểm soát đường huyết.
† Các nghiên cứu về hiệu quả và tính an toàn của empagliflozin không thu nhận bệnh nhân có eGFR < 20 ml/phút/1,73m² hoặc lọc thận. Khi đã được thu nhận vào nghiên cứu, bệnh nhân trưởng thành trong các nghiên cứu EMPA-REG OUTCOME, EMPEROR-Reduced, EMPEROR-Preserved và EMPA-KIDNEY không yêu cầu ngưng điều trị vì lý do eGFR giảm xuống dưới 20 ml/phút/1,73m² hoặc bất ổn định lọc thận.

Tài liệu tham khảo: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận của Bộ Y tế Việt Nam, 11/2024

Kết luận

- Bệnh thận mạn thường gặp ở người cao tuổi kèm nhiều bệnh đồng mắc mạn tính, tình trạng suy dinh dưỡng, mất khối cơ...
- Hiểu rõ giảm GFR sinh lý và CKD ở người cao tuổi, và các yếu tố ảnh hưởng đến GFR
- Các nhân hóa các mục tiêu điều trị cho người cao tuổi: tình trạng dinh dưỡng, huyết áp, đường máu...
- SGLT2i có hiệu quả cải thiện kết cục tim thận và an toàn ở người cao tuổi

**CẢM ƠN SỰ LẮNG NGHE CỦA
QUÝ THẦY CÔ VÀ ĐỒNG NGHIỆP**

