

ĐIỀU TRỊ INSULIN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

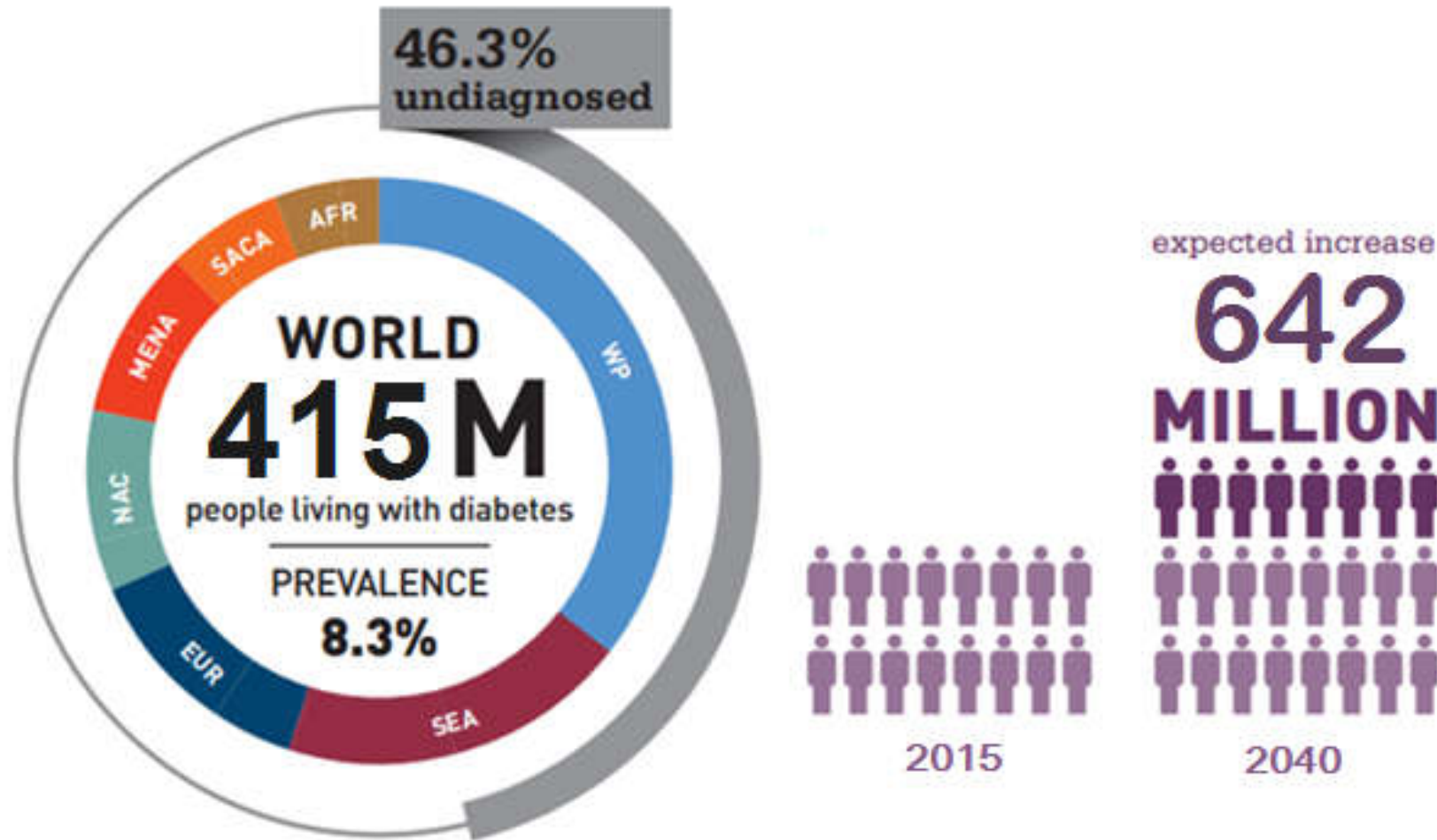
**TS. BS NGUYỄN THỊ THU THẢO
TK NỘI TIẾT – THẬN
BỆNH VIỆN NDGD**

NỘI DUNG

Sau khi học bài này học viên:

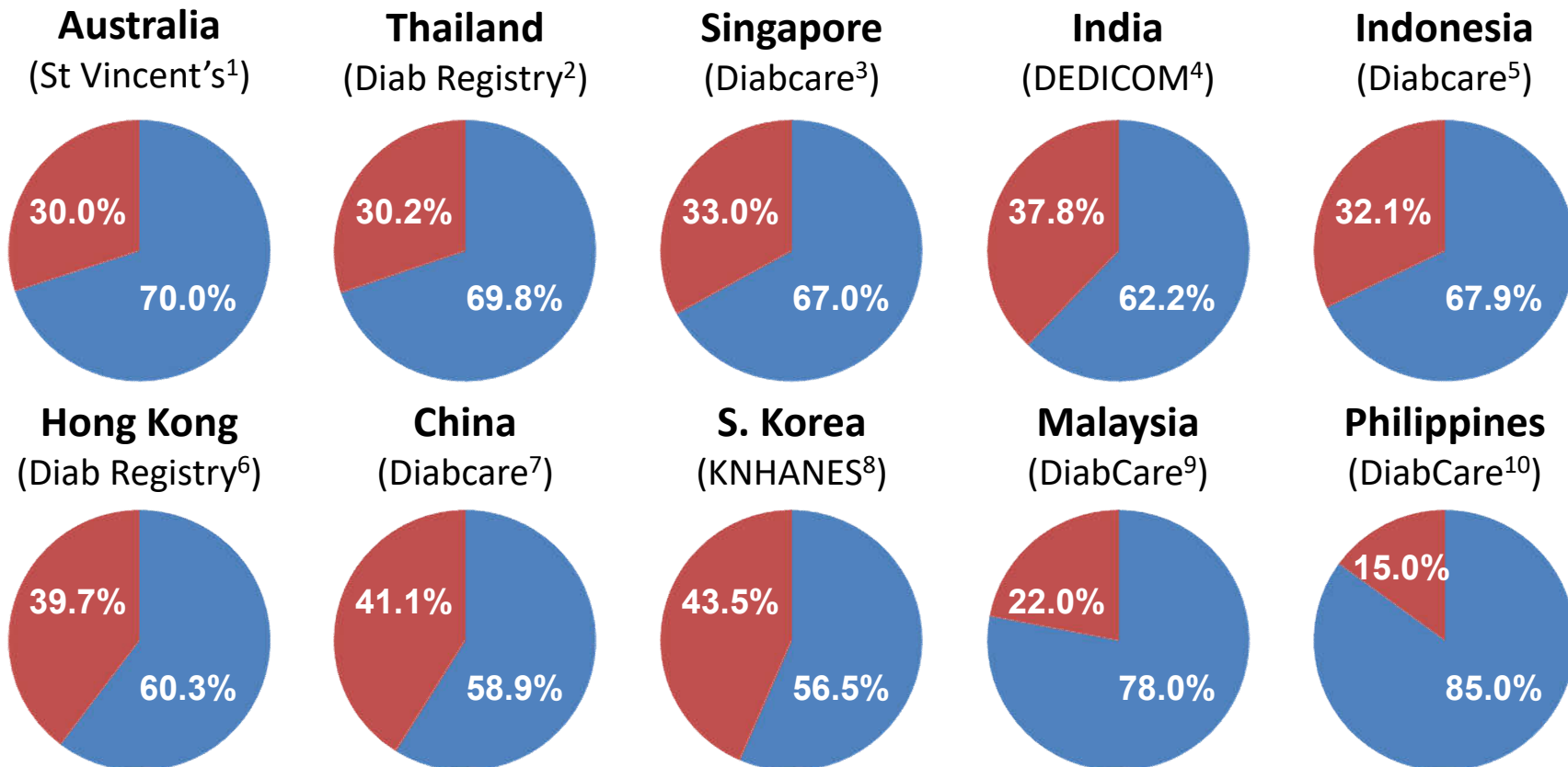
- Biết được các loại insulin: insulin nền, insulin tác dụng trung bình, tác dụng ngắn analog, tác dụng nhanh.
- Biết cách sử dụng: phác đồ basal, basal plus, basal bolus
- Biết cách tiêm insulin và bảo quản insulin: dạng bút, dạng lọ

TỶ LỆ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN THẾ GIỚI



Phần lớn bệnh nhân ĐTDĐ típ 2 khu vực Châu Á – Thái Bình Dương không đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết (HbA_{1c} < 7%)

■ HbA_{1c} above target ■ HbA_{1c} at or below target



1. Bryant W, et al. MJA 2006;185:305–9. 2. Kosachunhanun N, et al. J Med Assoc Thai 2006;89:S66–71
 3. Lee WRW, et al. Singapore Med J 2001;42:501–7. 4. Nagpal J & Bhartia A. Diabetes Care 2006;29:2341–8
 5. Soewondo P, et al. Med J Indones 2010;19:235–44. 6. Tong PCY, et al. Diab Res Clin Pract 2008;82:346–52
 7. Pan C, et al. Curr Med Res Opin 2009;25:39–45. 8. Choi YJ, et al. Diabetes Care 2009;32:2016–20.
 9. Mafauzy M, et al. Med J Malaysia 2011;66:175–81.
 10. Jimeno CA, Sobrepena L, Mirasol R. Phil. J Int Med 2012; 50 (1):15–22

Hiệu quả kiểm soát đường huyết

Improved Glycemic Control Has Been Shown to Reduce the Risk of Complications

According to the United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 35, Every 1% Decrease in A1C Resulted in:



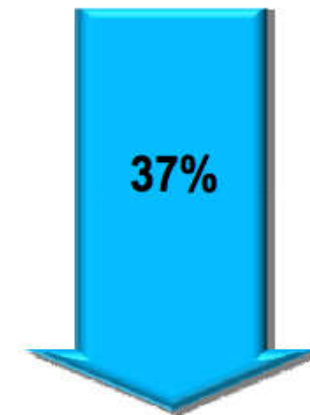
**Decrease
in risk of any
diabetes-related
end point
($P < .0001$)**



**Decrease
in risk of MI
($P < .0001$)**



**Decrease
in risk of
stroke
($P = .04$)**



**Decrease
in risk of
microvascular
complications
($P < .0001$)**

Chẩn đoán ĐTĐ & tiền ĐTĐ ADA 2016

	Tiền ĐTĐ	Đái Tháo Đường
HbA1c	5.7-6.4%	≥ 6.5%
Glucose huyết đói	100-125 mg/dL (5.6-6.9 mmol/L)	≥ 126mg/dL (7.0mmol/L)
OGTT	140-199 mg/dL (7.8-11.0mmol/L)	≥ 200mg/dL(11.1mmol/L)*
Mẫu huyết tương bất kỳ		≥ 200mg/dL(11.1mmol/L)†

OGTT: Nghiệm pháp dung nạp glucose. Kết quả glucose huyết tương 2 giờ sau khi uống 75 gam glucose

•: khi không có triệu chứng rõ của tăng glucose huyết, lập lại xét nghiệm lần thứ hai

†: bệnh nhân có triệu chứng kinh điển của tăng glucose huyết, hoặc cơn tăng glucose huyết cấp

Chẩn đoán ĐTĐ thai kỳ (IADPSG – ADA 2016)

Được chẩn đoán ở TCN thứ 2, 3 thai kỳ

Chẩn đoán (+) khi có bất kỳ 1 giá trị nào sau đây:

Chỉ số	2011
ĐH tương lúc đói	$\geq 5,1$ mmol/l (92mg/dL)
ĐH tương 1g sau uống 75g G	≥ 10 mmol/l (180mg/dl)
Đường huyết tương sau 2giờ uống 75g G	$\geq 8,5$ mmol/l (153mg/dl)

Đái tháo đường

≥ 126 mg/dl

Rối loạn ĐH đái

< 126 mg/dl

**50% mắc bệnh tim
mạch và đột quỵ**

≥ 100 mg/dl

Bình thường

< 100 mg/dl

CÁC XÉT NGHIỆM

Khi ĐTĐ được chẩn đoán, tùy đánh giá của thầy thuốc, cần làm thêm:

- XN máu: Công thức máu, **HbA1c**, Cholesterol, Triglycerid, HDL-c, LDL-c, US, Creatinin máu, điện giải đồ máu, SGOT, SGPT, ...
- XN nước tiểu: Tổng PTNT, Microalbumin niệu
- Khám và soi đáy mắt
- XQ ngực, ECG, siêu âm tim

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ CHUNG – ADA 2016

Chỉ số	Mục tiêu
HbA1C	< 7.0% (cá thể hóa)
ĐH trước ăn	80 – 130 mg/dL (4.4 – 7.2 mmol/l)
ĐH sau ăn	< 180 mg/dL
HA	< 140/90 mmHg (<130/80 nếu có bệnh thận, trẻ)
Bilan Lipids	LDL: < 100 mg/dL (2.6 mmol/l) < 70 mg/dL (1.81 mmol/l) (with overt CVD) HDL: > 40 mg/dL (1.1mmol/l) (nam) > 50 mg/dL (1.30 mmol/l) (nữ) TG: < 150 mg/dL (1.7 mmol/l)

HDL = high-density lipoprotein; LDL = low-density lipoprotein; PG = plasma glucose; TG = triglycerides.

Mục tiêu kiểm soát ĐH theo cá thể hoá – ADA 2016

HbA1c cần đạt



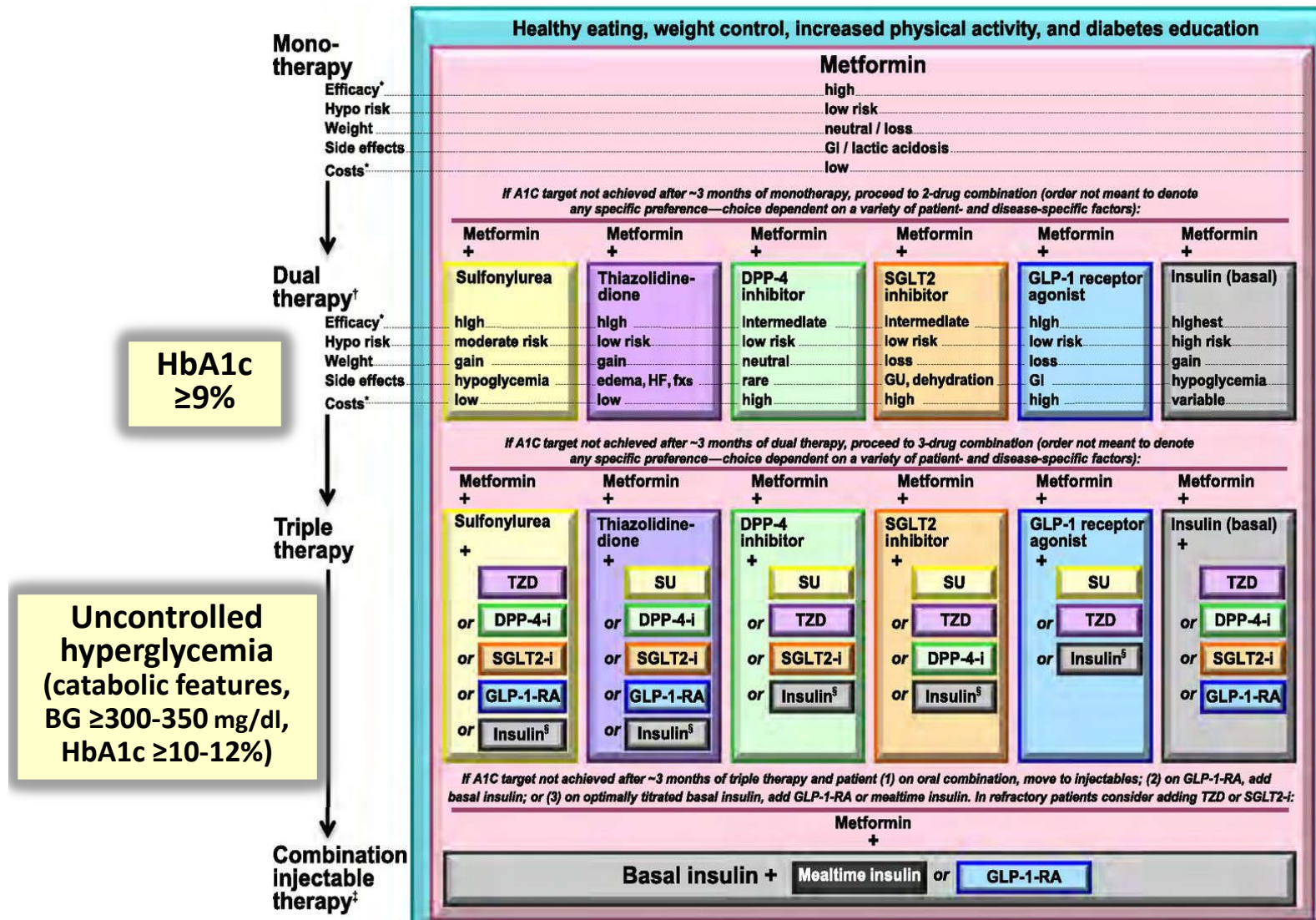
HbA1c <7%	Factors	HbA1c : 7,5 - 8,0%
Có động lực cao, tuân thủ, hiểu biết, khả năng tự chăm sóc tốt	Thái độ của bệnh nhân	Ít có động lực, tuân thủ kém, ít hiểu biết, khả năng tự chăm sóc kém
Dồi dào	Nguồn lực	kém
Thấp	Nguy cơ hạ ĐH	Cao
Ngắn	Thời gian bị ĐTD	Dài
Dài	Triển vọng sống	Ngắn
Chưa có	BCMM nhỏ	Tiến triển
Chưa có	BCMM lớn	Đã có
Không có	Bệnh kèm theo	Nhiều hoặc nặng

MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ ĐTĐ THAI KỲ - ADA 2016

Chỉ số	Mục tiêu
HbA1C	< 6,5%
ĐH đói	≤ 90mg/dL (5 mmol/l)
ĐH sau ăn 1g	≤ 130 -140 mg/dL (7,2 - 7,8 mmol/l)
ĐH sau ăn 2g	≤ 120 mg/dL (6,7 mmol/l)
HA tâm thu	110 - 129mmHg
HA T.trương	65 – 79 mmHg
	Mức HA thấp hơn: thai kém phát triển
	KS đường huyết càng gần BT càng giảm nguy cơ dị tật bẩm sinh cho con

ACOG = the American College of Obstetricians and Gynecologists

Phác đồ điều trị bệnh ĐTD típ 2: khuyến cáo chung



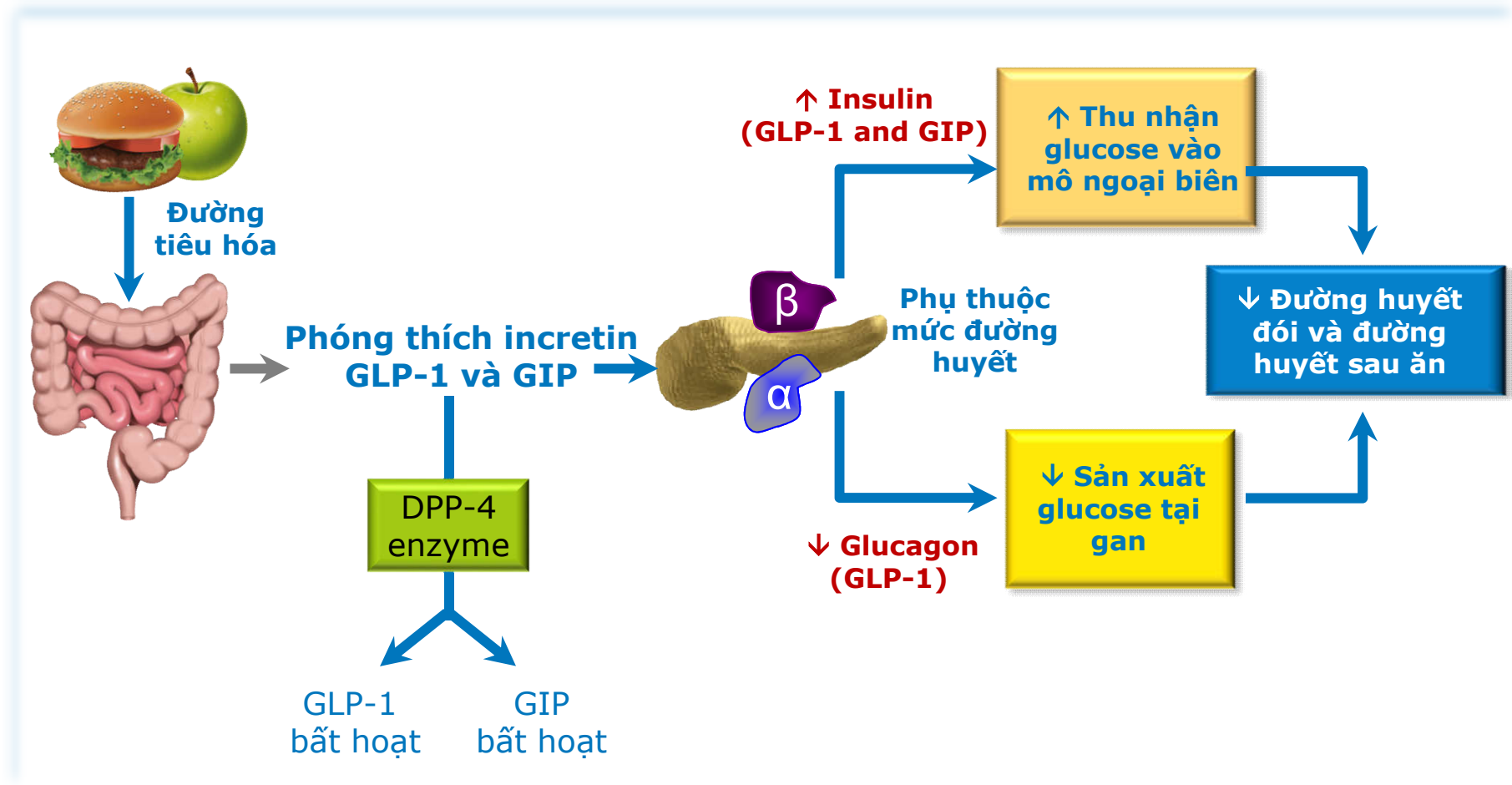
HbA1c ≥9%

Uncontrolled hyperglycemia (catabolic features, BG ≥300-350 mg/dl, HbA1c ≥10-12%)

American Diabetes Association Dia Care 2016;39:S52-S59

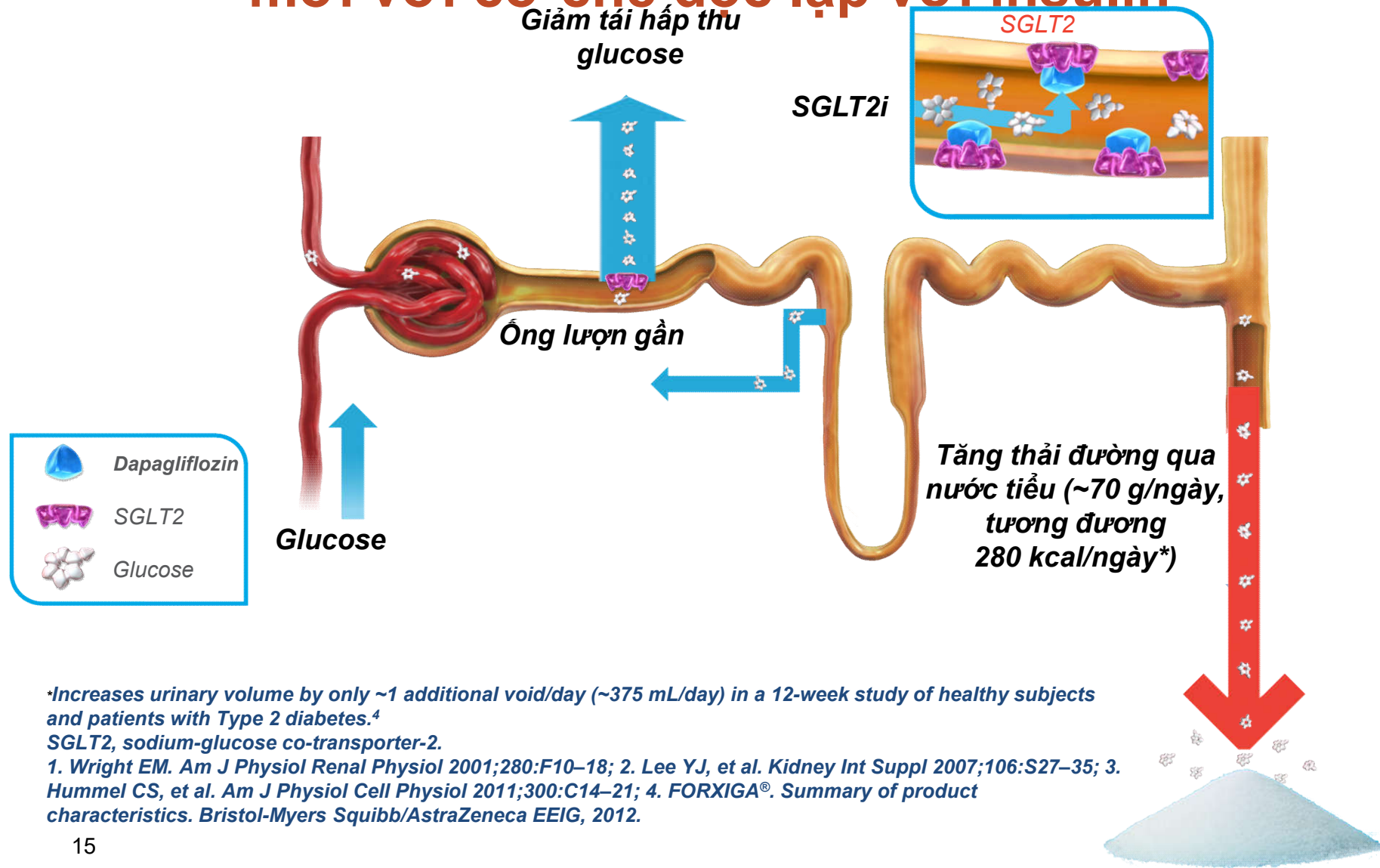


ỨNG DỤNG CHẾ DỨT DPP4 – CƠ CHẾ TÁC DỤNG



Adapted from: 1. Drucker DJ. *Cell Metab.* 2006; 3: 153–65.
Ludwig DS. *JAMA.* 2002; 287: 2414–23.

SGLT2: Liệu pháp kiểm soát đường huyết mới với cơ chế độc lập với insulin

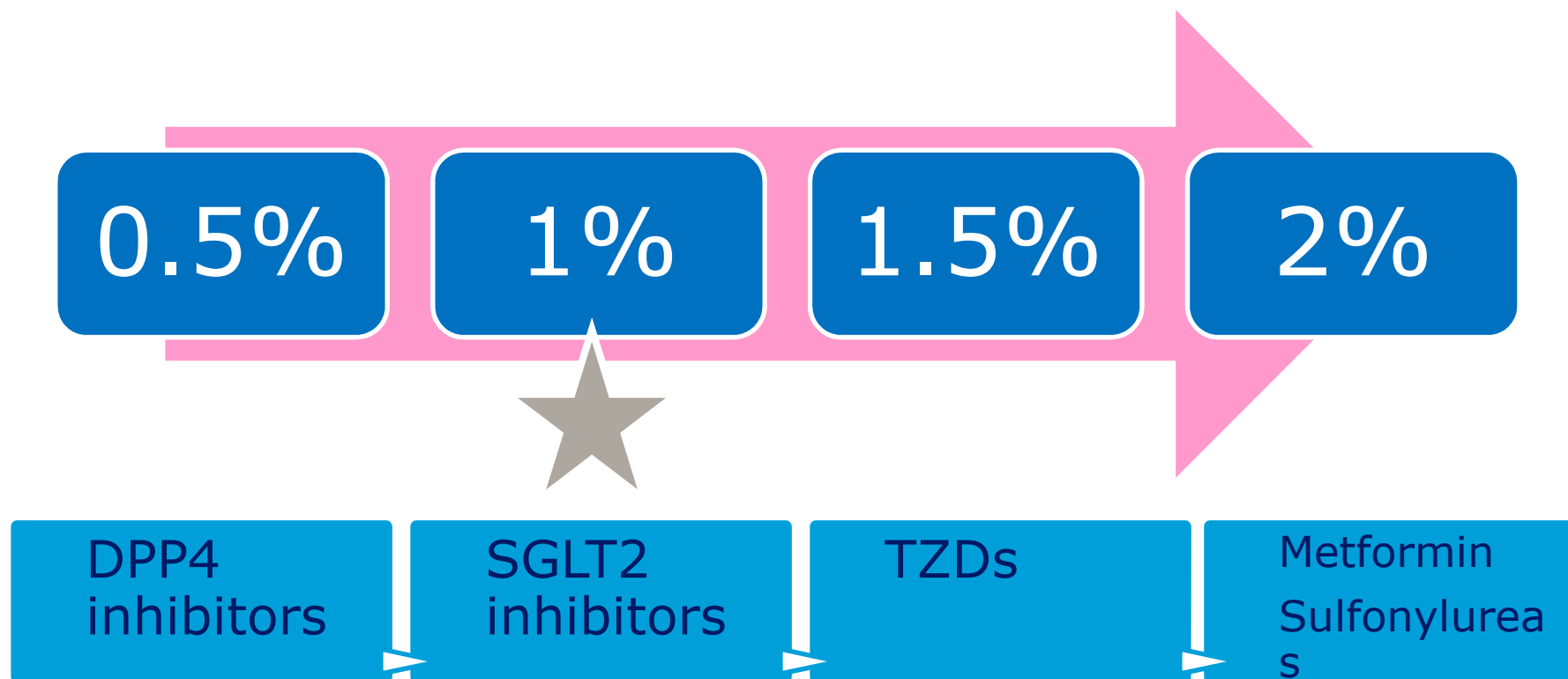


**Increases urinary volume by only ~1 additional void/day (~375 mL/day) in a 12-week study of healthy subjects and patients with Type 2 diabetes.⁴*

SGLT2, sodium-glucose co-transporter-2.

1. Wright EM. Am J Physiol Renal Physiol 2001;280:F10–18; 2. Lee YJ, et al. Kidney Int Suppl 2007;106:S27–35; 3. Hummel CS, et al. Am J Physiol Cell Physiol 2011;300:C14–21; 4. FORXIGA®. Summary of product characteristics. Bristol-Myers Squibb/AstraZeneca EEIG, 2012.

SGLT2 Inhibitors giảm HbA1c



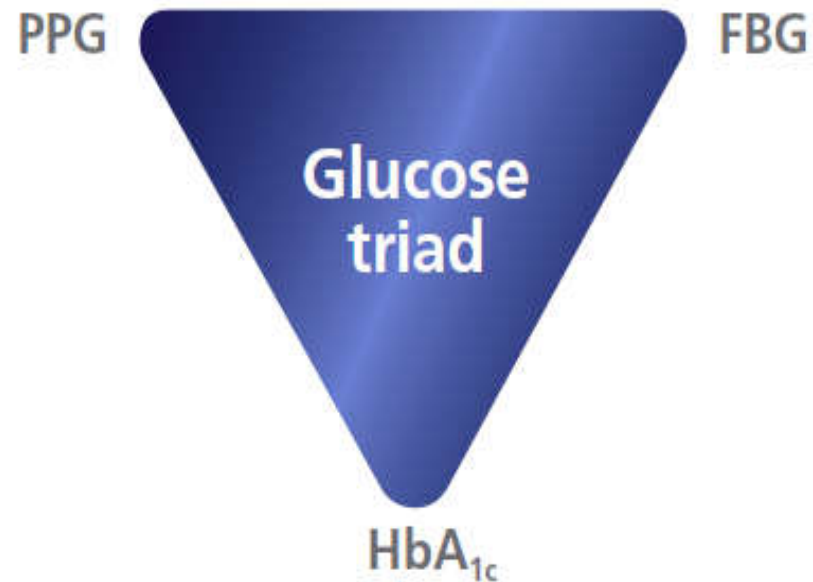
Các loại Insulin

Loại insulin	Thời gian bắt đầu tác dụng	Đỉnh	Thời gian
Tác dụng nhanh (analogue)			
Aspart	10 – 30 phút	0.5 – 3 giờ	3 – 5 giờ
Glulisine	10 – 30 phút	0.5 – 3 giờ	3 – 5 giờ
Lispro	10 – 30 phút	0.5 – 3 giờ	3 – 5 giờ
Insulin tác dụng ngắn			
Regular insulin	0.5 – 1 giờ	2 – 5 giờ	12 giờ
Insulin tác dụng trung bình			
NPH insulin	1.5 – 4 giờ	4 – 12 giờ	24 giờ
Insulin tác dụng kéo dài (analogue)			
Detemir	0.75 – 4 giờ	Đỉnh thấp hoặc không đỉnh	24 giờ
Glargine	0.75 – 4 giờ		24 giờ
Insulin hỗn hợp (2 pha)			
70% NPH; 30% regular	0.5 – 1 giờ	2 – 5 giờ	24 giờ
70% protamine suspension aspart; 30% aspart	10 – 30 phút	0.5 – 3 giờ	24 giờ

Điều trị Insulin bệnh đái tháo đường típ 2

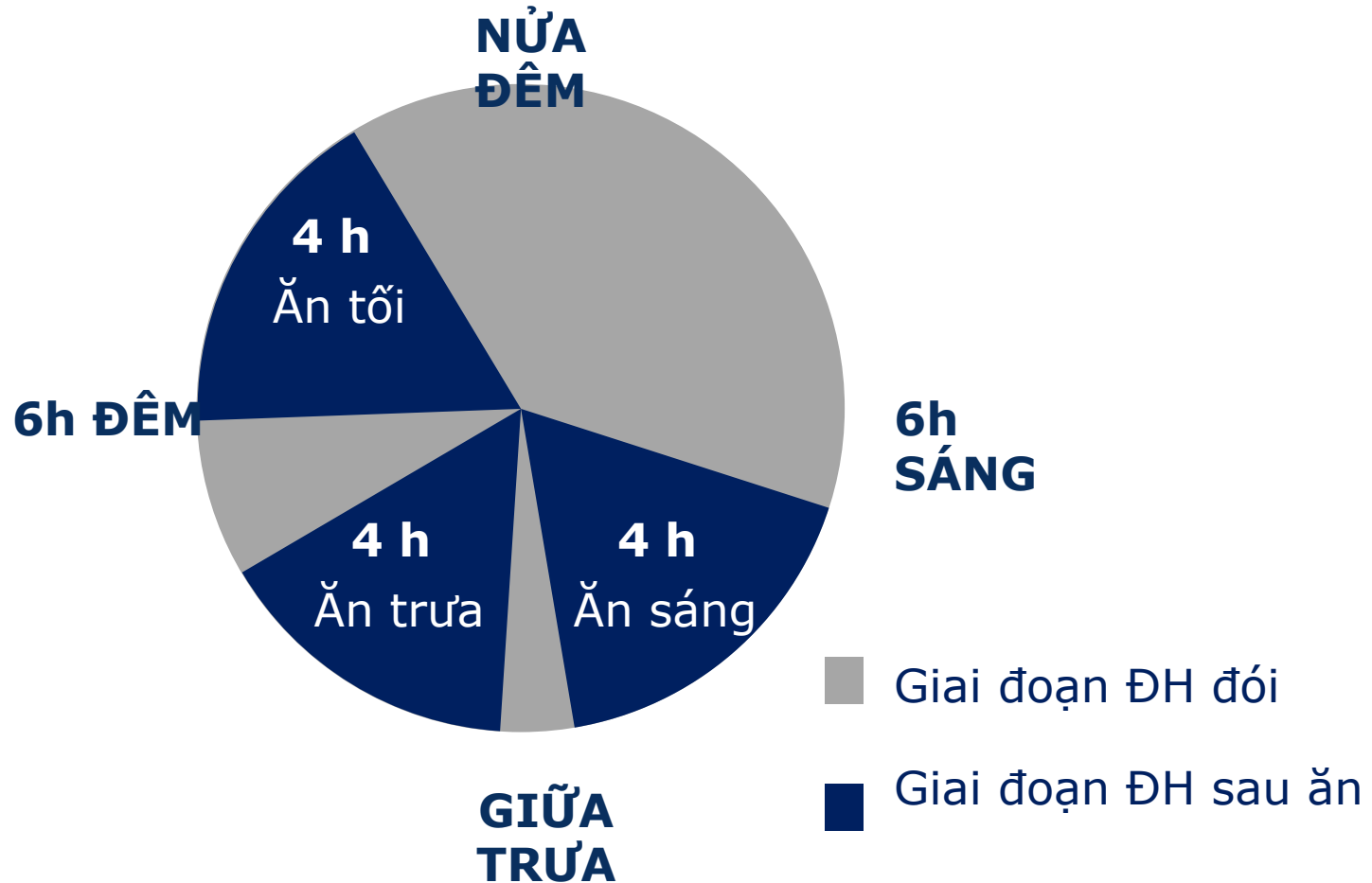
- Khởi trị Insulin:
 - **Insulin nền + OADs** (Insulatard, Lantus, Determir...)
 - **Insulin hai pha + OADs** (Mixtard, Novomix...)
- Điều trị Insulin tăng cường:
 - **Insulin hai pha tiêm 2 lần/ngày** (Novomix, Mixtard, Humulin M...)
 - **Basal plus:** Insulin nền + 1 mũi insulin nhanh
 - **Basal bolus:** Insulin nền + 2,3 mũi tiêm insulin nhanh

Cả đường huyết đói và đường huyết sau ăn đều đóng góp vào HbA_{1c}



Bằng chứng lâm sàng cho thấy **giảm dao động đường huyết sau ăn rất quan trọng, hoặc có lẽ quan trọng hơn đường huyết đói** trong việc đạt được mục tiêu HbA_{1c}

Khoảng thời gian sau ăn cộng dồn trong ngày khoảng 12 giờ



PHÁC ĐỒ BASAL INSULIN

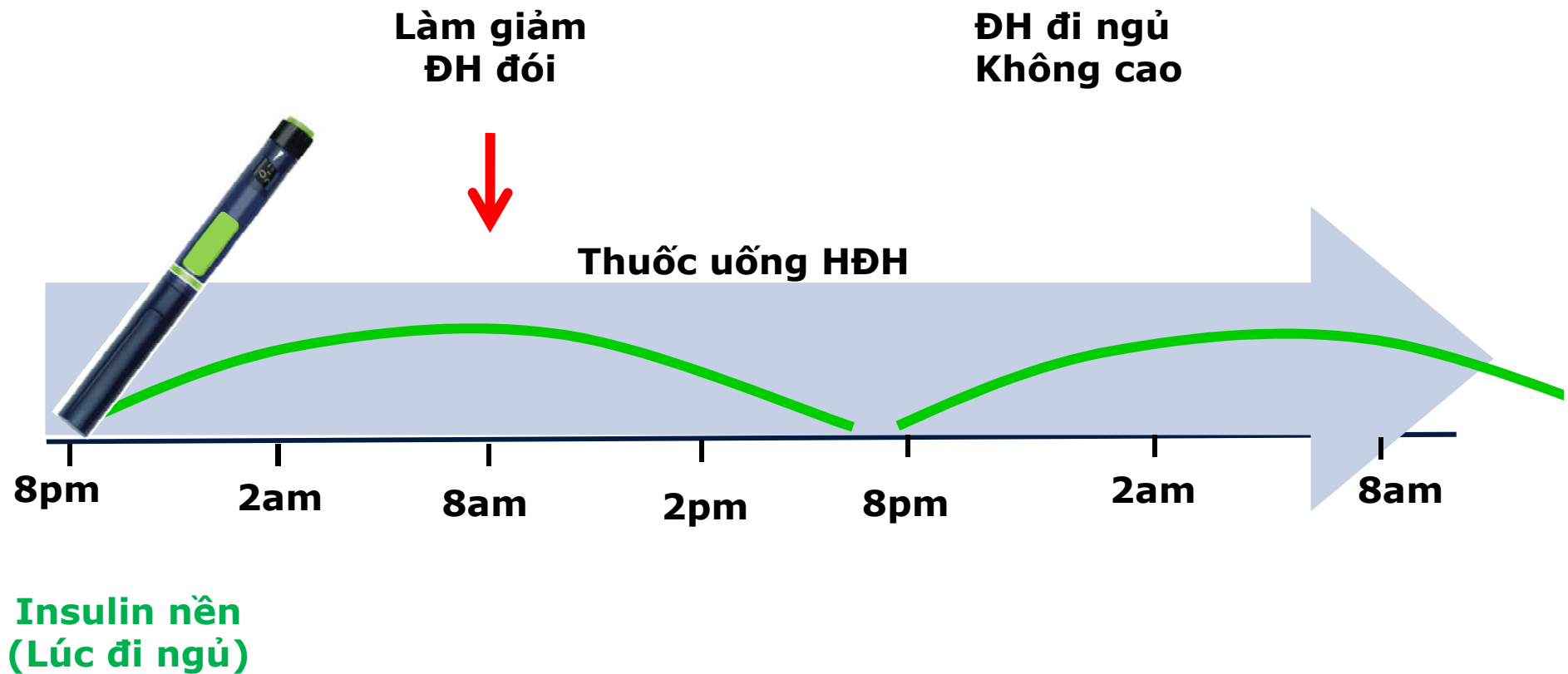
ĐẦU TIÊN: BẮT đầu với liều 10 IU Insulin nền

Sau đó chỉnh liều để đạt mục tiêu ĐH đói

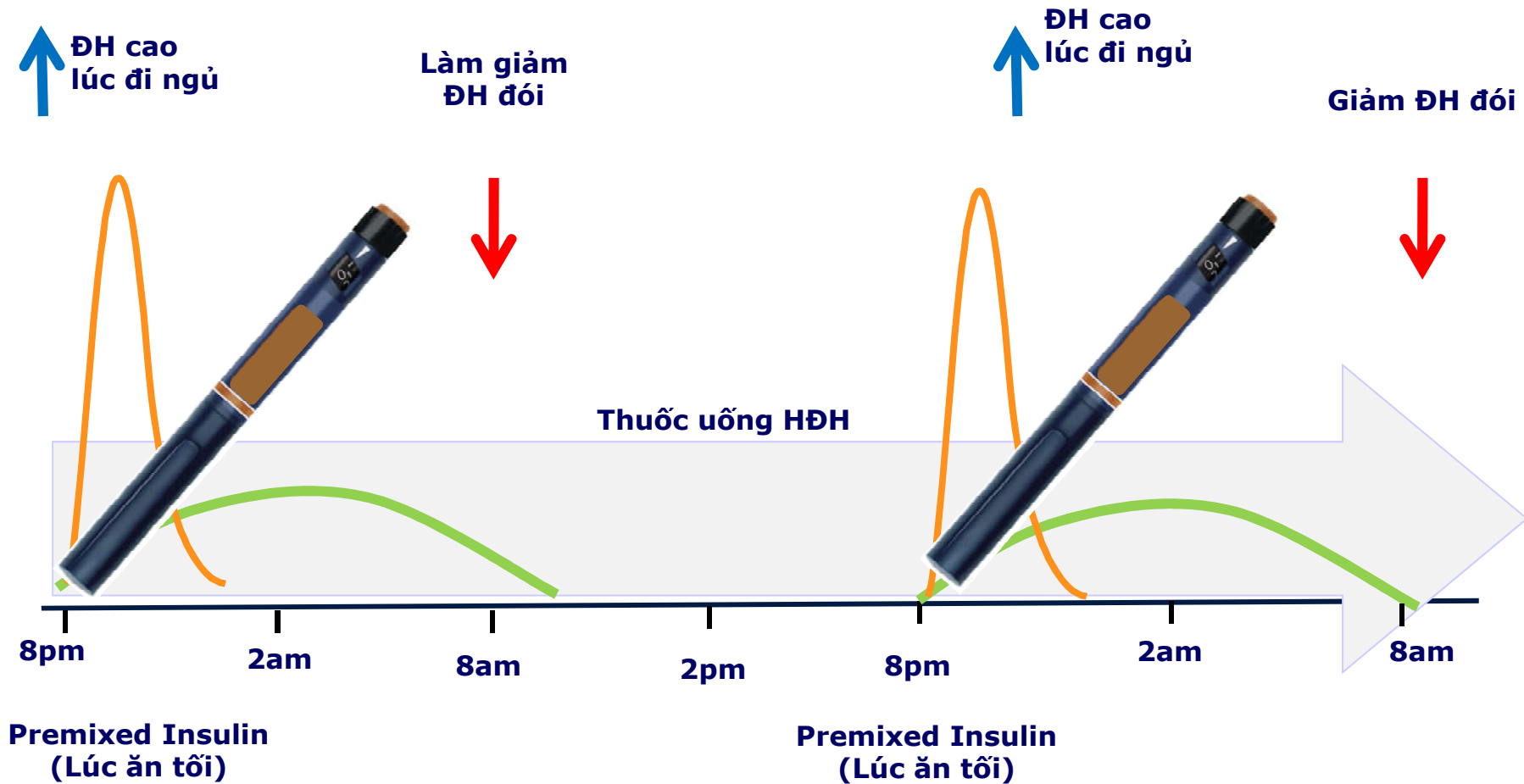


đến khi đạt mục tiêu ĐH đói **80 – 130 mg/dL**

Phác đồ 1 mũi Insulin nền + Thuốc uống



Phác đồ 1 mũi Tiêm insulin 2 pha (trộn sẵn)+ Thuốc uống



PHÁC ĐỒ BASAL INSULIN

ĐẦU TIÊN: BẮT đầu với liều 10 IU Insulin nền

Sau đó chỉnh liều để đạt mục tiêu ĐH đói

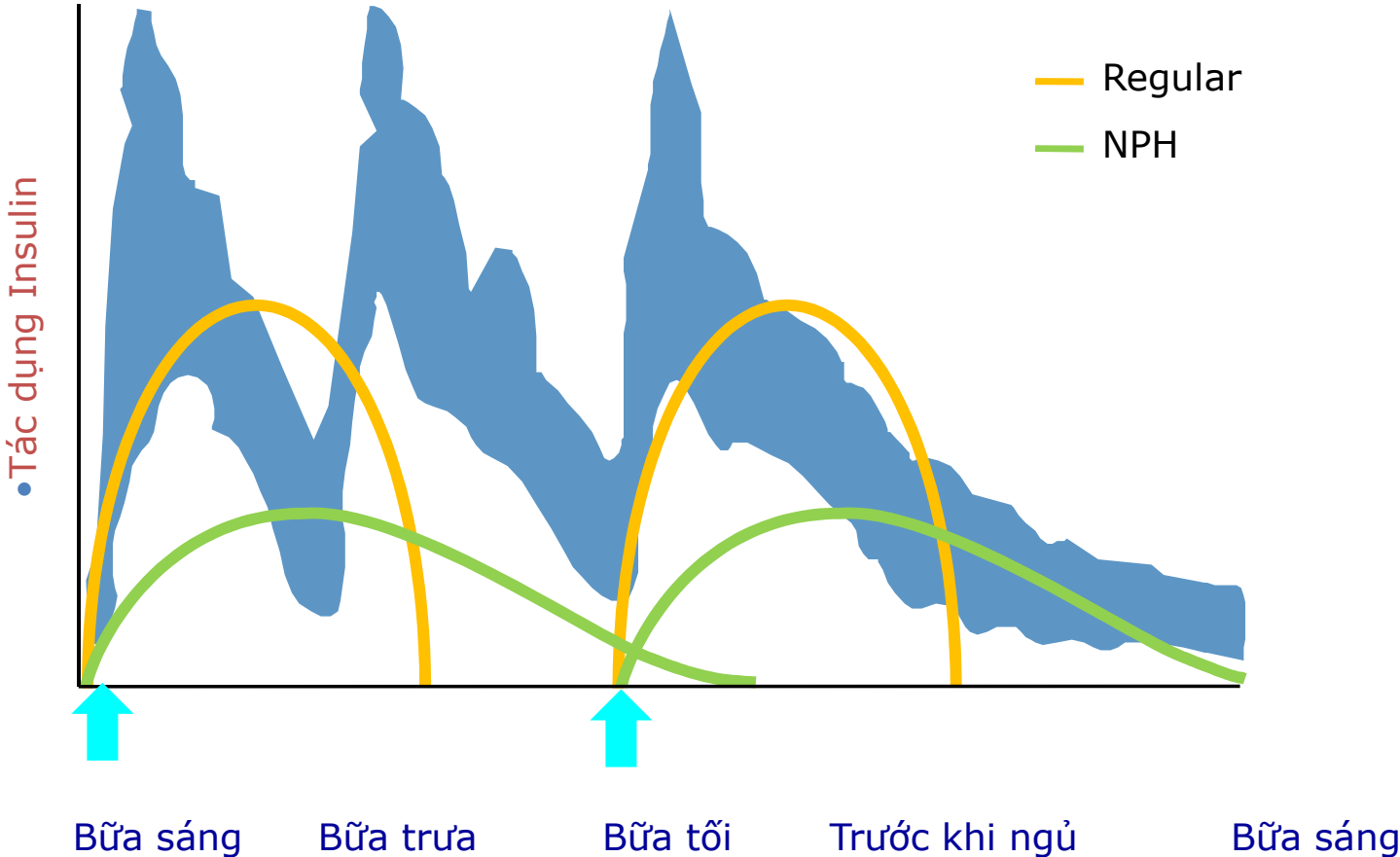


đến khi đạt mục tiêu ĐH đói **80 – 130 mg/dL**

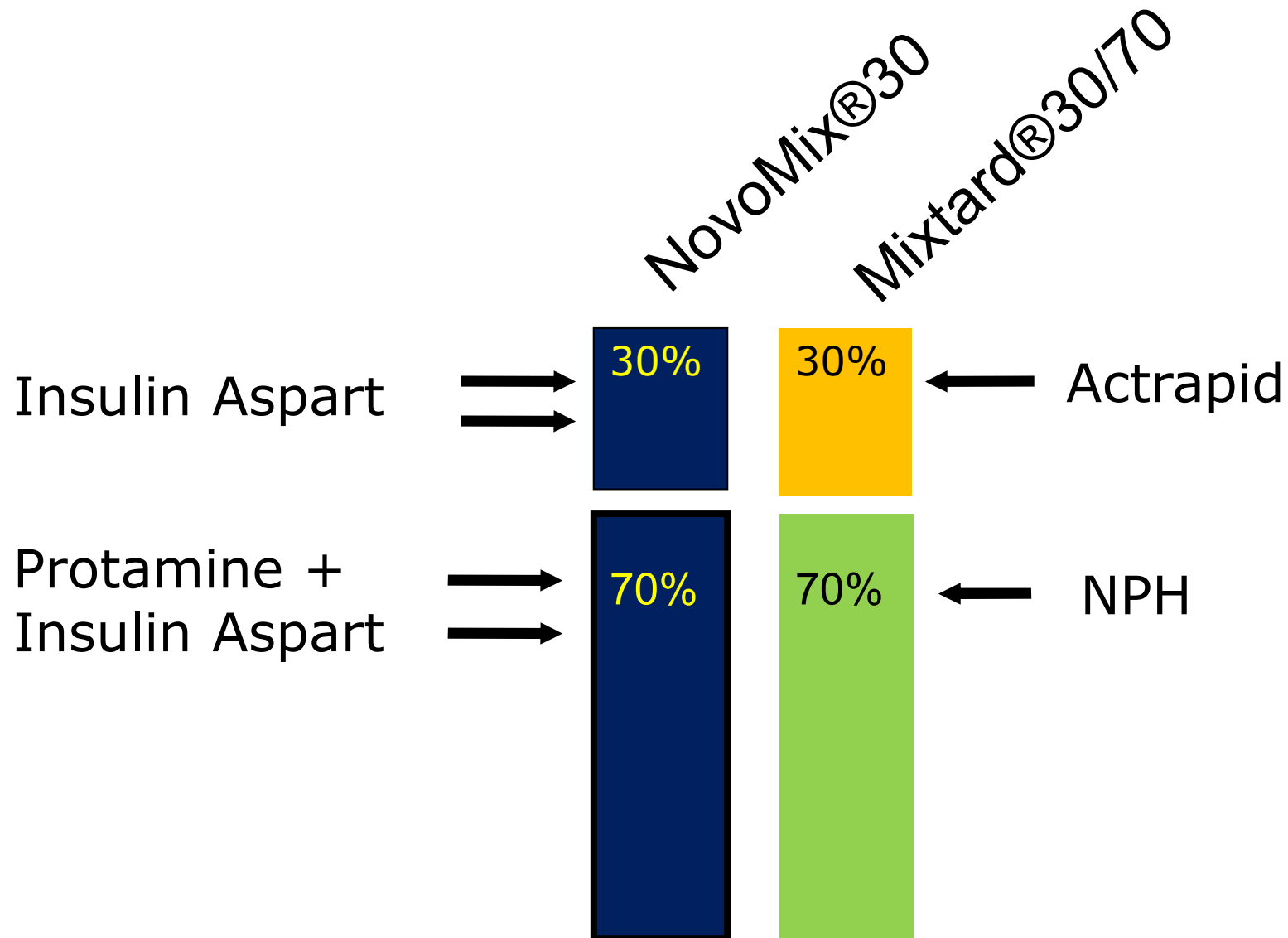
PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ TĂNG CƯỜNG

- Khi A1c > 7%, ĐH đói < 130 mg/dl, không tăng thêm liều insulin nền nữa vì có nguy cơ Hạ ĐH về đêm
- Chuyển sang insulin 2 pha 2 lần/ngày, hoặc
- Bắt đầu với Lispro or Aspart thêm vào bữa ăn chính (BASAL PLUS)

Phác đồ 2 mũi Insulin Premix (Human Insulin)



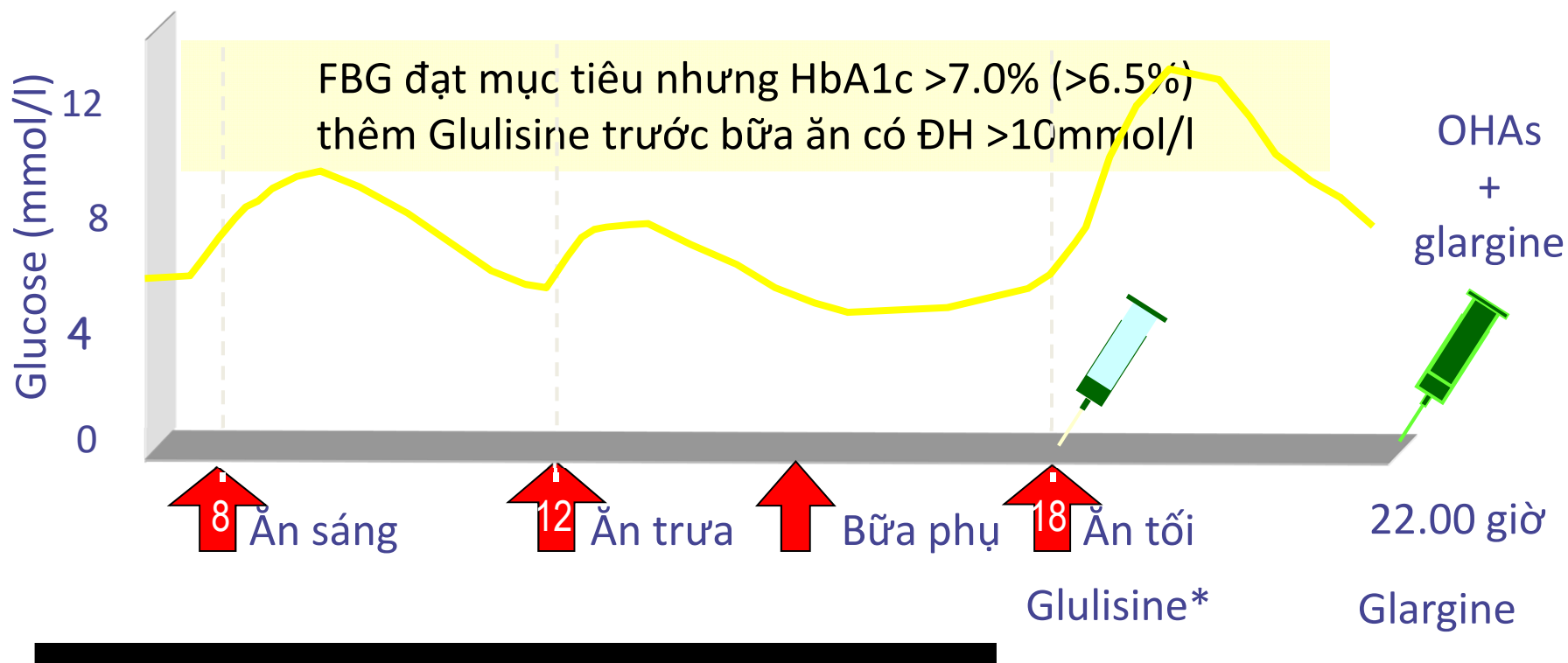
Insulin 2 pha (trộn sẵn) Analogue và Human



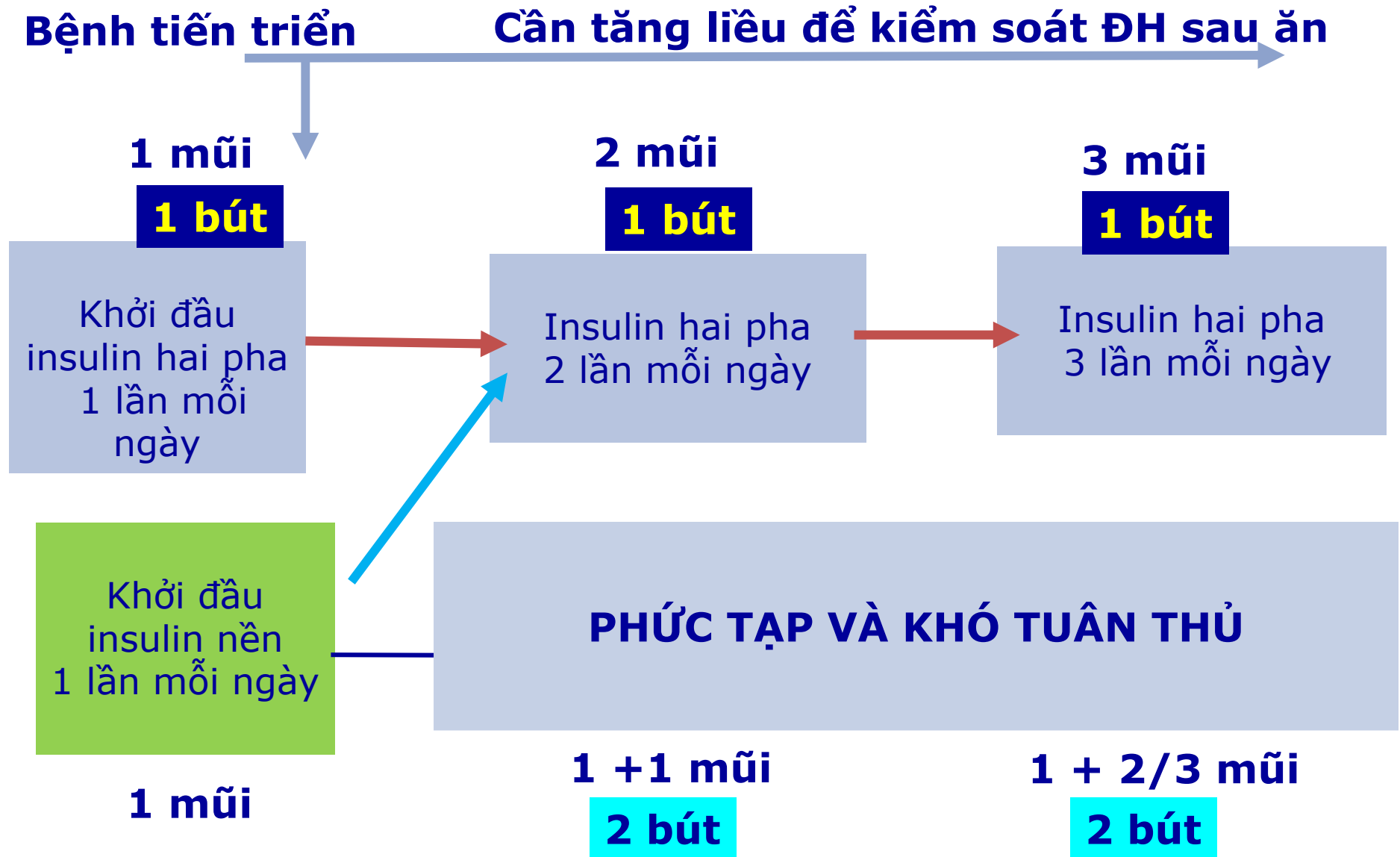
Chỉnh liều Human Premix Insulin (Mixtard® 30)

Thời gian thử đường huyết	Đường huyết <4 mmol/L	Đường huyết 4-7 mmol/L	Đường huyết 8-14 mmol/L	Đường huyết >15 mmol/L
Trước bữa ăn sáng	-4 U Insulin Vào bữa ăn tối	0	+2U Insulin Vào bữa ăn tối	+4 U Insulin Vào bữa ăn tối
Trước trước bữa ăn tối	-4 U Insulin Vào bữa sáng	0	+2U Insulin Vào bữa sáng	+4 U Insulin Vào bữa sáng

PHÁC ĐỒ BASAL BOLUS



Các chiến lược điều trị insulin tăng cường trong ĐTĐ típ 2



KẾT LUẬN

Chẩn đoán đúng ĐTĐ và KS đường huyết đạt mục tiêu

MT điều trị phải phù hợp từng cá thể

Khởi trị Insulin sớm hoặc phối hợp sớm để đạt mục tiêu ĐT,
nhưng không gây hạ đường huyết, (basal, basal plus, basal
bolus)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association (2016), Standards of medical care in diabetes – 2016, Diabetes Care, Vol. 39, suppl. 1, pp. S14 – S98.
2. MIMS Endocrinology (2014/2015), Diabetes Mellitus, 4th Ed, Vietnam 2014/2015, tr. A91 – A94.
3. Tran T.S et al. (2013), “Early prediction of gestational diabetes mellitus in Vietnam: clinical impact of currently recommended diagnostic criteria”. Diabetes Care; 36(3), pp: 618 – 624.
4. Thompson D. et al (2013), “Clinical practice guidelines: Diabetes and Pregnancy. Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee”. Canadian Journal of Diabetes, [Vol 37](#), Suppl 1, Pp S168–S183.



Cám ơn sự lắng nghe...

CA LÂM SÀNG (1)

- BN nam 46t, ĐTĐ mới phát hiện, cao 1.65m, CN 61kg
- M = 80, HA 120/80mmHg, BMI= 22,4, VE 90mm
- ĐH đói 14,3 mmol/l – 12, 4mmol/l
- HbA1c: 11,9%, US: 22mmol/l, Creatinin: 85 μ mol/l
- ĐLCT: 80ml/ph
- CT 6.2mmol/l, TG 1.8; HDL 0.9mmol/l, LDL 4.6mmol/l
- Microalbumin niệu: 5mg/l, SGOT 18, SGPT 22u/l
- ECG: nhịp xoang 80l/ph
- Chẩn đoán: ĐTĐ típ 2 mới phát hiện – RLLM
- **Chọn lựa điều trị nào để đạt mục tiêu ĐH?**

CA LÂM SÀNG (1)

Điều trị:

- Metformin 1g 1v sau ăn chiều
- Gliclazid MR 30mg 1v/ngày
- Atorvastatin 20 mg
- Thay đổi lối sống

KQ: sau 2 tháng ĐH đói và sau ăn còn cao

- ĐH đói= 190 – 175 mg/dl
- ĐH sau ăn 2g = 220 → 198mg/dl
- Chọn lựa điều trị nào để đạt mục tiêu ĐH?

CA LÂM SÀNG (2)

1. BN H. V. D, 57t, ĐTĐ típ 2 khoảng 6 tháng, ĐH kiểm soát kém, đang uống glimepirid 4 mg/ngày và Glucophage 2g/ngày
2. ĐH đói = **402** mg/dl, ĐH sau ăn = **230** mg/dl, HbA1c **12,4 %**
3. CN 80 kg, h=1,66, VE= 102, BMI = **29** - M 90, HA 130/80
4. PTNT= đạm 0,5g/l, Microalbumin niệu= 11 mg/l, CN thận BT
5. ĐTĐ típ 2 KS kém – RLLM – Béo phì

TRUNG TÂM YHOC
BENH VIEN NHAN DAN GIA DINH
HOA SINH HOA HUYET HOC

Số phiếu kết quả: 170317-613408
Số vào viện: 17.012228
Số phiếu chỉ định: 17.0101.0092718
Khoa: Nội Tiết Thận

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM

Họ tên: **HÀ VĂN DŨNG** Tuổi: 57 Giới: Nam
Địa chỉ: 5/62/7 Nơ Trang Long, Quận Bình Thạnh, Tp. HCM
Chẩn đoán: **HỘI CHỨNG TIỀN ĐÌNH - THEO DÕI THIẾU MÁU -
ĐTĐ TYPE II** BS chỉ định:
Ngày thực hiện: 17/03/17 07:58:06 Ngày in kết quả: 17/03/17 08:42:00

XÉT NGHIỆM	HỆ THỐNG ĐƠN VỊ 1		HỆ THỐNG ĐƠN VỊ 2	
	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG	KẾT QUẢ	TRỊ SỐ BÌNH THƯỜNG
Chỉ số HbA1c	12.4	< 6.1 (HPLC Method/IFCC/NGSP) %		mmol/L
Cholesterol	4.21	3.9 - 5.2 mmol/L	162.9	(150-200)
Triglyceride	0.92	0.46 - 1.88 mmol/L	80.5	(40-160)
LDL-Cholesterol	0.89	≥ 0.9 mmol/L	34.4	(> 30)
HDL-Cholesterol	2.94	≤ 3.4 mmol/L	113.8	(≥ 40)
Ion đồ 1 (Na, K, Cl)				
Sodium (Na)	137.2	135 - 145 mmol/L	137.2	
Potassium (K)	3.47	3.5 - 5.0 mmol/L	3.5	
Chloride	102.4	97 - 111 mmol/L	102.4	
Carbonate (Bicarbonate)	26.4	21 - 31 mmol/L	26.4	
Ketones (β-HydroxyButyrate)	0.15	< 0.3 mmol/L		

Ngày 17 tháng 03 năm 2017
Khoa Sinh Hóa - I

[Handwritten signature]

CA LÂM SÀNG (2)

Điều trị:

Scilin 30/70: sáng 15 đv, chiều 10 đv

Sau 1 tuần:

- M 84, HA 160/80, BMI = 29 – VE 102 cm
- ĐH đói: 227 → 192 → 242 mg/dl
- ĐH sau ăn: 239 → 525 → 444 mg/dl
- Theo các BS sẽ có lựa chọn nào khi cho BN xuất viện để đạt mục tiêu ĐH, HbA1c, HA, giảm cân, giảm vòng eo?

BV. NHÂN DÂN GIA ĐỊNH
Khoa: NỘI TIẾT THẬN

PHIẾU XÉT NGHIỆM ĐƯỜNG HUYẾT

Họ tên: Trần Văn Dũng

Tuổi: 51 SNV: 11228

Chẩn đoán: Giường: 102

STT	Giờ xét nghiệm	Kết quả (mg/dl)	Người thực hiện	BS đọc kết quả
1	<u>16g 17/3</u>	<u>239</u>	<u>Thy</u>	<u>BS Nguyễn Chí Tuấn</u>
2				
3				
4	<u>4g 18/3</u>	<u>227</u>	<u>Thy</u>	<u>BS Nguyễn Chí Tuấn</u>
5				
6	<u>16g</u>	<u>525</u>	<u>M. Thy</u>	<u>BS Nguyễn Chí Tuấn</u>
7				
8				
9	<u>16g - 19/3</u>	<u>192</u>	<u>Dung</u>	<u>BS Nguyễn Chí Tuấn</u>
10				

Ngày 17 tháng 3 năm 17
BS chỉ định

BV. NHÂN DÂN GIANG
Khoa: NỘI TIẾT THẬN

PHIẾU XÉT NGHIỆM ĐƯỜNG HUYẾT

Họ tên: Trần Văn Dũng Tuổi: 57 SNV: 12228 ..Giường: 40
Chẩn đoán:

STT	Giờ xét nghiệm	Kết quả (mg/dl)	Người thực hiện	BS đọc kết quả
1	Hg (20/3)	444	M.M.H	BS.CKT
2				
3				
4	Hg (24/3)	242	Ar	BSCKI
5				
6				
7				
8				
9				

[Handwritten signature]
BSCKI. Trần

Toa Thuốc

Tên Bệnh Nhân: **Hà Văn Dũng** Tuổi: 57 Giới tính: Nam
 Mã Y Tế: 701310.17036477
 Đối tượng: **TT04 Viện phí**
 Địa Chỉ: 5/62/7 Nơ Trang Long, Quận Bình Thạnh, Tp. HCM
 Chẩn đoán: **ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 - RỐI LOẠN LIPID MÁU,**

- 1 Atorvastatin, 10mg Viên (Atorvastatin calcium) - Uống** SL: 14.0
 Số ngày điều trị: 14 Ghi chú: _____
 Sáng: _____ Trưa: _____ Chiều: 1 Tối: _____
 - 2 Mecob, 500 mcg Viên (Mecobalamin) - Uống** SL: 28.0
 Số ngày điều trị: 14 Ghi chú: _____
 Sáng: 1 Trưa: _____ Chiều: 1 Tối: _____
 - 3 Amapirid, 4mg Viên (Glimepirid) - Uống** SL: 14.0
 Số ngày điều trị: 14 Ghi chú: _____
 Sáng: 1 Trưa: _____ Chiều: _____ Tối: _____
 - 4 Glucophage XR, 750mg Viên (Metformin) - Uống** SL: 14.0
 Số ngày điều trị: 14 Ghi chú: _____
 Sáng: _____ Trưa: _____ Chiều: 1 Tối: _____
- Lời dặn của bác sĩ:

Ngày 21 tháng 3 năm 2017
 Bác sĩ điều trị

CA LÂM SÀNG 2

- BS có đồng ý với toa thuốc khi BN xuất viện không? Có lựa chọn nào khác?

CA LÂM SÀNG (3)

1. BN Lâm T. N T, 60t, ĐTD típ 1 25 năm, BTM, Tiểu đạm đại thể 2009, ĐLCT = 82ml/ph
2. CN 43 kg, h=1,5, VE= 65, BMI = 19,1 - M 90, HA 180/90
3. ĐH đói = 402 mg/dl, ĐH sau ăn = 230 mg/dl
4. HbA1c **10,9 %**, CN Thận = BT
5. CT= 7,3 mmol/l, TG=1,8 - HDL=1,3, - LDL=4,7mmol/l
6. SGOT= 22, SGPT=12 u/l, Acid uric = 155 μ mol/l
7. PTNT= đạm 0,5g/l, **Microalbumin niệu= 646 mg/l**
8. ĐTD típ 1 – THA – RLLM – TĐĐT – Bệnh thận mạn – XHVM – Bong VM

CA LÂM SÀNG (3)

Ngày 12 tháng 4 năm 2020

- Chẩn đoán: HTN độ 2 - TĐ đái tháo đường - TĐHA 12
HTN độ 2 đái tháo đường
SĐĐ, CĐĐ, nhồi máu cơ tim
Covercyl plus 1v, Glu

- Mạch: 90 HA: 120/90 CN: 73b

- Các XN: Cholesterol: 7.1 mmol/L
HbA1c: 10.9%
Hb: 11.0 g/dL
Creatinine: 606.2 µmol/L
CT: 53; TB: 0.8
HDL: 4.3; LDL: 4.7

- BN được điều trị:

1. Mixtard

Sáng 15đv, chiều 8 đv

2. Amlodipin 5mg 1v

3. Covercyl plus 1v

CA LÂM SÀNG (3)

BN được chỉnh chỉnh liều:

1. Mixtard sáng 20 đv, chiều 15 đv, Atorvastatin 20mg 1v
2. Amlodipin 5mg 1v, Irbesartan 150 mg 1v x 2, concor 2,5
3. **KQ: ĐH đói và sau ăn còn cao, hay có cơn hạ ĐH về đêm:**

M= 96, HA= 160/90, CN 42kg

ĐH đói=267 -> 58 → 182 → 55mg/dl

ĐH sau ăn =260 → 331 → 190 mg/dl, HbA1c 9,9 %

**Lựa chọn nào để đạt mục tiêu ĐH, HbA1c, huyết áp, giảm tiểu đạm,
mà không bị hạ ĐH?**

CA LÂM SÀNG (4)

1. BN V. T. T, 63t, ĐTD típ 2 khoảng 27 năm, đã có suy thận mạn
2. CN 56,5 kg, h=1,57, VE= 87, BMI = 23,5 - M 80, HA140/80
3. ĐH đói = 27,74 mmol/l, ĐH sau ăn = 495 mg/dl, HbA1c **8,2%**
4. Creatinin: 251 → 183 → 157 μ mol/l, K = 5,18, Hct= 28,2%, Hb = 8.8%
5. **ĐLCT = 18,56 ml/ph, Microalbumin niệu = 621mg/l**
6. CT= 7,1 TG=2,8 , HDL=1,2, LDL= 2,59 mmol/l
7. SGOT= 33, SGPT=27 u/l, Acid uric = 402 μ mol/l, Alb = 38,8g/l
8. PTNT= đạm 1g/l,
9. ĐTD típ 2 – Tăng HA – RLLM –Tiểu đạm đại thể - Bệnh thận mạn

CA LÂM SÀNG

1. Insunova sáng 24 đv, chiều 18đv
2. Pioglitazon 15mg 1v
3. Lasix 40mg 1v

Theo các BS lựa chọn nào để ổn định ĐH, huyết áp, HbA1c, cải thiện ĐLCT?