

VAI TRÒ CỦA CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG LÀM GIẢM BIẾN CỐ TIM MẠCH HIỆN NAY VÀ THỰC TẾ LÂM SÀNG

TS.BS. Phan Hữu Hên

Phó khoa Nội tiết – BV Chợ Rẫy

Nội dung

- **An toàn tim mạch của các nhóm thuốc mới**
- **Cập nhật khuyến cáo điều trị ĐTD típ 2 theo ADA 2019 – ESC 2019**
- **Thảo luận về tính ứng dụng trong thực hành lâm sàng của các phác đồ này tại Việt Nam**

Bức tranh về bệnh lý Đái tháo đường hiện nay

Hiện nay trên thế giới có khoảng **377** triệu người mắc Đái tháo đường tuýp 2...¹



40–70%

không đạt được mục tiêu HbA_{1c} <7.0%^{2,3}

Các yếu tố nguy cơ kèm theo



85%

thừa cân⁴



65%

Có tăng LDL cholesterol⁵



71%

Có tăng huyết áp⁵



Bệnh nhân ĐĐT tuýp 2 đối mặt với nguy cơ mắc biến cố Tim mạch **cao gấp đôi** so với người bình thường. ⁶

BP, blood pressure; CVD, cardiovascular disease; LDL, low-density lipoprotein.

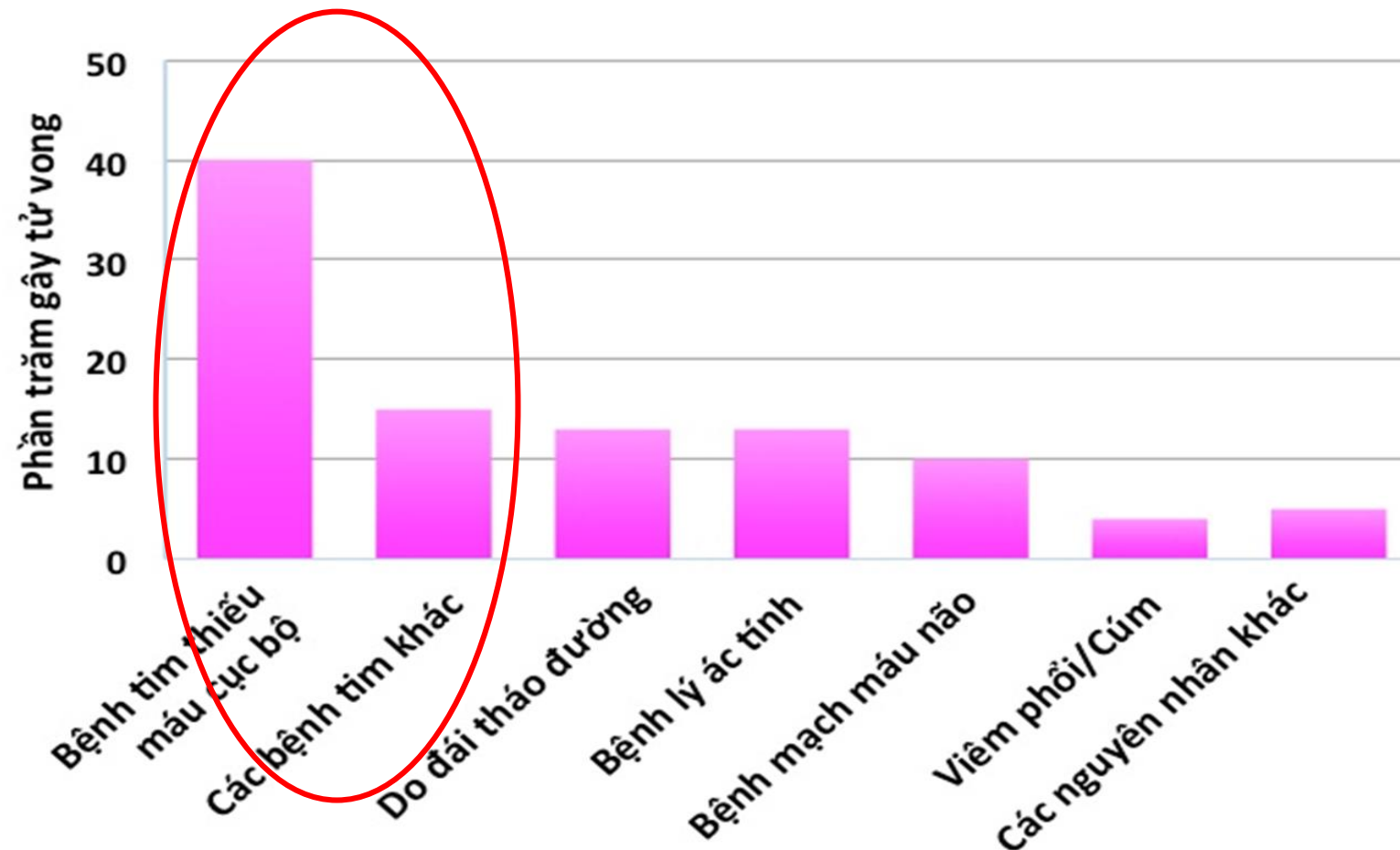
1. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*, 7th edition 2015. Available at: <https://www.idf.org/diabetesatlas>. Last accessed August 2016; 2. Gakidou E, et al. *Bull World Health Organ* 2011;**89**:172–83;

3. de Pablos-Velasco P, et al. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2014;**80**:47–56; 4. CDC. Available at:

http://www.cdc.gov/diabetes/statistics/comp/fig7_overweight.htm. Last accessed September 2015; 5. CDC. National Diabetes Statistics Report, 2014. Available at: <http://www.cdc.gov/diabetes/data/statistics/2014StatisticsReport.html>. Last accessed September 2015; 6. Gregg EW, et al. *N Engl J Med* 2014;**370**:1514–23.

Tử vong tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở bệnh nhân đái tháo đường

Các nguyên nhân gây tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ



Geiss LS et al. In: Diabetes in America. National Institutes of Health;1995.

**Kiểm soát Đái tháo đường:
Chúng ta đang ở đâu?**

Kiểm soát đường huyết mang lại lợi ích gì?

Giảm HbA_{1c}

- Giảm biến chứng mạch máu nhỏ
- Có thể giảm biến chứng mạch máu lớn nếu khởi trị sớm nhưng hiệu quả có thể không rõ ràng

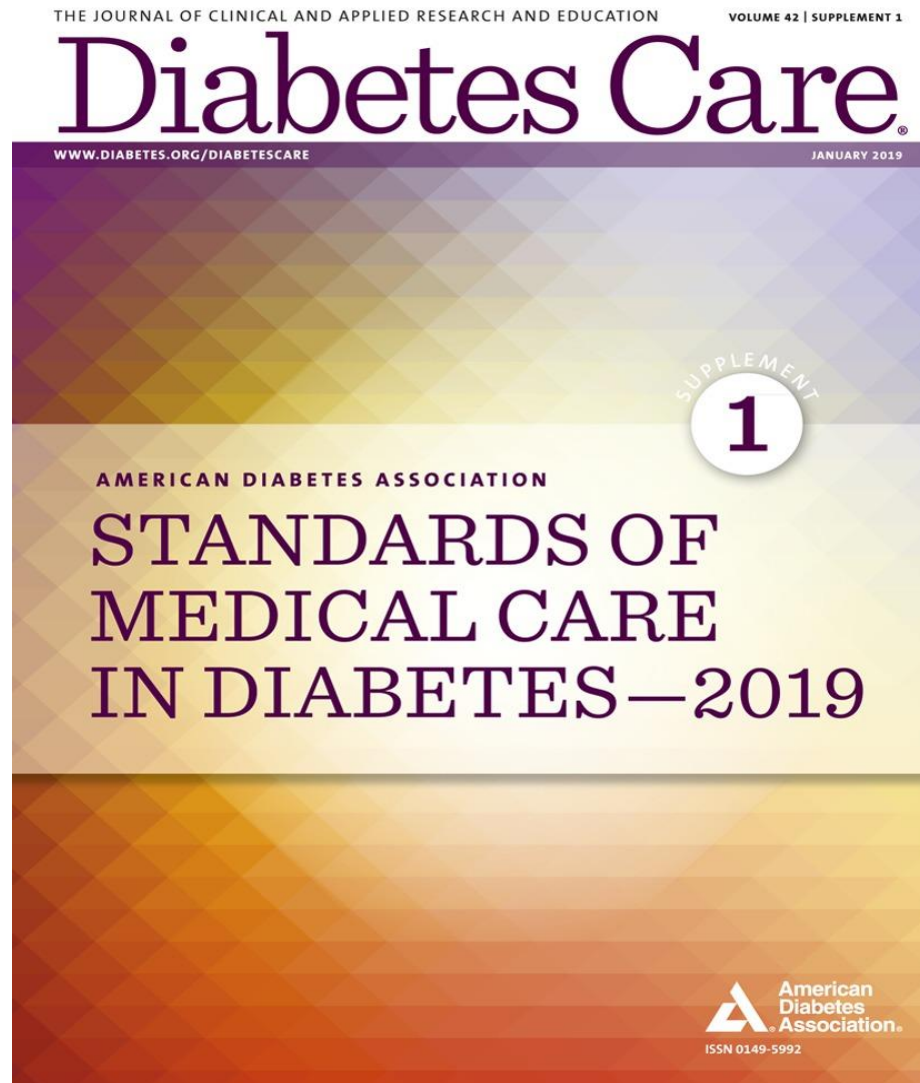
^aObese patients; ^bMean baseline HbA_{1c}; ^cMedian between-arm difference; ^dMean between-arm difference; ^eMedian baseline HbA_{1c}.

CV = cardiovascular; UKPDS = United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS); ADVANCE = Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon Modified Release Controlled Evaluation; ACCORD = Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes; VADT = Veterans Affairs Diabetes Trial.

1. UKPDS Group. *Lancet*. 1998;352:837–853. 2. Holman RR et al. *N Engl J Med*. 2008;359:1577–1589. 3. ADVANCE Collaborative Group et al. *N Engl J Med*. 2008;358:2560–2572. 4. Gerstein HC et al. *N Engl J Med*. 2008;358:2545–2559. 5. Ismail-Beigi F et al. *Lancet*. 2010;376:419–430. 6. Duckworth W et al. *N Engl J Med*. 2009;360:129–139.

Làm gì để giảm biến cố tim mạch?

Kiểm soát đa yếu tố nguy cơ để cải thiện dự hậu cho bệnh nhân ĐTĐ típ 2



Glucose

Cá thể hóa điều trị, mục tiêu thông thường khoảng 7%

BP

Mục tiêu <140/90 mmHg

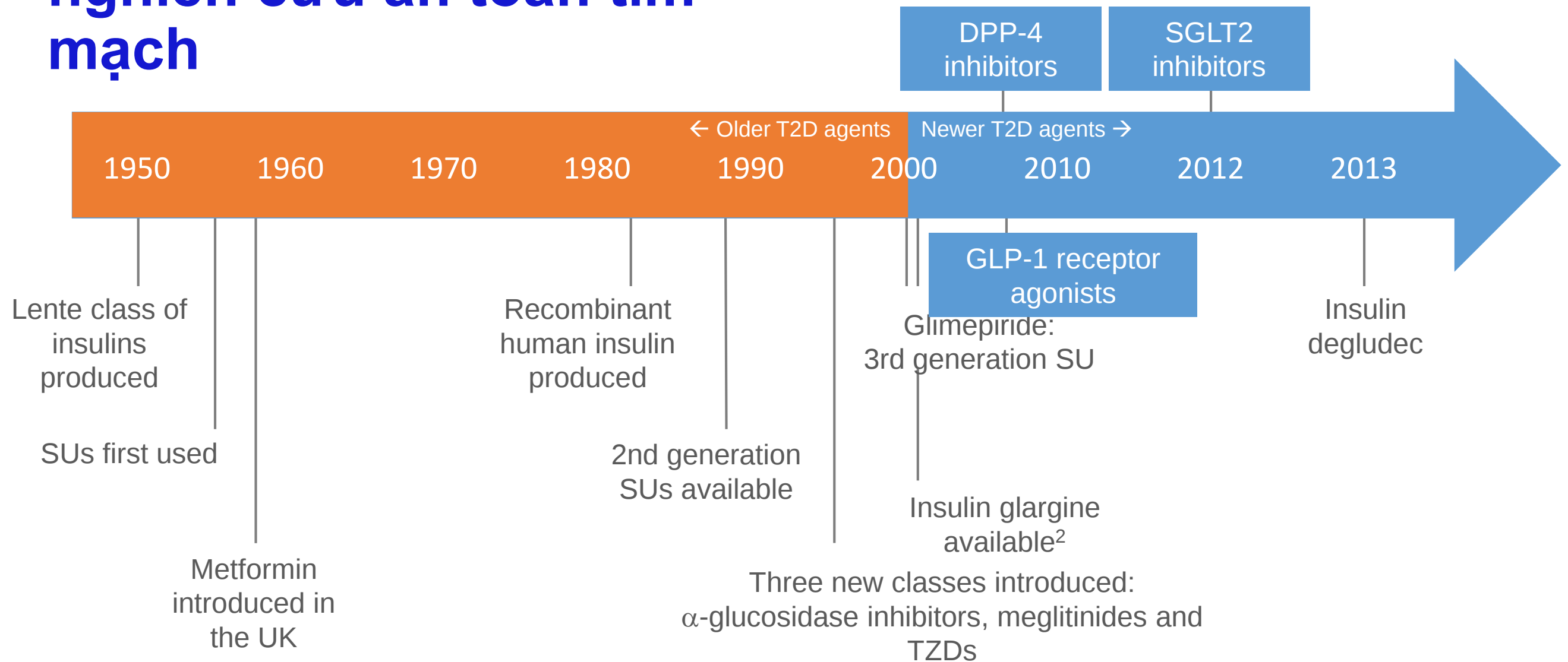
ACE
inhibitor
/ ARBs

Dùng ACE inhibitor hoặc ARBs

Lipids

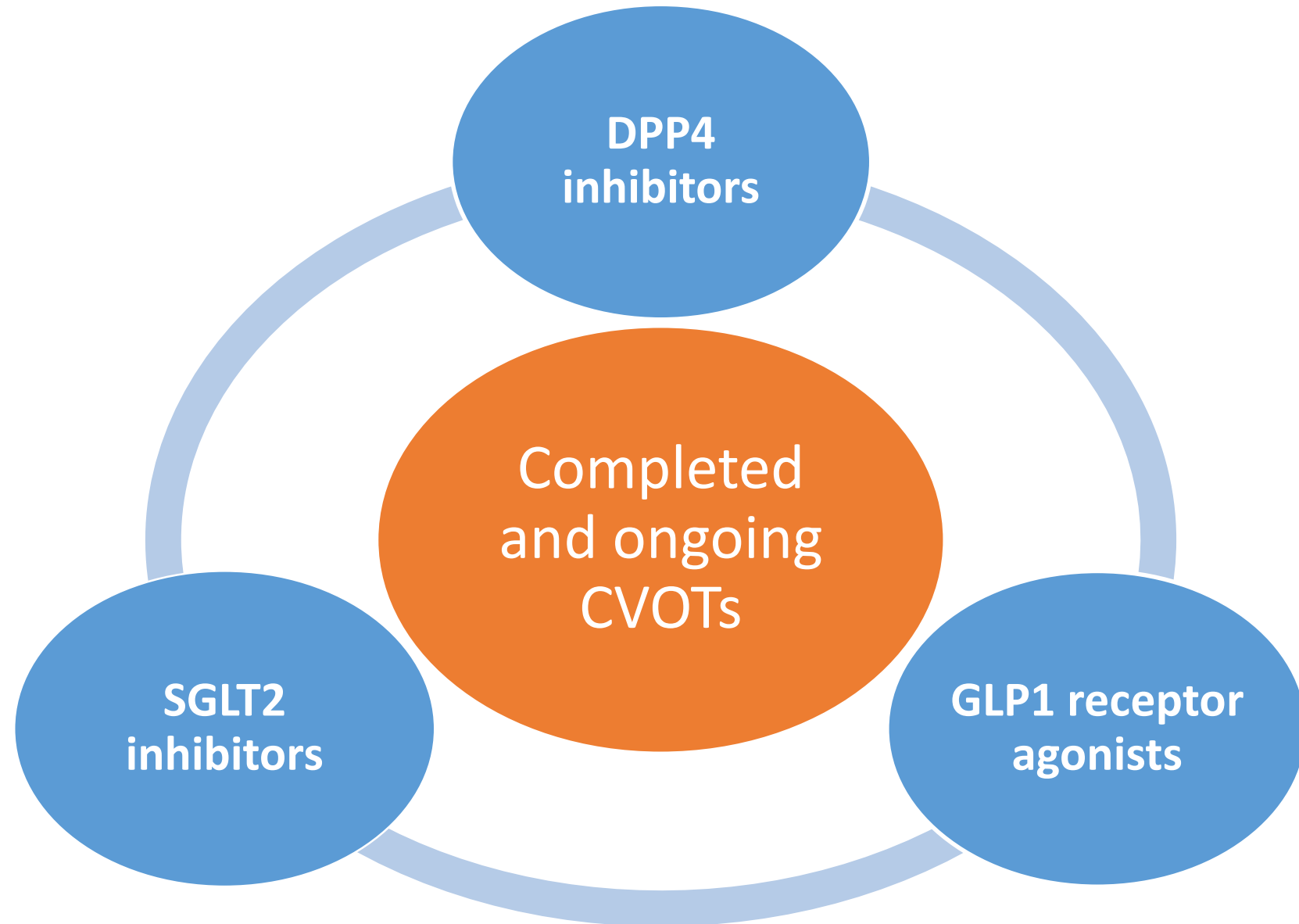
Kiểm soát lipid máu

Nhiều thuốc mới phải làm nghiên cứu an toàn tim mạch

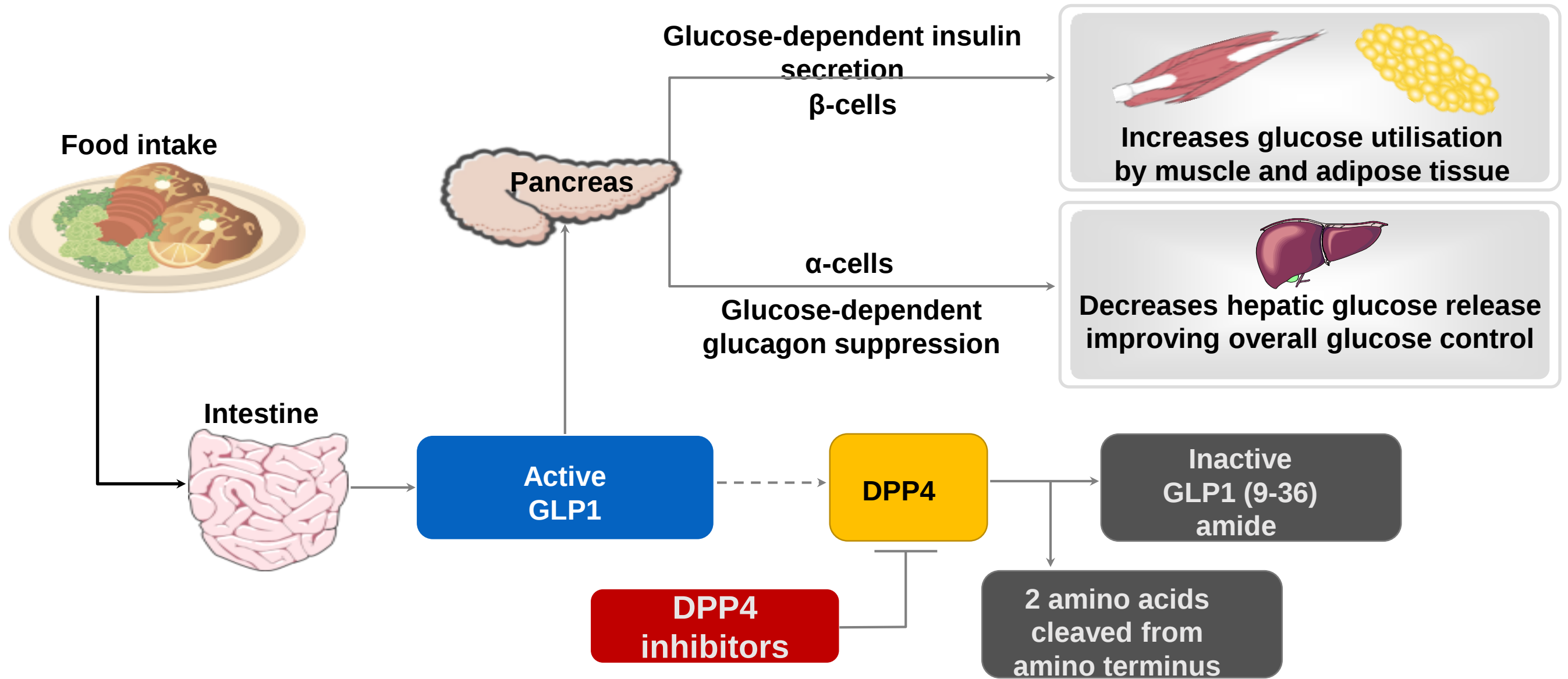


Adapted from: 1. Kirby MG. *Br J Diabetes Vasc Dis* 2012;12:315; 2. Sanofi US. Lantus® (insulin glargine injection) USPI, 2015

Các nhóm thuốc thể hệ mới đã tạo bước ngoặt trong điều trị đái tháo đường típ 2



Thuốc ức chế men DDP4 và đồng vận thụ thể GLP1



Có 7 thuốc DPP-4i hiện đang được chấp thuận

DPP-4i	Commercial name	Company	Year of ADA approval
Sitagliptin¹	Januvia [®]	Merck	2006
Vildagliptin²	Galvus [®] (EU only)	Novartis	2007 (EU)
Saxagliptin³	Onglyza [®]	AstraZeneca	2009
Linagliptin⁴	Trajenta [®] / Tradjenta [®] / Trazenta [®]	BI-Lilly	2011
Teneligliptin⁵	Tenelia [®] (ex-EU, ex-US)	Mitsubishi Tanabe	2012
Gemigliptin⁶	Zemiglo [®] (ex-EU, ex-US)	LGLS, NOBEL, DCPC	2012
Alogliptin⁷	Nesina [®] / Vipidia [®]	Takeda	2013

*Teneligliptin and gemigliptin are not approved by the FDA and the EMA. DPP-4i, dipeptidyl peptidase-4 inhibitor

1. Merck. Januvia[®] (sitagliptin) summary of product characteristics. 2018; 2. Novartis Galvus[®] (vildagliptin) summary of product characteristics. 2018; 3. AstraZeneca. Onglyza[®] (saxagliptin) summary of product characteristics. 2018; 4. Boehringer Ingelheim and Eli Lilly. Linagliptin (Linagliptin) summary of product characteristics. 2018; 5. Mitsubishi Tanabe. Tenelia[®] (teneligliptin) Korean Prescribing Information 2018; 6. LG Life Sciences. Zemiglo[®] (gemigliptin) Korean Prescribing Information. 2016; 7. Takeda. Vipidia[®] (alogliptin) summary of product characteristics. 2018

DPP4i đã chứng minh an toàn tim mạch theo FDA

Product	Study Name	Completion Date	Patients	Results
	HR Nhập viện vì suy tim	95% CI		P value
TECOS	1.00	0.83 – 1.2		0.98
SAVOR	1.27	1.07 – 1.51		0.007
EXAMINE	1.19	0.89 – 1.58		0.22
CARMELINA	1.02	0,89 – 1,17		0.74

Reference: Clin.Trials.Gov 3/2013; CI quarterly update 12/2012. * CANVAS final data collection date for primary outcome measure; first cohort of 4,391 patients is expected to complete in Q2 '13; data release expected by EOY '13 early '14, CANVAS will re-open and cohort 2 (~14,000 patients) will begin enrolling

Nhóm GLP1 receptor agonists

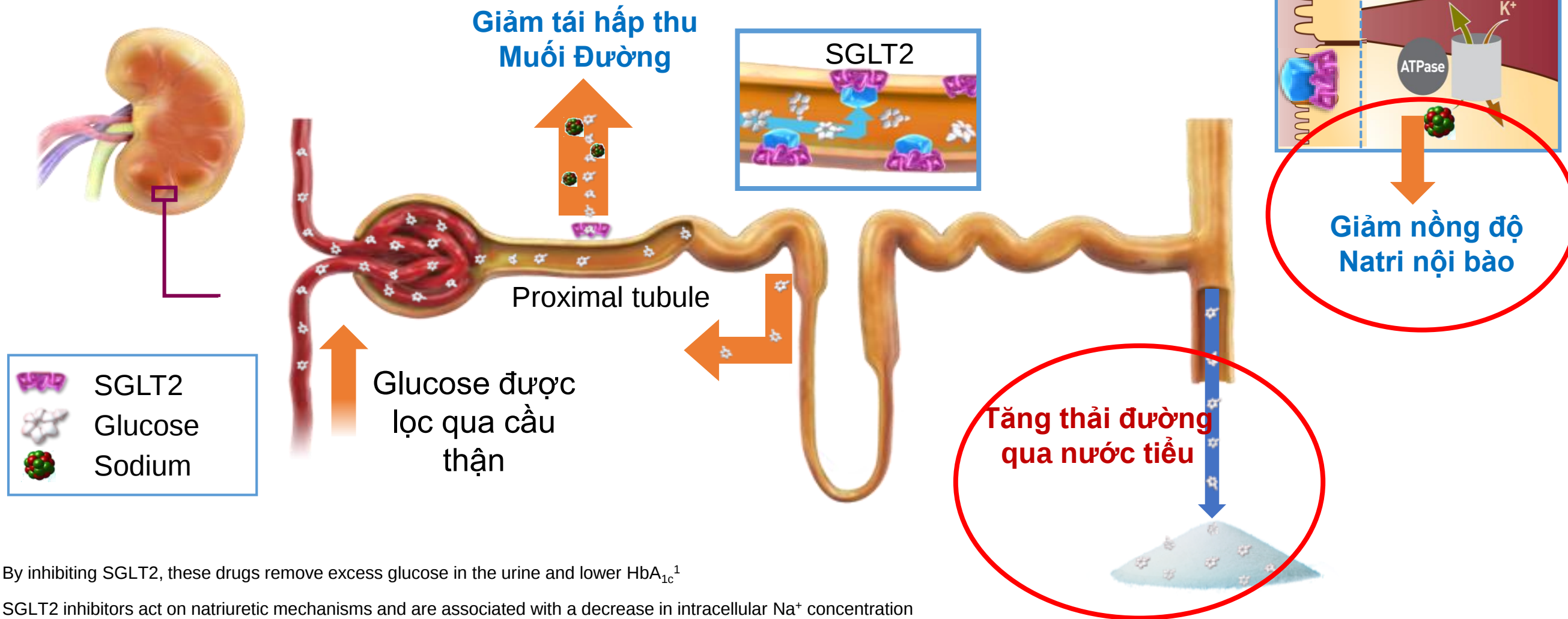
	Intervention	Main inclusion criteria	No. of patients	Primary outcome	Key 2° outcome	Target no. of events	Estimated follow-up	Estimated completion
ELIXA ^{1,2}	Lixisenatide/ placebo	History of ACS	6068	4P-MACE	Expanded MACE	844	2.1 years median	2015
LEADER ^{®3}	Liraglutide/ placebo	Vascular disease, or risk factors, or CRF, or CHF	9340	3P-MACE	Expanded MACE	> 611	Up to ~5 years	Nov-15
SUSTAIN-6 ^{™4}	Semaglutide/ placebo	Evidence of CV disease	3297	3P-MACE	Expanded MACE	Not specified	Up to ~3 years	Jan-16
EXSCEL ⁵	Exenatide ER*/ placebo	No CV criteria specified	14,000	3P-MACE	All-cause mortality; HHF	Not specified	Up to ~7.5 years	Apr-18
HARMONY OUTCOMES ⁷	Albiglutide/ placebo	Established CVD	9400	3P-MACE	Expanded MACE	Not specified	3–5 years	May-18
REWIND	Dulaglutide/ placebo	Pre-existing vascular disease or ≥2 CV risk factors	9622	3P-MACE	Microvascular composite	Not specified	Up to ~6.5 years	Apr-19

Nhóm đồng vận GLP-1 giảm biến cố tim mạch: không có hiệu quả nhóm

- **Liraglutide**
- **Albiglutide**
- **Semaglutide**
- Lixisenatide
- Exenatide
- Dulaglutide

and canagliflozin) and three FDA-approved GLP-1 receptor agonists (liraglutide, albiglutide [although that agent was removed from the market for business reasons], and semaglutide [lower risk of cardiovascular events in a moderate-sized clinical trial but one not powered as a cardiovascular outcomes trial]). In these trials, the

SGLT2i: Cơ chế tác động độc đáo giảm tái hấp thu bộ đôi MUỐI – ĐƯỜNG



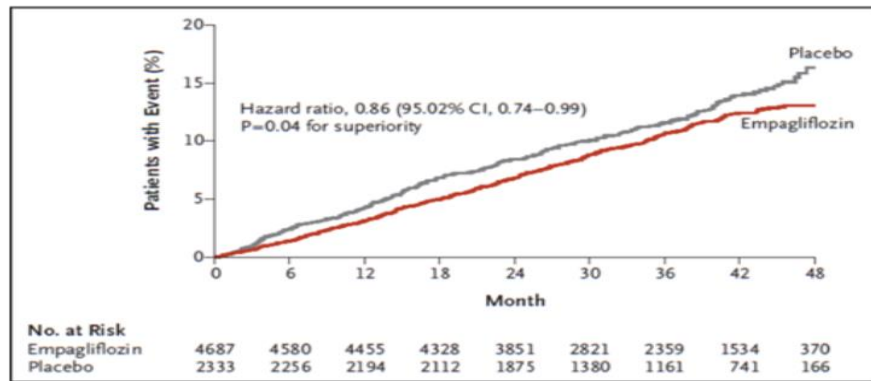
- By inhibiting SGLT2, these drugs remove excess glucose in the urine and lower HbA_{1c} ¹
- SGLT2 inhibitors act on natriuretic mechanisms and are associated with a decrease in intracellular Na^+ concentration and Na^+ / K ATPase activity

ATPase, adenosine triphosphatase; CrCl, creatinine clearance; eGFR, estimated glomerular filtration rate; HbA_{1c} , glycated hemoglobin; SGLT, sodium–glucose co-transporter

1. Marsenic O. *Am J Kidney Dis* 2009;53:875–885; 2. SGLT2i. Summary of product characteristics, 2014; 3. Mudaliar S, et al. *Diabetes Care* 2016;39:1115–1122

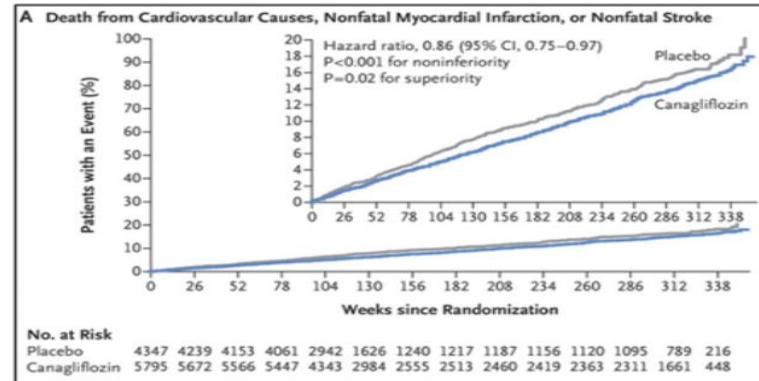
SGLT2i: Giảm biến cố tim mạch

EMPA-REG OUTCOME¹ (Empagliflozin)



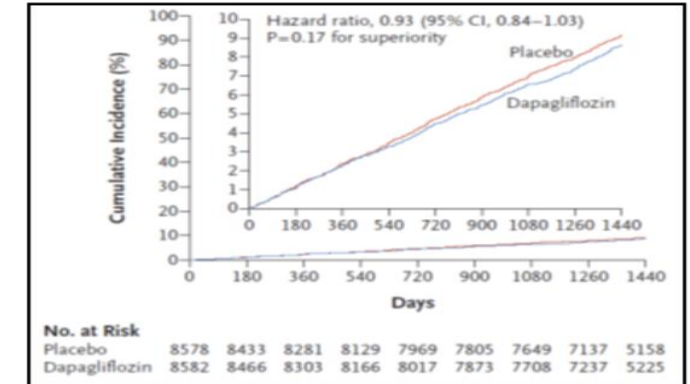
P=0.04

CANVAS program² (canagliflozin)



P=0.02

DECLARE³ (Dapagliflozin)



P=n.s.

3-P MACE endpoint

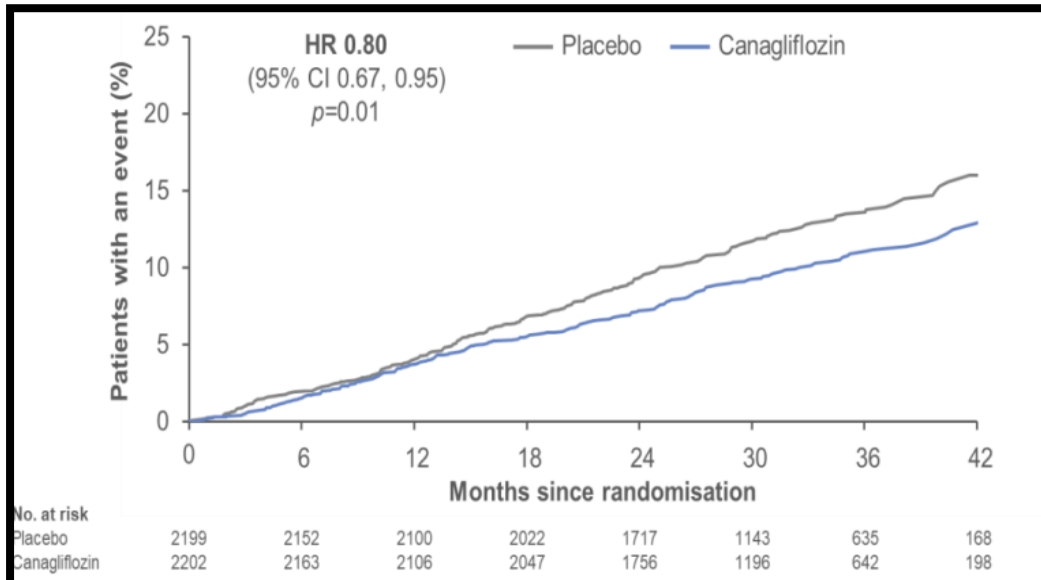
Tử vong do TM

NMCT không tử vong

Đột quỵ không tử vong

1. Zinman B et al. N Engl J Med. 2015; 373:2117-2128
2. Neal B et al. N Engl J Med 2017; 377:644-656
3. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2019;380:347-357

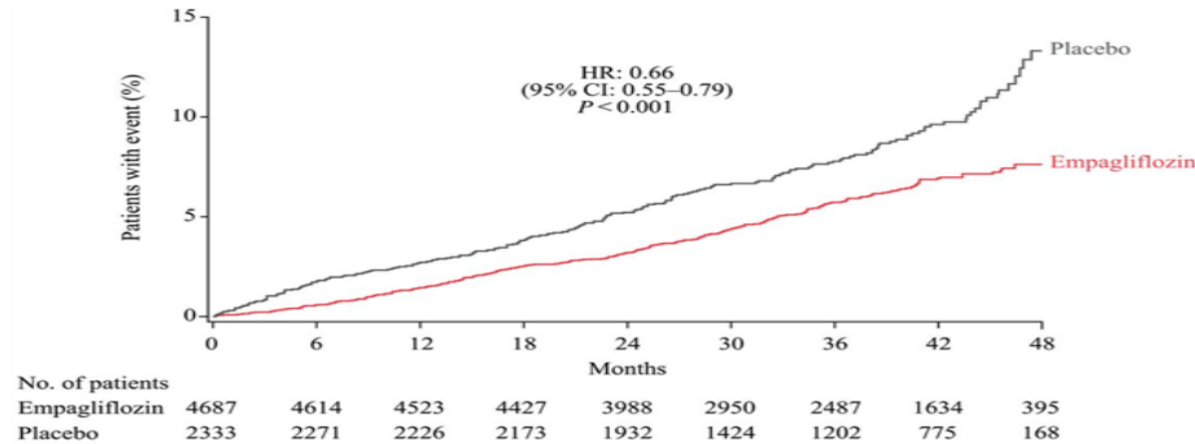
SGLT2i: Giảm biến cố thận



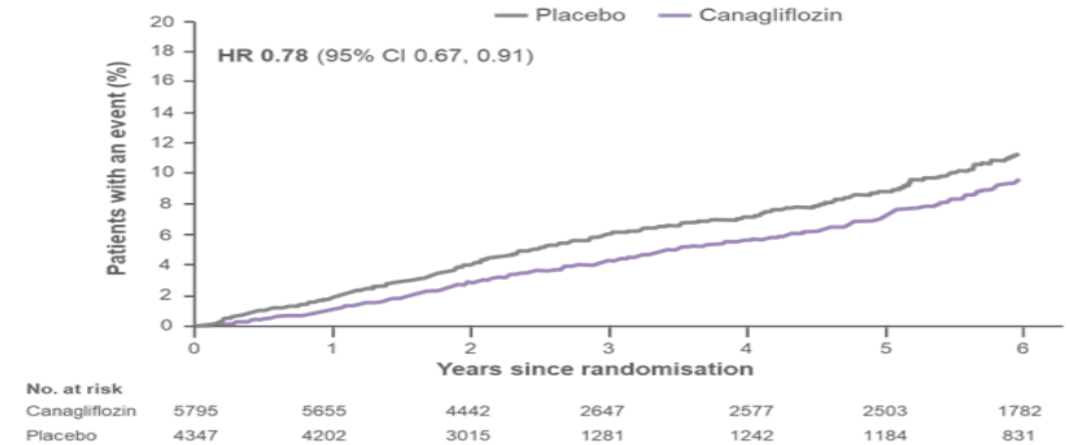
were not the primary focus of
CV outcomes trials

SGLT2i: Giảm nhập viện vì suy tim

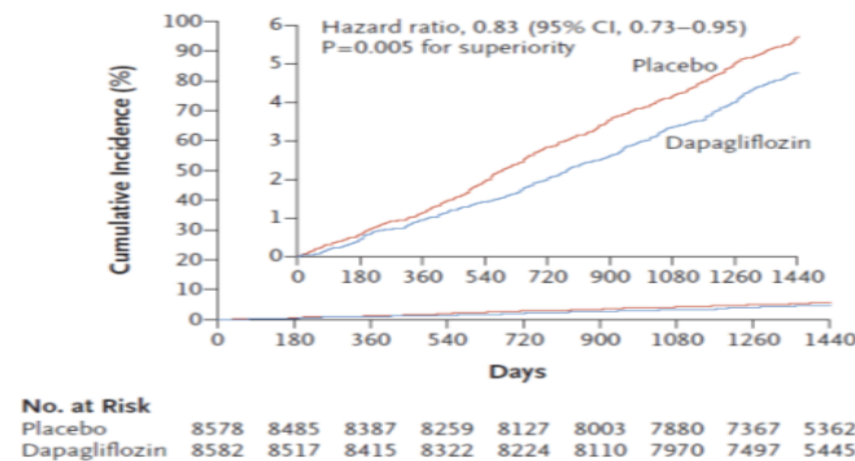
EMPA-REG Outcome¹



Canvas program²



DECLARE³



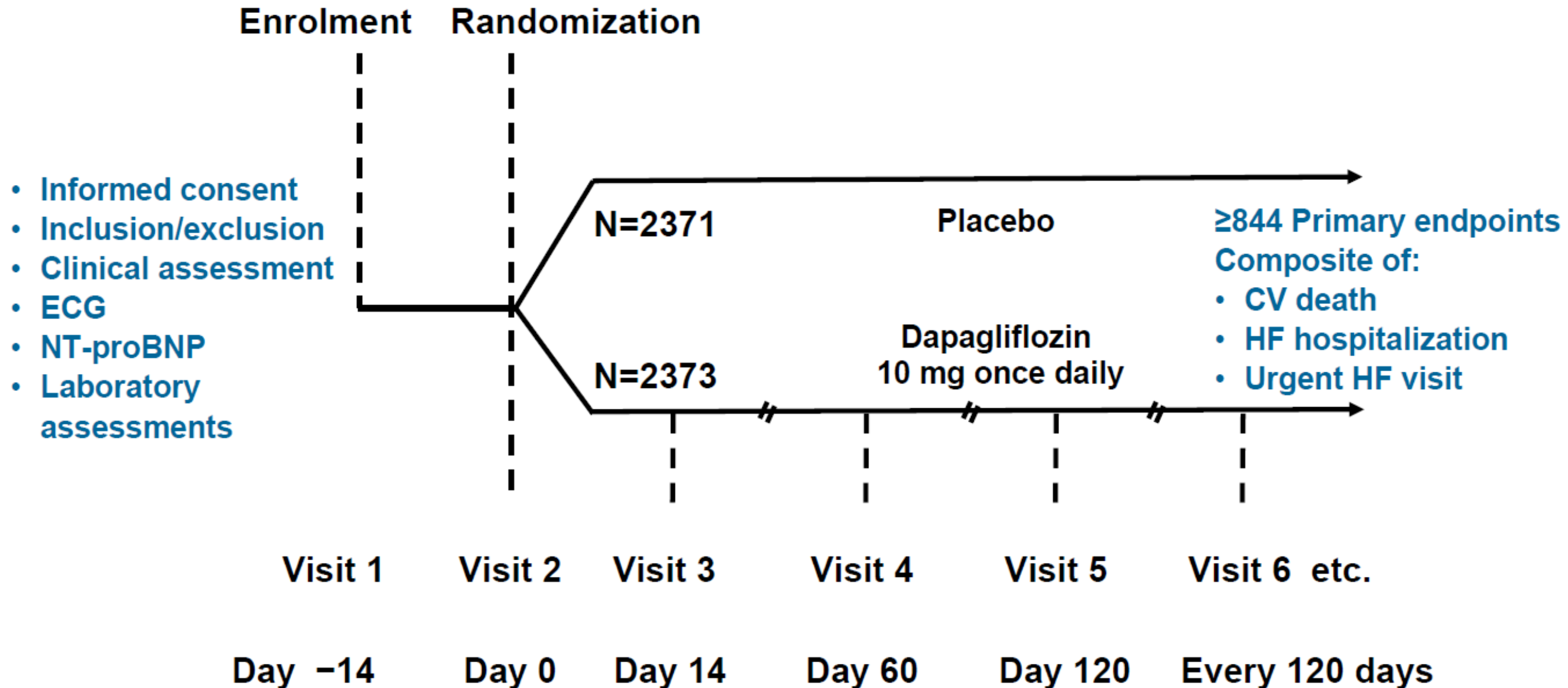
1. Zinman B et al. N Engl J Med. 2015; 373:2117-2128
2. Neal B et al. N Engl J Med 2017; 377:644-656
3. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2018; 380:347-357

Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction

John McMurray

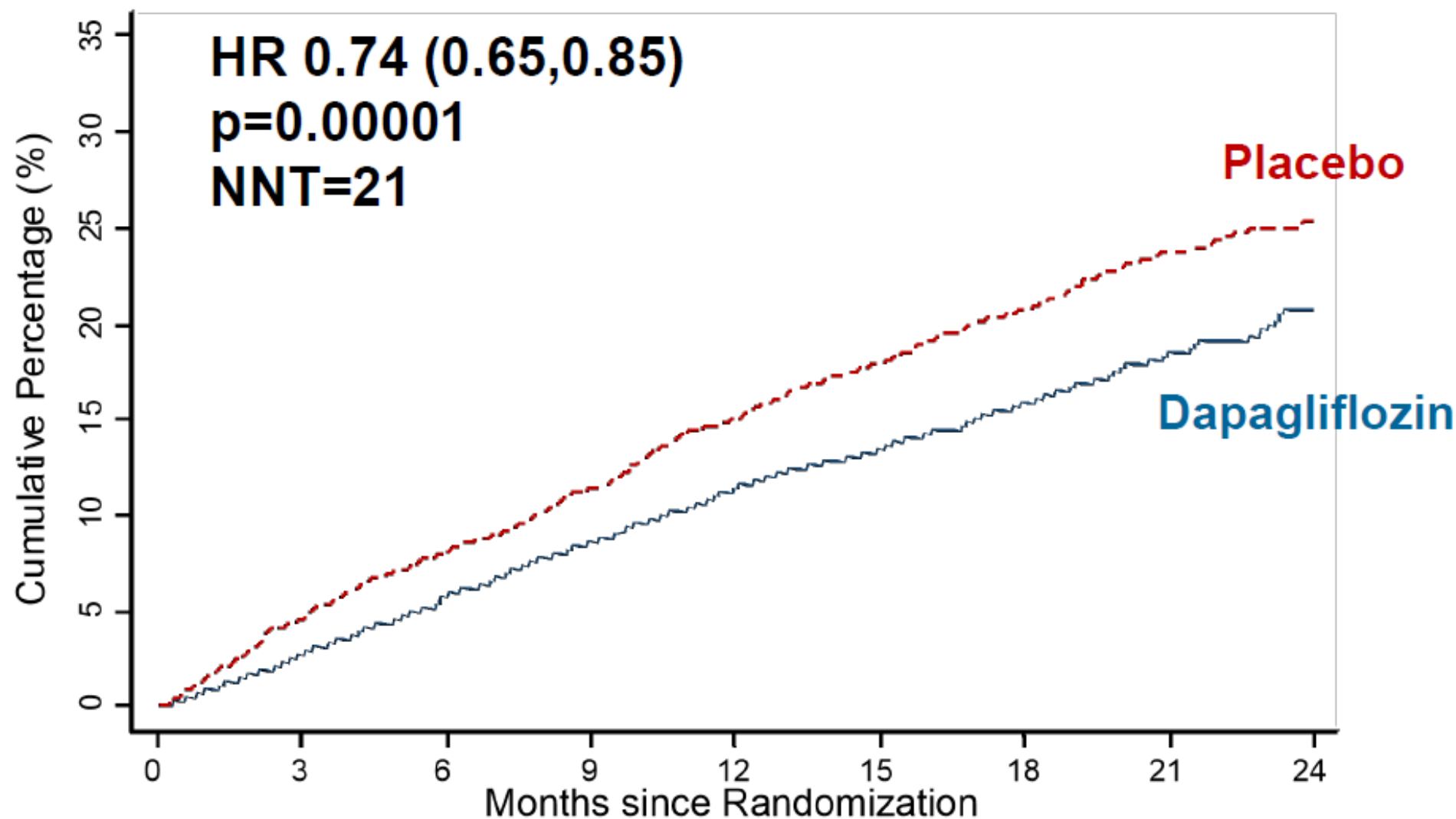
BHF Cardiovascular Research Centre,
University of Glasgow & Queen Elizabeth
University Hospital, Glasgow

DAPA-HF Design



Primary composite outcome

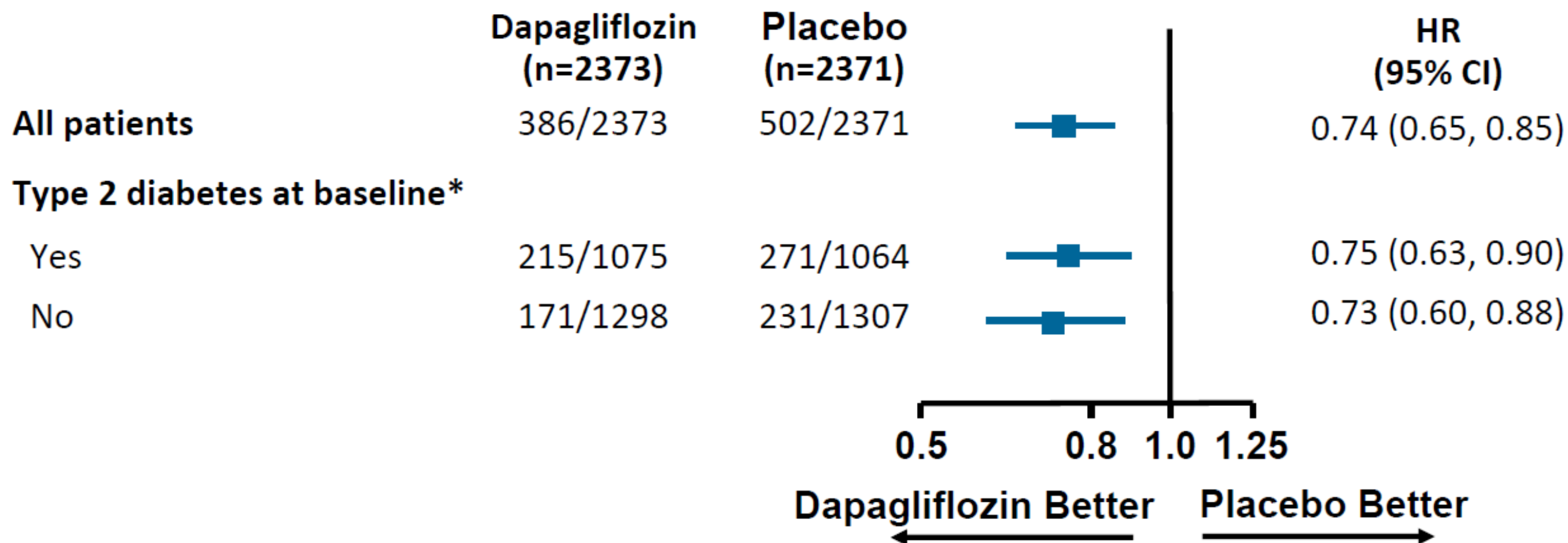
CV Death/HF hospitalization/Urgent HF visit



Number at Risk

Dapagliflozin	2373	2305	2221	2147	2002	1560	1146	612	210
Placebo	2371	2258	2163	2075	1917	1478	1096	593	210

No diabetes/diabetes subgroup: Primary endpoint



*Defined as history of type 2 diabetes or HbA1c $\geq 6.5\%$ at both enrollment and randomization visits.

Summary of Ongoing SGLT-2 Inhibitor Trials in Patients with Heart Failure

	EMPEROR-Reduced ¹	EMPEROR-Preserved ²	DAPA-HF ³	DELIVER ⁴	SOLOIST-WHF ⁵
	3,350	5,500	4,744	4,700	4,000
<i>Population</i>	Class II-IV HF	Class II-IV HF	Class II-IV HF	Class II-IV HF	Admitted for HF
	NT-proBNP ≥600	NT-proBNP ≥300	NT-proBNP ≥600	NT-proBNP ≥600	NT-proBNP ≥600
	EF ≤40%	EF >40%	EF ≤40%	EF >40%	EF <50%
	eGFR ≥20	eGFR ≥30	eGFR ≥30	eGFR ≥25	eGFR ≥30
<i>Intervention</i>	Empa 10 mg	Dapa 5 or 10 mg	Dapa 10 mg	Sota	
<i>1° Outcome</i>	CV death/hHF	CV death/hHF/urgent HF visit	CV death/hHF/urgent HF visit	CV death/hHF	
<i>2° Outcomes</i>	Components of the 1° All-cause death All-cause hospitalization Chronic dialysis/transplant/↓eGFR Change in KCCQ	Components of 1° All-cause death Total CV death/hHF ESRD/↓eGFR/death Change in KCCQ	All-cause death Total CV death/hHF Worsened NYHA Change in KCCQ	Total hHF All-cause death CV death ESRD/↓eGFR	
<i>Study Completion</i>	Jul, 2020	Nov, 2020	Jul, 2019	June, 2021	January 2021

1. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03057977>

2. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03057951>

3. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03036124>

4. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03030235>

5. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03521934>

Accessed August 2019.

Functional studies with SGLT2 inhibitors

	EMPERIAL- Preserved ^{1,2}		EMPERIAL- Reduced ^{3,4}	DETERMINE- Preserved ⁵	DETERMINE- Reduced ⁶
Study drug	Empagliflozin 10 mg qd			Dapagliflozin 10 mg qd	
Population	HFpEF (LVEF >40%)		HFrEF (LVEF ≤40%)	HFpEF (LVEF >40%)	HFrEF (LVEF ≤40%)
Sample size	300		300	400	300
Primary endpoint	Change from baseline to Week 12 in exercise capacity (6MWT)			Change from baseline to Week 16 in exercise capacity (6MWT)	
Estimated completion date	Oct 2019		Oct 2019	Feb 2020	Jan 2020

Bản cập nhật ADA ngày 27/03/2019

Bệnh TM do xơ vữa, bệnh thận mạn hay suy tim

Bệnh TM do xơ vữa

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

bệnh thận mạn hay suy tim

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

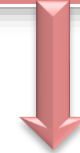
Chọn các thuốc thể hiện an toàn tim mạch:

- 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

ADA 2019 Standards of Care-03/2019: Các thuốc SGLT2i có khác nhau?

Table 9.1—Drug-specific and patient factors to consider when selecting antihyperglycemic treatment in adults with type 2 diabetes

	Efficacy	Hypoglycemia	Weight change	CV effects		Cost	Oral/SQ	Renal effects		Additional considerations
				ASCVD	CHF			Progression of DKD	Dosing/use considerations*	
Metformin	High	No	Neutral (potential for modest loss)	Potential benefit	Neutral	Low	Oral	Neutral	Contraindicated with eGFR <30	- Gastrointestinal side effects common (diarrhea, nausea) - Potential for B12 deficiency
SGLT-2 inhibitors	Intermediate	No	Loss	Benefit: empagliflozin [†] , canagliflozin	Benefit: empagliflozin [†] , canagliflozin	High	Oral	Benefit: canagliflozin, empagliflozin	Renal dose adjustment required (canagliflozin, dapagliflozin, empagliflozin, ertugliflozin)	FDA Black Box: Risk of amputation (canagliflozin) - Risk of bone fractures (canagliflozin) - DKA risk (all agents, rare in T2DM) - Genitourinary infections - Risk of volume depletion, hypotension ↑LDL cholesterol - Risk of Fournier's gangrene



✓ 3P-MACE reduction: empagliflozin, canagliflozin

✓ CV death reduction: empagliflozin

✓ HF/Renal Benefit: empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin

ESC 2019: Phân loại nguy cơ tim mạch

Nguy cơ rất cao	BN ĐTĐ và đã có bệnh tim mạch hoặc tổn thương cơ quan đích khác ^a hoặc có nhiều hơn hoặc bằng 3 các yếu tố nguy cơ chính ^b hoặc ĐTĐ típ 1 khởi phát sớm trong thời gian dài (>20 năm)
Nguy cơ cao	Bn mắc ĐTĐ kéo dài ≥ 10 năm mà không có tổn thương cơ quan đích ^a hay thêm bất kỳ yếu tố nguy cơ nào khác ^b
Nguy cơ vừa	BN trẻ tuổi (ĐTĐ típ 1 <35 tuổi; típ 2 <50 tuổi) mắc ĐTĐ kéo dài <10 năm, không có các yếu tố nguy cơ nào khác

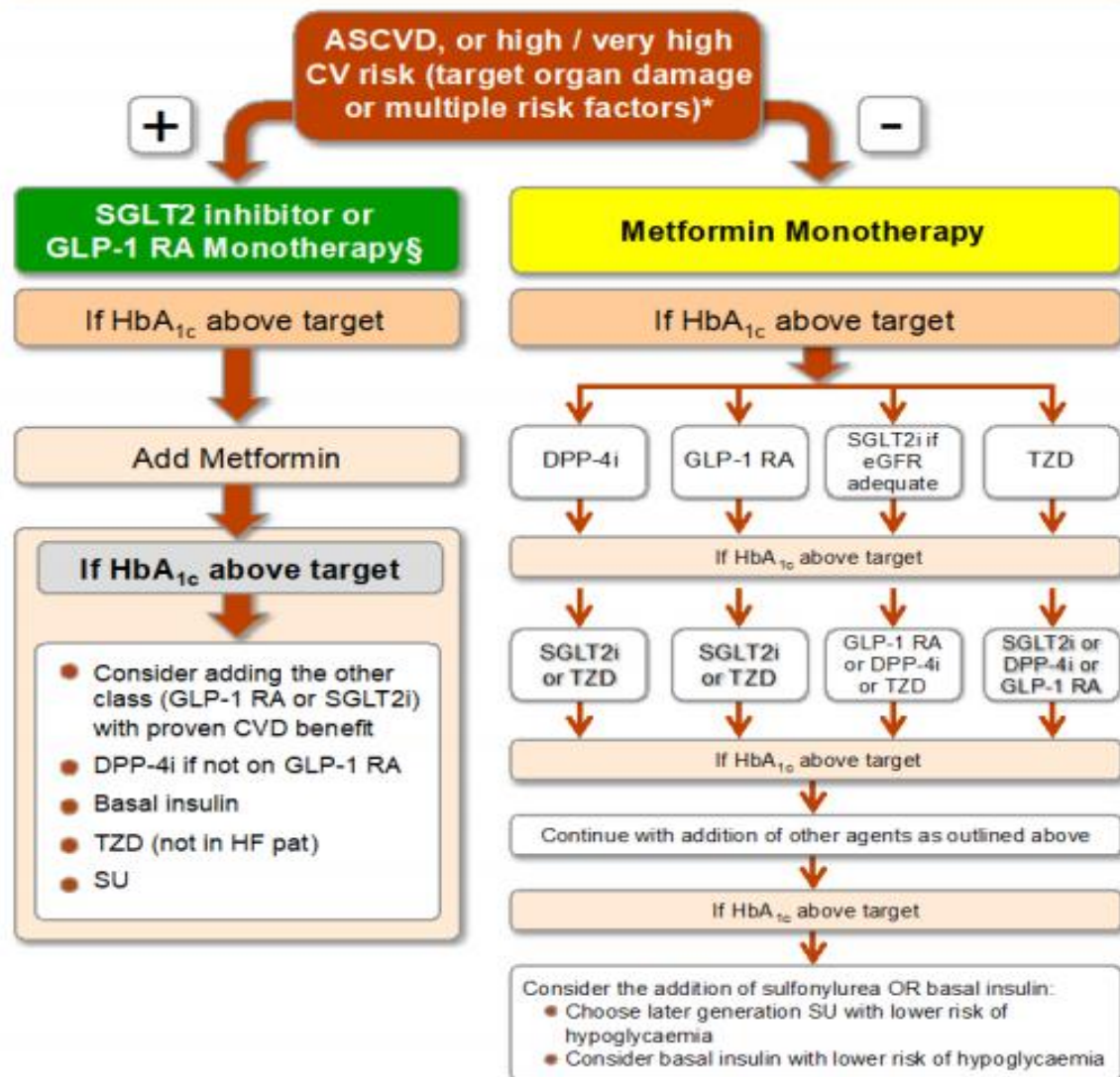
^a **đạm niệu**, suy giảm chức năng thận $GFR < 30\text{mL/phút}/1.73\text{m}^2$, phì đại thất trái hay bệnh lý vồng ngực

^b tuổi, THA, RLLM, hút thuốc, béo phì

New treatment algorithms

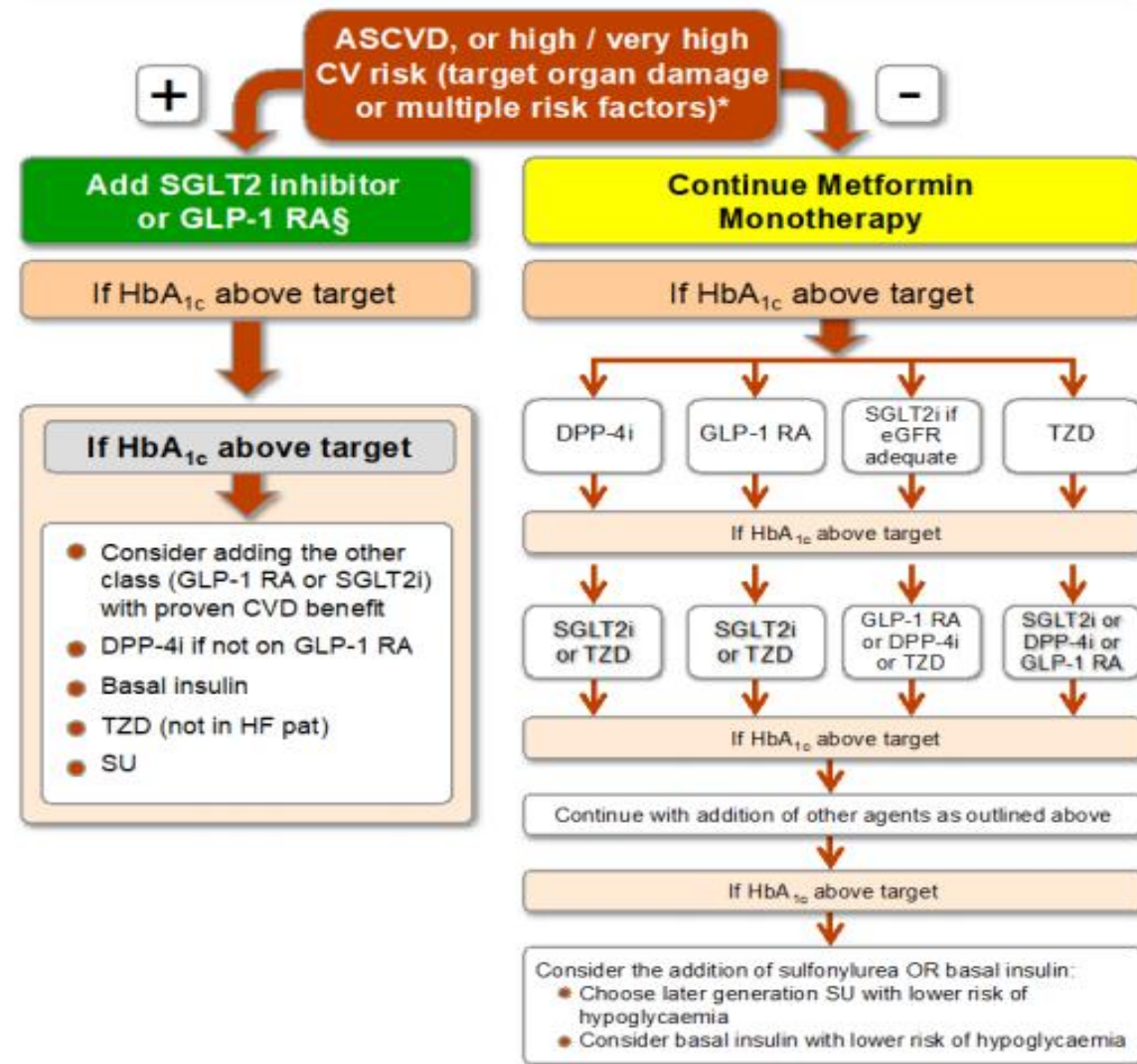


Type 2 DM - Drug naïve patients



NEW

Type 2 DM – On metformin



ESC 2019: New treatment algorithms

Recommendations for glucose-lowering treatment for patients with diabetes

Recommendations	Class ^a	Level ^b
SGLT2 inhibitors		
Empagliflozin, canagliflozin, or dapagliflozin are recommended in patients with T2DM and CVD, or at very high/high CV risk, ^c to reduce CV events. ^{306,308,309,311}	I	A
Empagliflozin is recommended in patients with T2DM and CVD to reduce the risk of death. ³⁰⁶	I	B
GLP1-RAs		
Liraglutide, semaglutide, or dulaglutide are recommended in patients with T2DM and CVD, or at very high/high CV risk, ^c to reduce CV events. ^{176,299–300,302–303}	I	A
Liraglutide is recommended in patients with T2DM and CVD, or at very high/high CV risk, ^c to reduce the risk of death. ¹⁷⁶	I	B
Biguanides		
Metformin should be considered in overweight patients with T2DM without CVD and at moderate CV risk. ^{146,149}	IIa	C
Insulin		
Insulin-based glycaemic control should be considered in patients with ACS with significant hyperglycaemia (>10 mmol/L or >180 mg/dL), with the target adapted according to comorbidities. ^{260–262}	IIa	C
Thiazolidinediones		
Thiazolidinediones are not recommended in patients with HF.	III	A
DPP4 inhibitors		
Saxagliptin is not recommended in patients with T2DM and a high risk of HF. ²⁹¹	III	B

ACS = acute coronary syndromes; CV = cardiovascular; CVD = cardiovascular disease; DM = diabetes mellitus; DPP4 = dipeptidyl peptidase-4; GLP1-RA = glucagon-like peptide-1 receptor agonist; HF = heart failure; SGLT2 = sodium-glucose co-transporter 2; T2DM = type 2 diabetes mellitus.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

^cSee Table 7.

Khuyến cáo ESC 2019 trên bệnh thận ĐTĐ : Ưu tiên SGLT2i để giảm biến cố thận

Recommendations for the prevention and management of chronic kidney disease in patients with diabetes

Recommendations	Class ^a	Level ^b
It is recommended that patients with DM are screened annually for kidney disease by assessment of eGFR and urinary albumin:creatinine ratio. ⁵⁴³	I	A
Tight glucose control, targeting HbA1c (<7.0% or <53 mmol/mol) is recommended to decrease microvascular complications in patients with DM. ^{145–149}	I	A
It is recommended that patients with hypertension and DM are treated in an individualized manner, targeting a SBP to 130 mmHg and <130 mmHg if tolerated, but not <120 mmHg. In older people (aged >65 years) the SBP goal is to a range of 130–139 mmHg. ^{155,159,181–183}	I	A

A RAAS blocker (ACEI or ARB) is recommended for the treatment of hypertension in patients with DM, particularly in the presence of proteinuria, microalbuminuria, or LVH.^{167–170}

Treatment with an SGLT2 inhibitor (empagliflozin, canagliflozin, or dapagliflozin) is associated with a lower risk of renal endpoints and is recommended if eGFR is 30 to <90 mL/min/1.73 m².^{306,311,313,496}

Treatment with the GLP1-RAs liraglutide and semaglutide is associated with a lower risk of renal endpoints, and should be considered for DM treatment if eGFR is >30 mL/min/1.73m².^{2,176,299}

ACEI = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ARB = angiotensin receptor blocker; BP = blood pressure; CKD = chronic kidney disease; DM = diabetes mellitus; eGFR = estimated glomerular filtration rate; GLP1-RA = glucagon-like peptide-1 receptor agonist; HbA1c = haemoglobin A1c; LVH = left ventricular hypertrophy; RAAS = renin–angiotensin–aldosterone system; SBP = systolic blood pressure; SGLT2 = sodium-glucose co-transporter 2.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence.

© ESC 2019

Dapagliflozin, Empagliflozin chỉ được chỉ định để kiểm soát đường huyết cho bệnh nhân trên 18 tuổi mắc ĐTĐ týp 2, có mức lọc cầu thận ước tính lớn hơn 45 ml/phút/1.73 m². Vui lòng tham khảo thêm thông tin kê toa tại Việt Nam

**Thảo luận tính ứng dụng các phác đồ
trong thực tế lâm sàng như thế nào?**

VAI TRÒ TÍCH CỰC CỦA 02 NHÓM THUỐC SGLT2i VÀ ĐỒNG VẬN THỤ THỂ GLP1?

- Kiểm soát đường huyết
- Giảm cân
- Bằng chứng:
 - Đồng vận thụ thể GLP1: Giảm biến cố tim mạch
 - SGLT2i có nhiều bằng chứng hơn:
 - Giảm biến cố tim mạch, suy tim, thận
 - Dạng uống, thuận tiện
 - Chi phí rẻ hơn thuốc đồng vận thụ thể GLP1.

**Chọn lựa hàng đầu cho bệnh nhân ĐTĐ type 2:
Metformin hay SGLT2i ?**

Metformin

- An toàn, đã được sử dụng lâu dài
- Giá rẻ
- Chưa có bằng chứng giảm biến cố tim mạch trên bệnh nhân ĐTĐ type 2
 - Phân nhóm béo phì, thừa cân trong nghiên cứu UKPDS cho thấy metformin có hiệu quả giảm biến cố tim mạch
- Đối tượng bệnh nhân:
 - Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán
 - Chưa có biến cố tim mạch trước đó
 - Bất kể cân nặng

Thuốc ức chế kênh SGLT2 ?

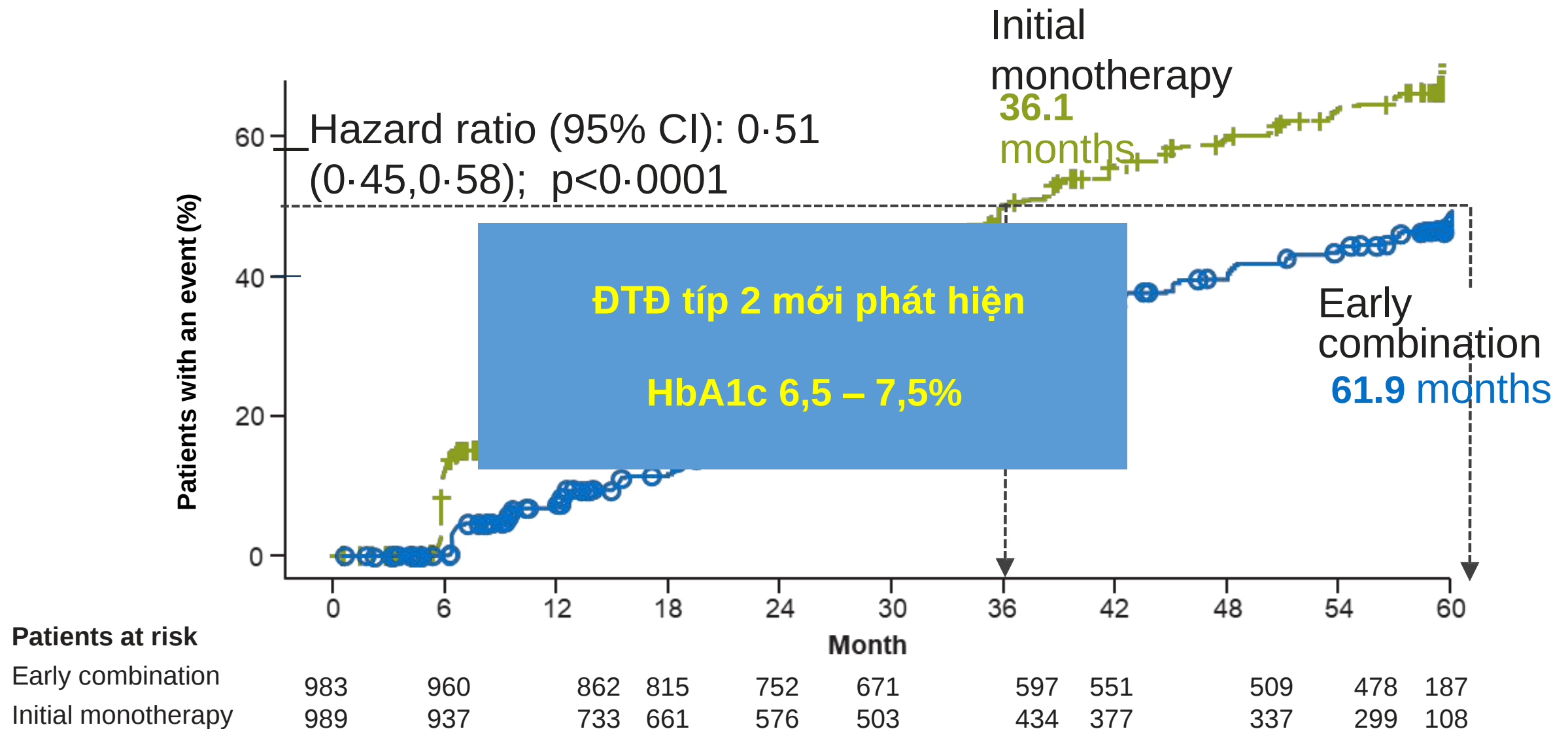
- Thuốc mới sử dụng 5 – 6 năm
- Giá đắt
- Có bằng chứng giảm biến cố tim mạch qua nghiên cứu chuẩn
- Đối tượng bệnh nhân:
 - Đái tháo đường type 2 lâu năm
 - Đã có biến cố tim mạch trước đó
 - Béo phì

Có thể dùng SGLT2i đơn trị liệu

Bài học gì từ nghiên cứu VERIFY ?

**Kết hợp metformin + SGLT2i ngay từ đầu có
hiệu quả: xu thế tương lai?**

Thời gian thất bại của metformin vs met + vildagliptin trên BN ĐTĐ mới phát hiện?



Tranh cãi: Thuốc ức chế SGLT2 là thuốc tim mạch hay ĐTĐ ?

SGLT2i là thuốc tim mạch có tác dụng hạ đường huyết?

SGLT2i là hạ đường huyết có tác dụng bảo vệ tim mạch?

**SGLT2i bản chất là thuốc hạ đường huyết,
giảm cân hiệu quả**



Trong thực tế lâm sàng trước đây: giảm cân rất khó trên bệnh nhân đái tháo đường type 2

Cả đời này tôi chỉ làm có 2 việc
thôi, đó là: giảm cân và ăn



LIFESTYLE THERAPY

RISK STRATIFICATION FOR DIABETES COMPLICATIONS



OPTIONS[®]
DIABETES

INTENSITY STRATIFIED BY BURDEN OF OBESITY AND RELATED COMPLICATIONS

Nutrition	- Maintain optimal weight - Calorie restriction (if BMI is increased) - Plant-based diet, high polyunsaturated and monounsaturated fatty acids	+	Avoid <i>trans</i> fatty acids; limit saturated fatty acids	+	- Structured counseling - Meal replacement
Physical Activity	150 min/week moderate exertion (e.g., walking, stair climbing) - Strength training - Increase as tolerated	+	- Structured program - Wearable technologies	+	- Medical evaluation/clearance - Medical supervision
Sleep	- About 7 hours per night - Basic sleep hygiene	+	- Screen OSA - Home sleep study	+	Referral to sleep lab
Behavioral Support	- Community engagement - Alcohol moderation	+	Discuss mood with HCP	+	Formal behavioral therapy
Smoking Cessation	No tobacco products	+	Nicotine replacement therapy	+	Referral to structured program

KẾT LUẬN

- Tiếp cận điều trị mới: kiểm soát đường huyết theo hướng dùng các thuốc an toàn tim mạch, giảm biến cố tim mạch, thận
- Vai trò quyết định của nhóm thuốc SGLT2i và GLP1-RA
- Thuốc ức chế kênh SGLT2 là thuốc điều trị đái tháo đường; giảm biến cố tim mạch và thận trên bệnh nhân đái tháo đường type 2
- Bệnh nhân là trung tâm: cần xem xét toàn diện mọi khía cạnh của người bệnh

