



Phòng ngừa sớm biến chứng tim mạch trên bệnh nhân Đái tháo đường típ 2

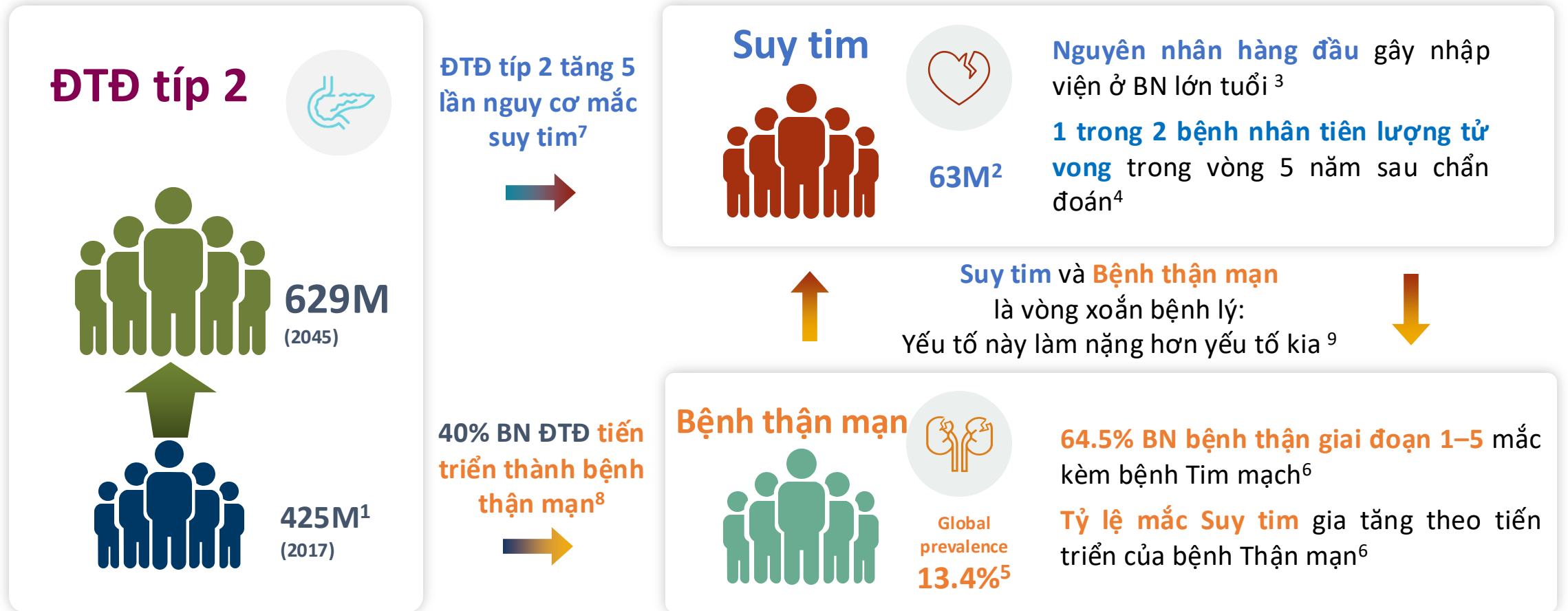


PGS. TS. BS. Trần Quang Nam
Bộ Môn Nội Tiết, Đại Học Y Dược TPHCM
Khoa Nội Tiết, BV Đại Học Y Dược TPHCM

Nội dung

- Mối liên hệ giữa ĐTĐ và biến chứng tim mạch
- Đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch từ các khuyến cáo hiện hành
- Điều trị đa yếu tố từ sớm để kiểm soát biến chứng tim mạch theo ADA 2025
- Nghiên cứu thuốc ức chế SGLT2 trong phòng ngừa sớm biến cố tim mạch cho BN ĐTĐ típ 2

Vòng xoáy bệnh lý ĐTD và tim mạch – thận



Viết tắt: CKD, chronic kidney disease; CVD, cardiovascular disease; HF, heart failure; T2D, Type 2 diabetes

International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017; 2. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Lancet 2017;390:1211–1259;

3. Foltz-Gray D. Available at: www.aarp.org/health/doctors-hospitals/info-03-2012/hospital-admissions-older-adults.html (Accessed July 2019); 4. Taylor CJ, et al. BMJ 2019;364; DOI: 10.1136/bmj.l223; 5. Hill NR, et al. PLoS One 2016;11:e0158765;

6. US Renal Data System. USRDS Annual Report, 2018; Chapter 4. Available at: https://www.usrds.org/2018/view/v1_04.aspx (Accessed July 2019); 7. Nichols GA, et al. Diabetes Care 2004;27:1879–1884; 8. Alicic RZ, et al. Clin J Am Soc Nephrol

2017;12:2032–2045; 9. Ronco C, et al. J Am Coll Cardiol 2008;52:1527–1539

Biến cố tim mạch thường xuất hiện **SỚM** và **TĂNG DẦN** theo thời gian mắc bệnh ở người bệnh ĐTĐ type 2

	UKPDS-10 năm	ADVANCE	ACCORD	VADT
Cỡ mẫu	5.102	11.140	10.251	1.791
Tuổi trung bình	54	58	62,2	60,4
Tình trạng ĐTĐ	Mới chẩn đoán	8 năm	10 năm	11,5 năm
Biến chứng tim mạch	9%	32%	35%	40%
Biến chứng mạch máu nhỏ	18%	10%	14%	62%

Ở thời điểm chẩn đoán tới 8 năm đầu tiên, Biến chứng tim mạch thận tăng nhanh nhất

Can thiệp trong 10 năm đầu tiên, cơ hội phòng ngừa **SỚM** biến chứng tim mạch

Sau 10 năm, biến chứng tim mạch rất cao tới 40% và BC MMN tới 62%

BN có nguy cơ tim mạch cao
Can thiệp muộn hơn => cần điều trị tích cực

Kiểm soát sớm đường huyết giúp giảm biến chứng mạch máu trên đái tháo đường típ 2

Nghiên cứu	Thời gian mắc ĐTĐ (TB)	Thuốc hạ đường huyết ^a	Theo dõi (trung vị)	HbA _{1c} : Ban đầu, Khác biệt giữa 2 nhánh	BC vi mạch	Bệnh lý tim mạch	Tử vong
UKPDS¹	Mới chẩn đoán	SU/insulin hoặc metformin ^a so với chế độ ăn	10 năm	7.1% (tất cả các BN) ^b , -0.9% ^c	↓	↔	↔
UKPDS Theo dõi kéo dài²			10 năm sau can thiệp	Không khác biệt HbA _{1c} giữa 2 nhánh ĐT ^d	↓	↓	↓
ADVANCE³	8 năm	KSDH tích cực bao gồm gliclazide so với ĐT thường quy	5 năm	7.5% (cả 2 nhánh) ^b , -0.8% ^d	↓	↔	↔
ACCORD^{4,5}	10 năm	Các thuốc ĐT hạ ĐH ở cả 2 nhánh	3.4 năm	8.1% (cả 2 nhánh) ^e , -1.1% ^c	↓	↔	↑
VADT⁶	11.5 năm	Các thuốc ĐT hạ ĐH ở cả 2 nhánh	5.6 năm	9.4% (cả 2 nhánh) ^b , -1.5% ^d	↔	↔	↔

Kiểm soát HbA1c giúp cải thiện cả BC vi mạch lẫn BC mạch máu lớn nhưng cần can thiệp sớm và kéo dài

^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;359:977–986. 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.

Vì sao cần phòng ngừa biến cố tim mạch sớm và quản lý bệnh tim thận hiệu quả cho BN ĐTĐ típ 2?

Diễn tiến âm thầm: các tổn thương tim mạch và thận tiến triển âm thầm, không triệu chứng ban đầu.

Khả năng phục hồi thấp: Khi đã có biến cố, khả năng phục hồi rất hạn chế.

Chi phí điều trị cao: Điều trị biến chứng tốn kém và ít hiệu quả hơn phòng ngừa.

**Đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch từ các
khuyến cáo hiện hành**

ADA 2025: Đánh giá toàn diện nguy cơ của bệnh nhân và các bệnh lý mắc kèm

Table 4.2—Essential components for assessment, planning, and referral

Assessing risk of diabetes complications

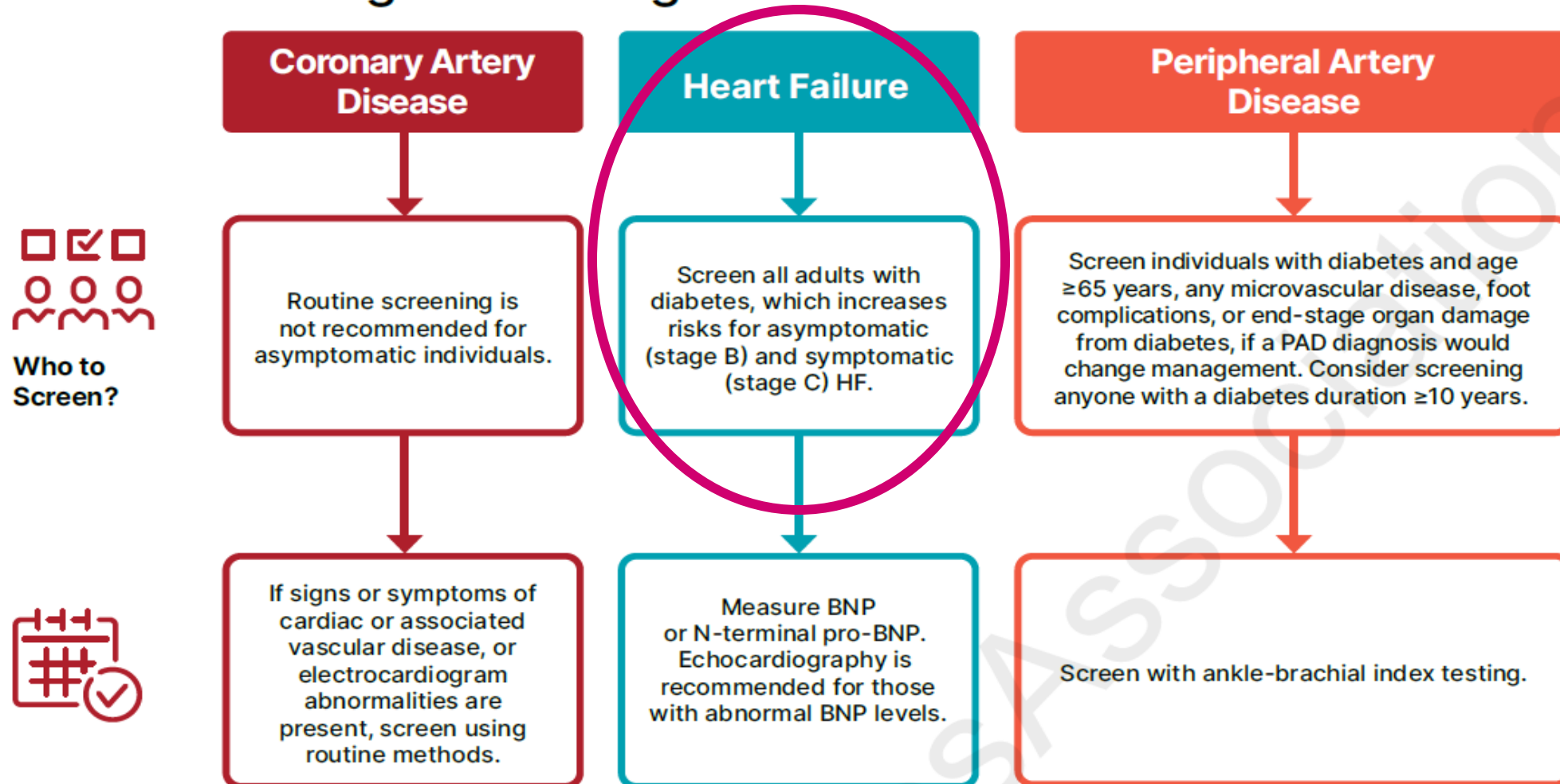
- ASCVD and heart failure history
- ASCVD risk factors and 10-year ASCVD risk assessment
- Staging of chronic kidney disease (see **Table 11.2**)
- Hypoglycemia risk (see Section 6, “Glycemic Targets and Hypoglycemia Prevention”)
- Assessment for retinopathy
- Assessment for neuropathy
- Assessment for MASLD and MASH

Goal setting

- Set A1C, blood glucose, and time in range goals
- Set lipid goal
- If hypertension is present, establish blood pressure goal
- Weight management and physical activity goals
- Diabetes self-management goals

ADA 2025: Tầm soát suy tim cho tất cả BN đái tháo đường

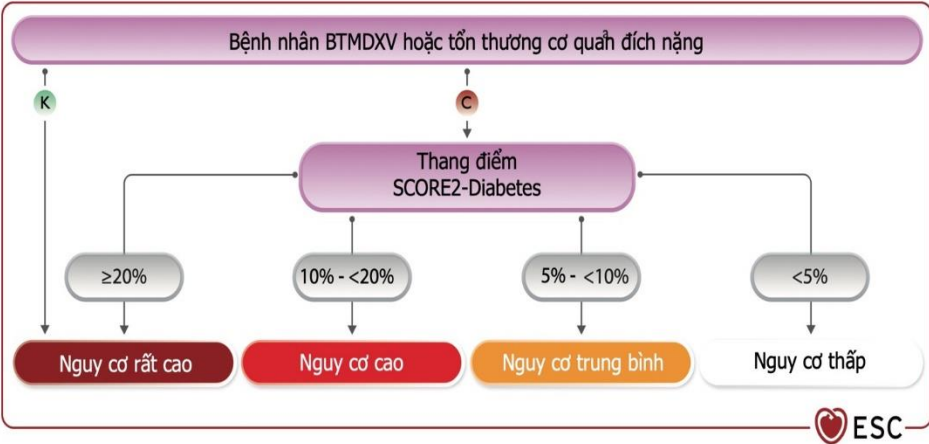
Screening for Undiagnosed Cardiovascular Disease



Khuyến cáo Hội Tim mạch Châu Âu và Việt Nam: Sử dụng thang điểm đánh giá nguy cơ tim mạch cho BN ĐTĐ

Bảng 3. Khuyến cáo ước tính nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa

Khuyến cáo	Mức khuyến cáo	Mức chứng cứ
Ở đối tượng khoẻ mạnh < 70 tuổi mà không có ASVCD, ĐTĐ, bệnh thận mạn, bệnh lý lipid di truyền hoặc bệnh tăng huyết áp thì khuyến cáo ước tính nguy cơ CVD tử vong và không tử vong 10 năm bằng thang điểm SCORE2.	I	B
Ở đối tượng được khoẻ mạnh ≥ 70 tuổi không có BTMDXV, ĐTĐ, bệnh thận mạn, bệnh lý lipid di truyền hoặc bệnh tăng huyết áp thì khuyến cáo ước tính nguy cơ CVD tử vong và không tử vong 10 năm bằng thang điểm SCORE2-OP	I	B
Ở BN ĐTĐ không có BTMDXV trước đó thì khuyến cáo ước tính nguy cơ CVD tử vong và không tử vong 10 năm bằng thang điểm SCORE2-Diabetes.	I	B
Những BN có BTMDXV đã biết và/hoặc ĐTĐ và/hoặc bệnh thận trung bình – nặng và/hoặc rối loạn lipid máu tính chất gia đình hoặc bệnh tăng huyết áp được xem là nguy cơ CVD cao hoặc rất cao	I	A



SCORE_VNm2



**Thang điểm đánh giá
nguy cơ tim mạch cho
BN ĐTĐ Việt Nam**

Truy cập trang web:
Happytim.com.vn



Công cụ đánh giá nguy cơ Tim mạch-Thận do Hội Tim mạch học Việt Nam phát triển trên website caremeveulayminh.com



Chương trình

Đánh giá yếu tố nguy cơ
TIM MẠCH - THẬN

KIỂM TRA MIỄN PHÍ TẠI ĐÂY

Hoặc quét mã QR



2.1.4. Một số ứng dụng thực tế giúp ước tính nguy cơ bệnh lý tim mạch tại Việt Nam

Để có thể giúp cho các thầy thuốc Việt Nam để thực hành tính nguy cơ tim mạch cho người bệnh, Hội tim mạch quốc gia Việt nam đã xây dựng những bộ công cụ như bên dưới:

- **SCORE_VN** là một công cụ Việt hóa từ ESC SCORE, được Hội Tim mạch học Việt Nam và Phân hội tim mạch can thiệp Việt Nam thống nhất phát triển [14]. Ban đầu, từ năm 2021, App SCORE_VN được phát triển trên ứng dụng điện thoại. Đến năm 2022, App SCORE_VN được cập nhật phiên bản mới nhất từ ESC là SCORE2 và SCORE2-OP. Mới nhất, SCORE_VN đã có phiên bản trên website của Hội tim mạch học Việt Nam, giúp người dùng có thêm cách tiếp cận. Cho đến đầu năm 2024, SCORE_VN đã có 63855 lượt truy cập. Đây là một phương tiện đơn giản với các thông tin cá nhân và các yếu tố nguy cơ truyền thống (giới tính, tuổi, tiền căn hút thuốc lá, vận động thể lực, yếu tố gia đình, mức huyết áp, Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C) giao diện thân thiện với ngôn ngữ Việt, giúp nhân viên y tế đánh giá nguy cơ cho người bệnh trong thời gian ngắn. Kết quả đánh giá được hình ảnh hóa sinh động để cho việc giải thích người bệnh với các mục tiêu cụ thể.

Chúng ta có thể truy cập theo các đường link sau để sử dụng: <https://vnha.org.vn/detail/13677/cong-cu-danh-gia-nguy-co-tim-mach.html>

- **CAREME – Yêu lấy mình**. Năm 2021, Hội Tim mạch học Việt Nam đã xây dựng chương trình CaReMe – Yêu lấy mình nhằm đưa ra một giải pháp đơn giản trong đánh giá toàn diện yếu tố nguy cơ tim mạch – thận – chuyển hóa cho bệnh nhân Việt Nam thông qua một ứng dụng (<http://vnha.org.vn/detail.asp?id=1425>). Người dùng có thể truy cập ứng dụng bằng mã QR, hoặc máy ki-ốt đặt tại bệnh

18

Khuyến cáo | ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU 2024

viện có thể được thực hiện bởi bác sĩ, điều dưỡng, bệnh nhân, người nhà bệnh nhân. Gần đây nhất vào năm 2023, Hội Tim mạch học Việt Nam đã tích hợp hai thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP vào ứng dụng này, và đã thực hiện đánh giá nguy cơ tim mạch tại hơn 50 bệnh viện trên cả nước. Chương trình CaReMe đánh giá nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân thông qua mã QR, ki-ốt đặt tại bệnh viện, hoặc truy cập đường link <https://caremeveulayminh.com>

1. <https://vnha.org.vn/detail/65248/careme-danh-gia-yeu-to-nguy-co-tim-mach-than.html> - access on July 29th 2025

2. KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU CỦA HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM 2024



Các đánh giá phát hiện các bất thường về tim, thận ở BN ĐTĐ típ 2 có nguy cơ mắc BTMDXV, suy tim hoặc bệnh thận mạn

	Test	Patient population	Frequency
	CKD	eGFR	• Patients at risk of CKD • Monitor annually
		Albuminuria	• Patients at risk of CKD or HF • Monitor annually
	ASCVD and HF	CAC score	• Patients at risk of ASCVD • Monitor every 5 years
		Natriuretic peptide (NT-proBNP or BNP)*	• Patients at risk of HF • Monitor if needed
		Echocardiogram	• Symptomatic or suspected HF • Monitor if needed

*For those with or at risk of HF, both natriuretic peptides are useful biomarkers to determine the presence and severity of HF, and monitoring their levels is useful/can be relevant if HF is suspected
 ASCVD, atherosclerotic cardiovascular disease; BNP, B-type natriuretic peptide; CAC, coronary artery calcium; CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; HF, heart failure; NT-proBNP, N-terminal pro- B-type natriuretic peptide; T2D, type 2 diabetes; UACR, urine albuminuria-creatinine ratio

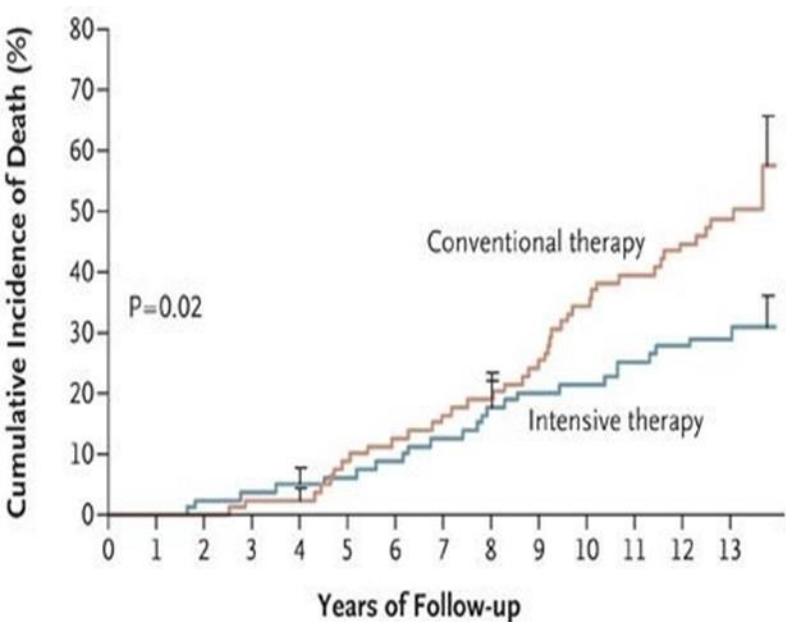


**Điều trị đa yếu tố để kiểm soát
biến chứng tim mạch**

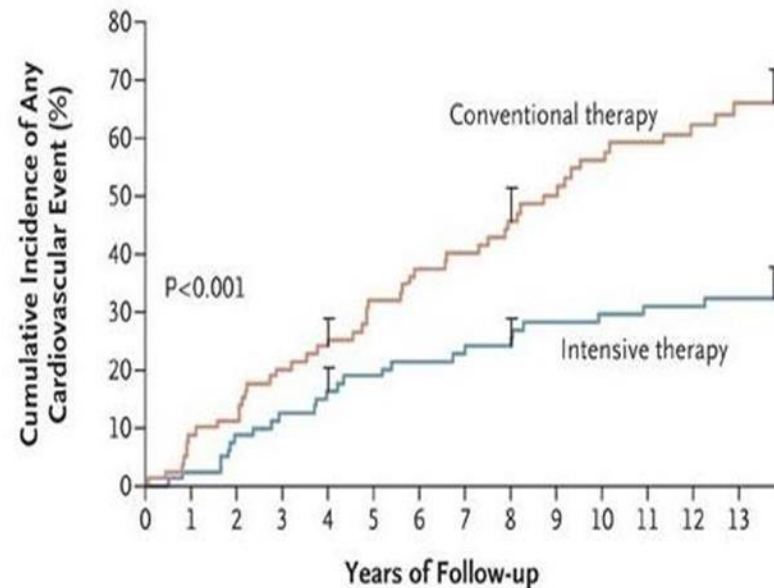
Ngoài kiểm soát đường huyết, cần điều trị các nguy cơ tim mạch khác

- **Nghiên cứu STENO 2**, kiểm soát tích cực các chỉ số: HbA1c ($\leq 6.5\%$), cholesterol toàn phần $\leq 175\text{mg/dL}$ (4.5 mmol/L), Triglycerid $\leq 150\text{ mg/dL}$ (1.7 mmol/L), SBP $\leq 130\text{ mm Hg}$, DBP $\leq 80\text{ mm Hg}$
- Nghiên cứu kéo dài 7.8 năm, mở rộng theo dõi đến 13.3 năm

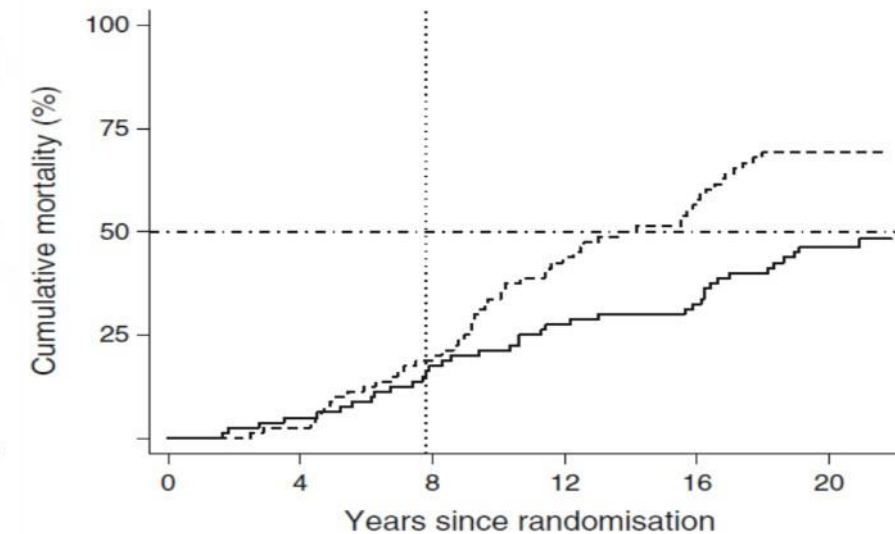
Tỷ lệ tử vong (%)



Biến cố tim mạch (%)



**Kéo dài tuổi thọ thêm 7,9 năm ở
thời điểm theo dõi 21 năm**



ADA 2025: Để giảm biến chứng đái tháo đường - Cần quản lý toàn diện vừa kiểm soát ĐH + các yếu tố nguy cơ khác

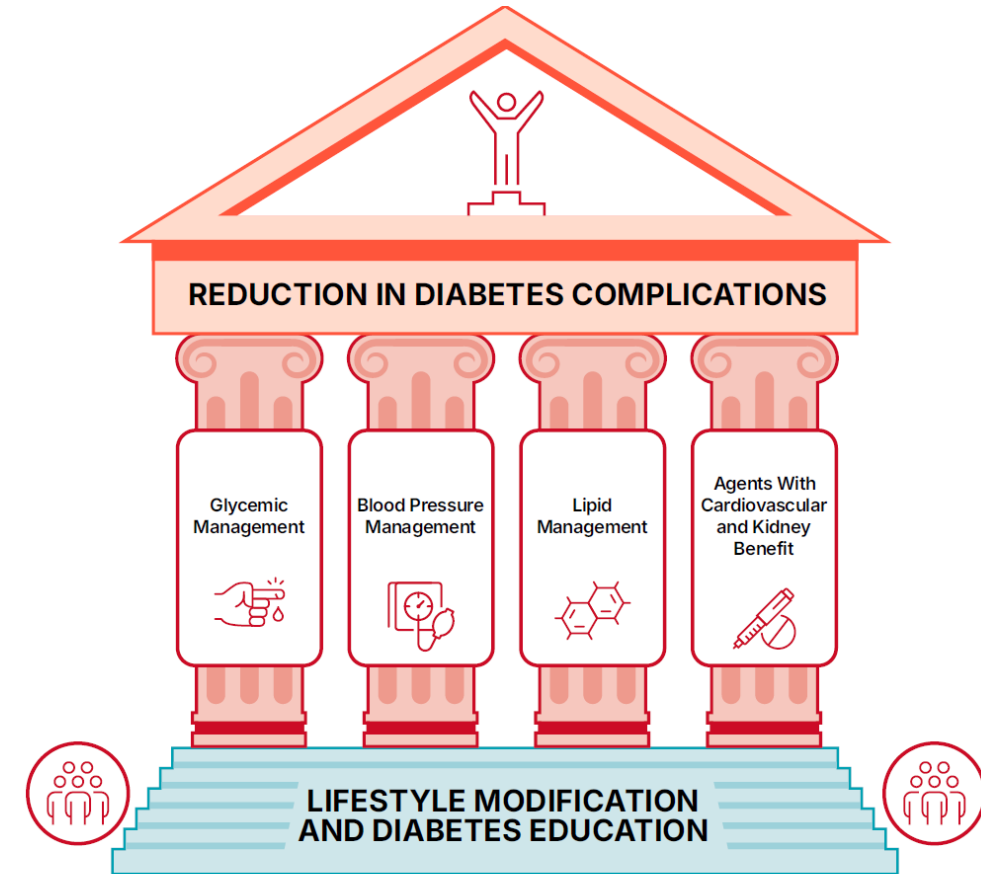
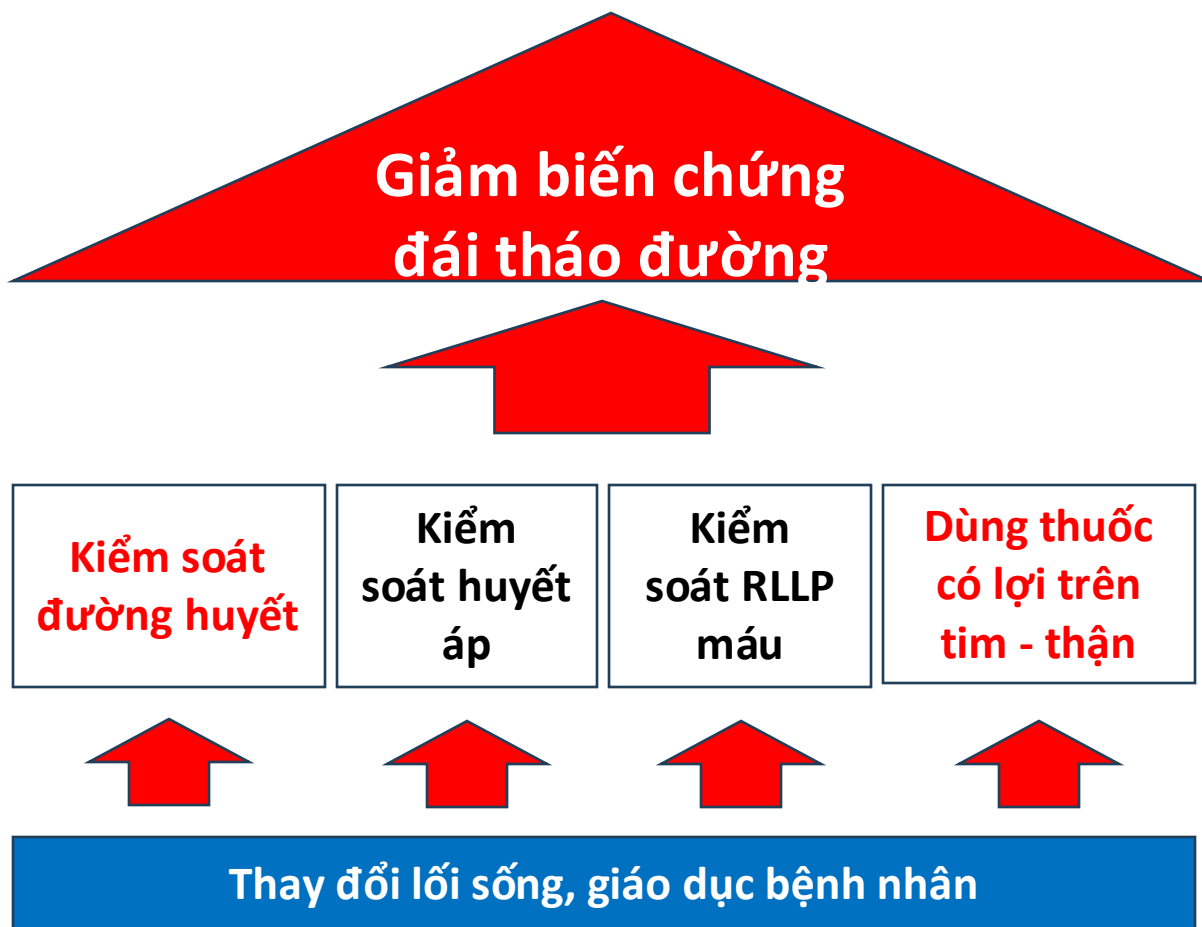
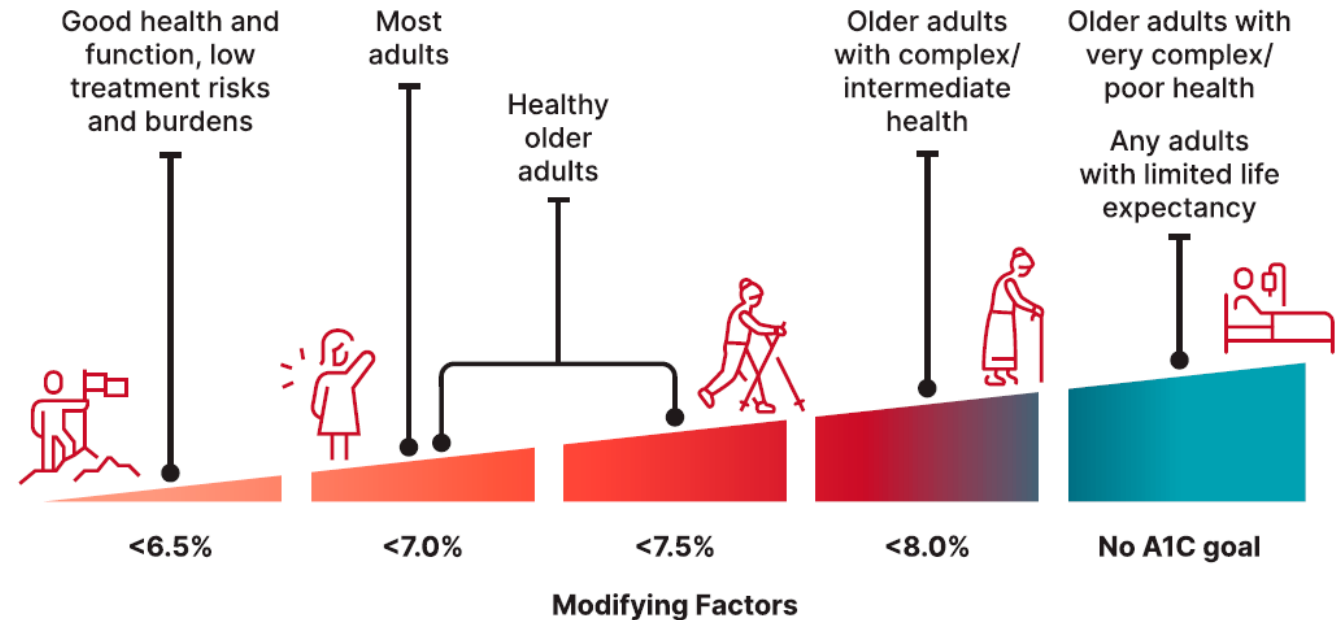


Figure 10.1—Multifactorial approach to reduction in risk of diabetes complications.

Mục tiêu đường huyết theo ADA 2025

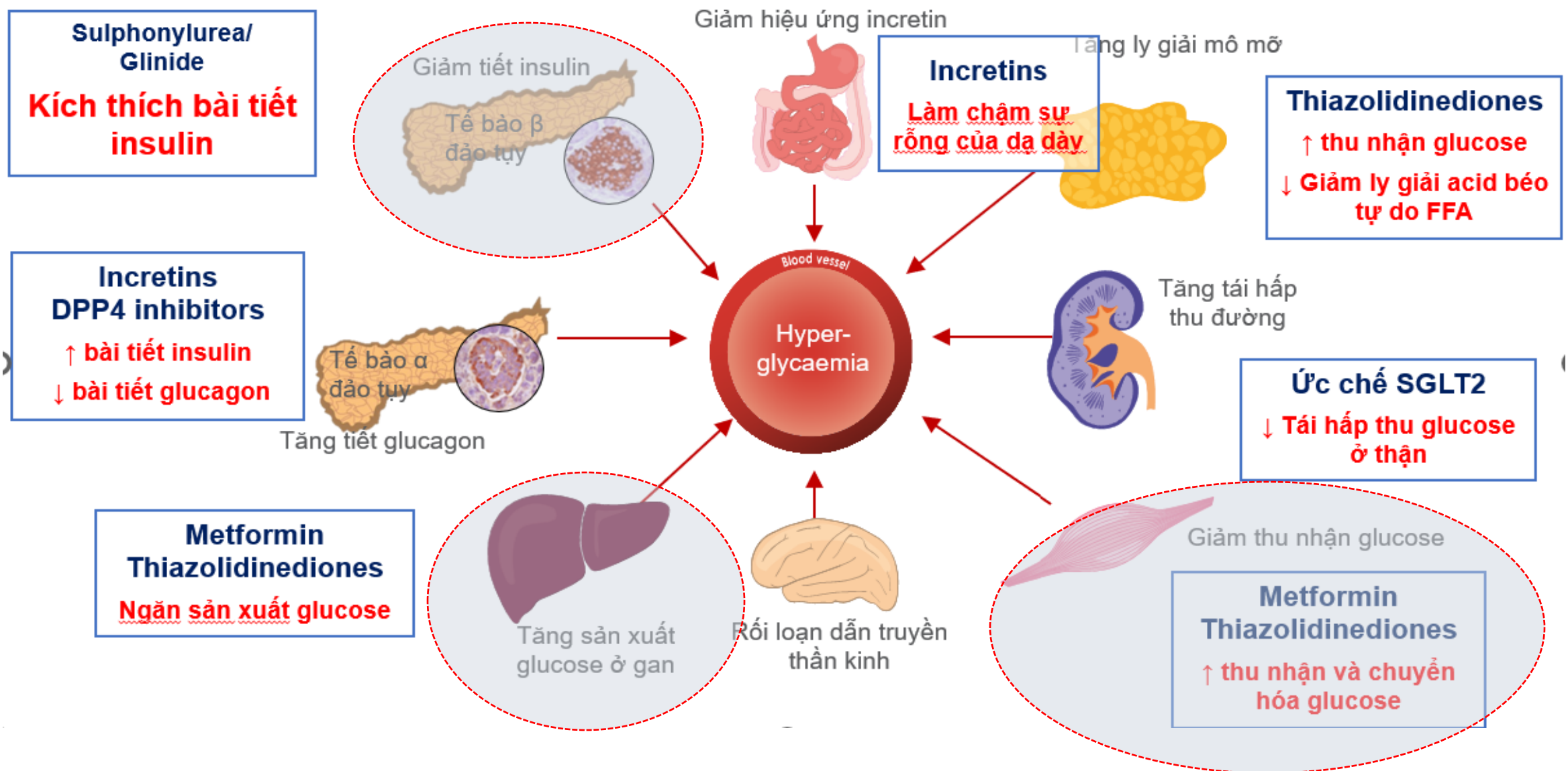
Mục tiêu **A1C < 7%** (dưới 53 mmol/mol) là phù hợp cho nhiều người lớn không mang thai, **không bị hạ đường huyết nặng hoặc hạ đường huyết thường xuyên** ảnh hưởng đến sức khỏe hoặc chất lượng cuộc sống. **A**



Giảm liều các thuốc gây hạ ĐH (insulin, SU hoặc meglitinides), hoặc chuyển sang thuốc có nguy cơ hạ ĐH thấp hơn, dành cho những **cá nhân có nguy cơ cao bị hạ đường huyết**. **B**

Favor more stringent goal	Favor less stringent goal
Short diabetes duration	Long diabetes duration
Low hypoglycemia risk	High hypoglycemia risk
Low treatment risks and burdens	High treatment risks and burdens
Pharmacotherapy with cardiovascular, kidney, weight, or other benefits	Pharmacotherapy without nonglycemic benefits
No cardiovascular complications	Established cardiovascular complications
Few or minor comorbidities	Severe, life-limiting comorbidities

Thuốc tác động trên nhiều cơ chế bệnh sinh ĐTĐ 2



3 rối loạn chính là 3 rối loạn trong vòng trong (----)

Ưc chế SGLT2 cải thiện các rối loạn chuyển hóa trên đái tháo đường típ 2

SGLT2 inhibitor on top of metformin	Empagliflozin 10 mg ¹	Canagliflozin 100 mg ²	Dapagliflozin 10 mg ³	Ertugliflozin 5 mg ⁴
 HbA1c, %	-0.70*	-0.73 [†]	-0.84 [‡]	-0.7 [§]
 Weight, kg	-2.08*	-3.3 [†]	-2.9 [‡]	-3.0 [§]
 Systolic blood pressure, mmHg	-4.5*	-3.5 [†]	-5.1 [¶]	-4.4 [§]
 Diastolic blood pressure, mmHg	-2.0*	-1.8 [†]	-1.8 [¶]	-1.6 [§]

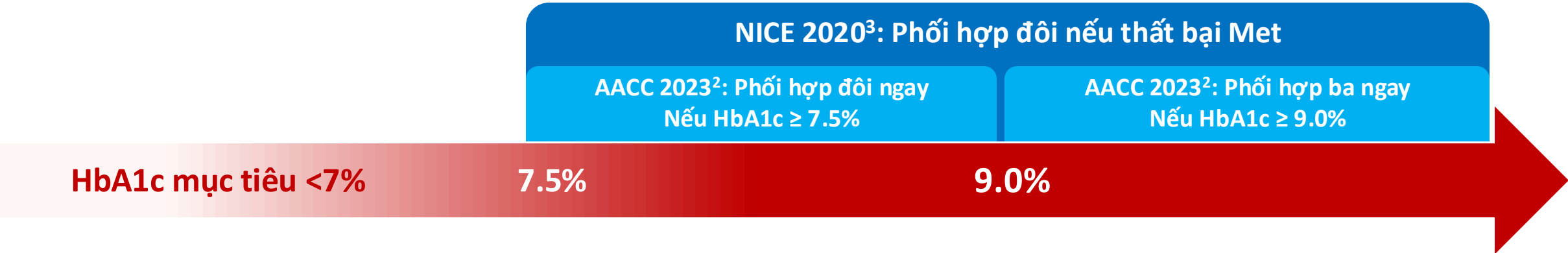
Comparison of studies should be interpreted with caution due to differences in study design, populations and methodology

*Adjusted mean change from baseline at Week 24; [†]Least squares mean change from baseline at Week 52; [‡]Adjusted mean change from baseline at Week 24; [§]Least squares mean change from baseline at Week 26; [¶]Mean change from baseline at Week 24

HbA1c, glycated haemoglobin; SGLT2, sodium-glucose co-transporter-2; T2D, type 2 diabetes

1. Häring H-U et al. *Diabetes Care* 2014;37:1650; 2. Lavelle-Gonzalez FJ et al. *Diabetologia* 2013;56:2582; 3. Bailey CJ et al. *Lancet* 2010;375:2223; 4. Rosenstock J et al. *Diabetes Obes Metab* 2018;20:520

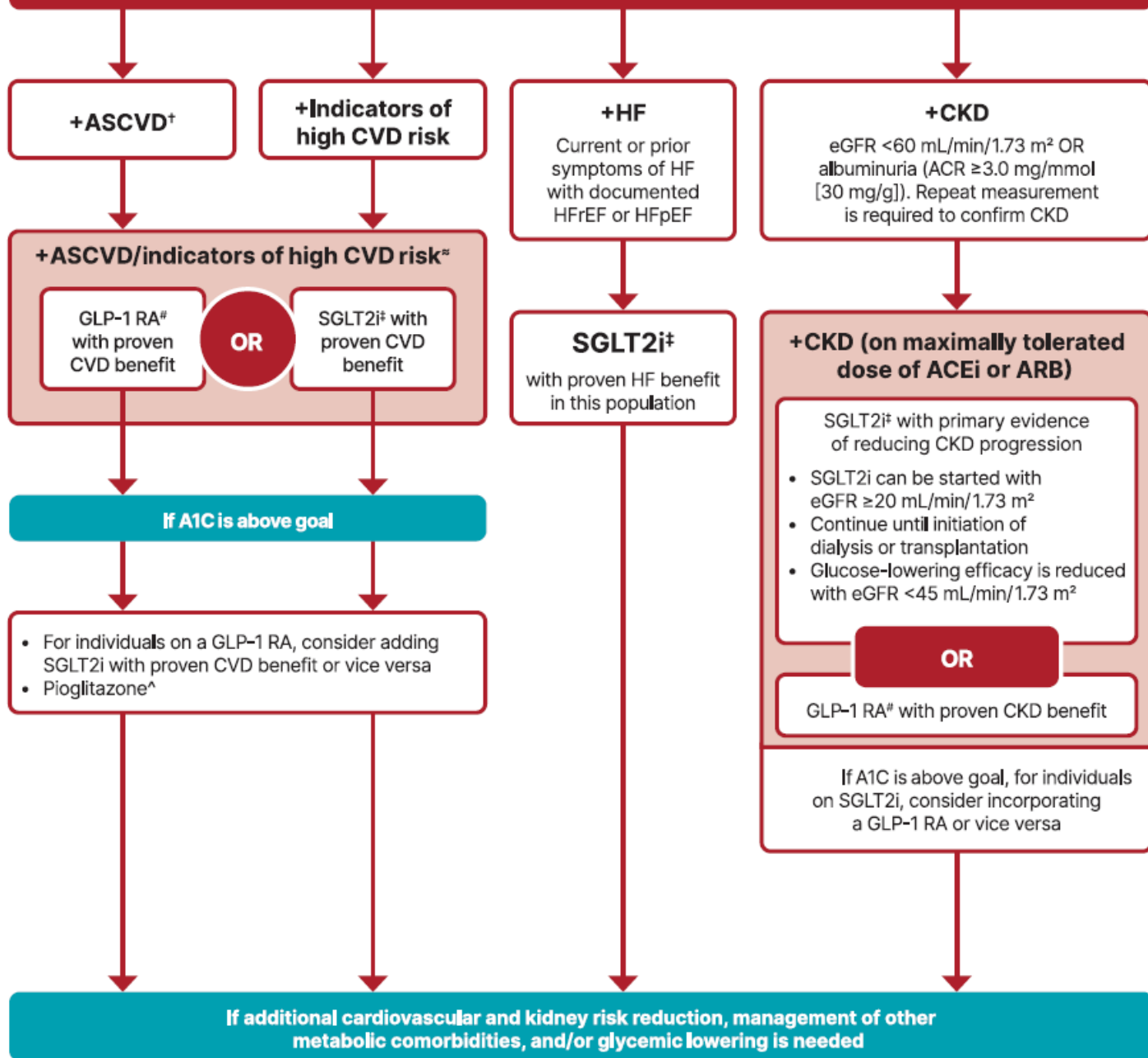
Phối hợp thuốc để đạt mục tiêu đường huyết như thế nào?



Khuyến cáo	Hoàn cảnh	Cân nhắc điều trị
ADA ¹ 2025	A1C cao hơn 1.5–2.0% so với mục tiêu.	Khởi trị phối hợp
Bộ Y Tế Việt Nam ⁴ 2020	Phối hợp thuốc sớm nên được cân nhắc ở một số BN khi bắt đầu khởi trị để hạn chế thất bại và đạt mục tiêu điều trị nhanh hơn, tốt hơn.	Không lựa chọn các thuốc cùng 1 nhóm, cùng cơ chế tác dụng
IDF ⁵ 2025	Liệu pháp phối hợp ban đầu có thể làm tăng hiệu quả lâu dài của việc kiểm soát đường huyết so với việc bổ sung từng bước các liệu pháp kiểm soát đường huyết	Metformin + SGLT2i từ bước chăm sóc cơ bản

19 1. American Diabetes Association. (2024). Diabetes Care 2024;47(Supplement_1):S5–S10; <https://doi.org/10.2337/dc24-SREV>. <https://doi.org/10.2337/dc23-S001>
2. <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2023.02.001>
3. National Institute for Health and Care Excellence. (2022, July 14). Type 2 diabetes in adults: Management. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng258>
4. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường, QĐ số 5481/ QĐ BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020
5. IDF Diabetes Atlas 11th Edition – 2025 | diabetes.org

Goal: Cardiovascular and Kidney Risk Reduction in High-Risk Individuals with Type 2 Diabetes*



Sử dụng các thuốc có lợi ích tim mạch

- Bệnh tim mạch xơ vữa/nguy cơ tim mạch cao:

SGLT2i

GLP-1 RA

Pioglitazone

- Suy tim: **SGLT2i**

- Bệnh thận mạn: SGLT2i

Dapagliflozin được chỉ định với liều 10mg để điều trị ĐTĐ típ 2, Suy tim và Bệnh thận mạn, khuyến cáo khởi trị với eGFR ≥ 25 ml/phút/1.73m² da và duy trì đến khi lọc máu. Vui lòng tham khảo thêm thông tin kê toa của thuốc tại Việt Nam.

ADA 2025 khuyến cáo sử dụng các thuốc có lợi trên tim để bảo vệ sớm cơ quan đích



Individual is ≥ 18 years old with T2D and has ≥ 1 of the following:
ASCVD*, HF, CKD*, at high risk for ASCVD.*§

Address concurrently.

Optimize guideline-directed medical therapy for prevention (lifestyle, blood pressure, lipids, glucose, antiplatelet).

Recommend starting SGLT2 inhibitor or GLP-1 RA with proven CV benefit depending on patient-specific factors and comorbidities.¹

Discuss patient-clinician preferences and priorities.

No additional action taken at this time.

SGLT2 inhibitor selected.

GLP-1 RA selected.

Reassess and consider the addition of the alternative class, if benefits outweigh risks.

Trao đổi với bệnh nhân về các lựa chọn điều trị SGLT2i hay GLP-1 RA trên một số khía cạnh:

- Bằng chứng bảo vệ tim mạch
- Chi phí
- Đường dùng: Tại VN, SGLT2i (uống), GLP-1 RA (tiêm)

Kiểm soát YTNC khác:

Quản lý tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2



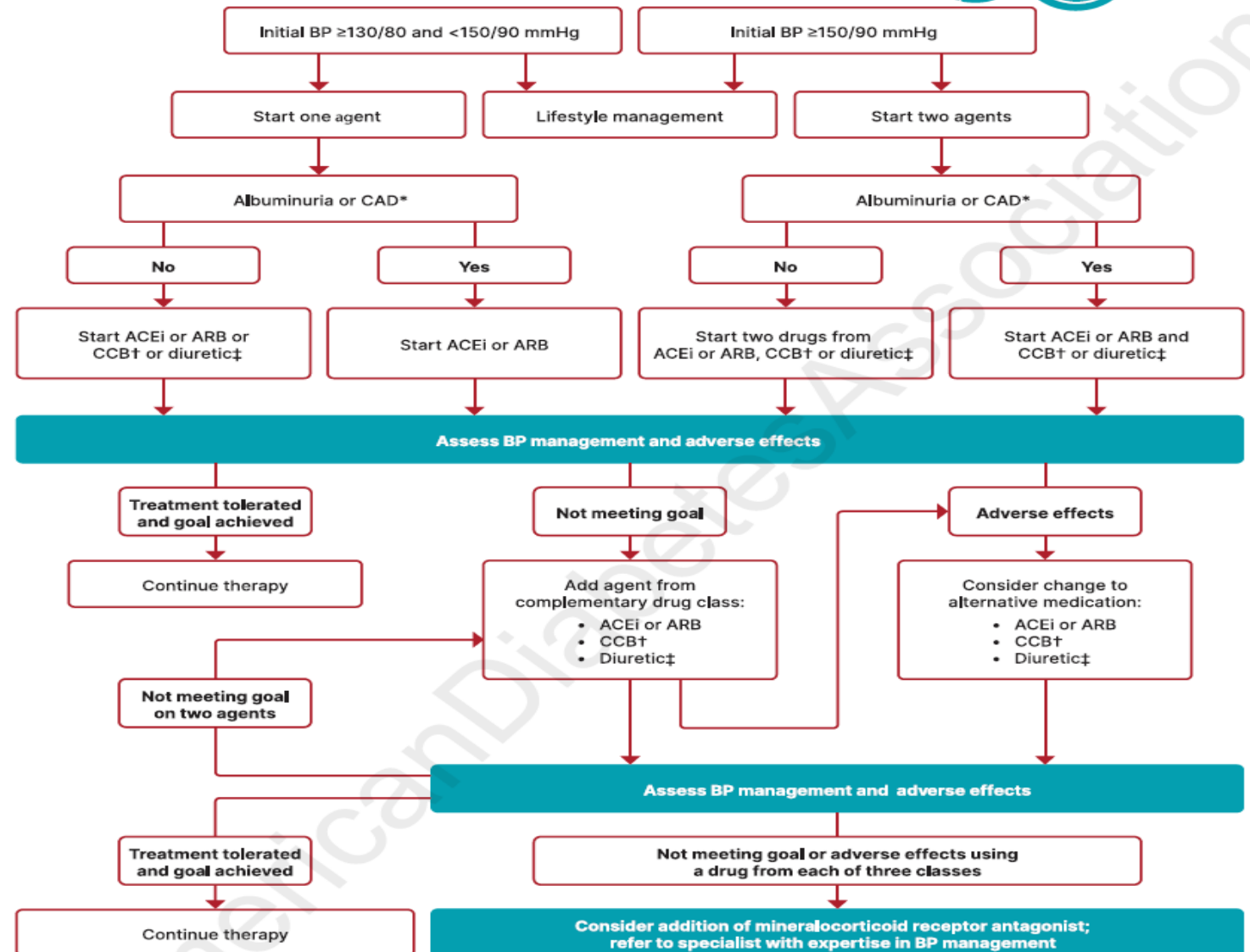
**Mục tiêu huyết áp:
130/80 mmHg**

Khuyến cáo

10.3. Đối với BN ĐTD típ 2 và tăng huyết áp, nên cá thể hóa mục tiêu huyết áp dựa trên các yếu tố nguy cơ tim mạch, các tác dụng phụ có thể xảy ra của thuốc hạ huyết áp và sở thích cá nhân. **B**

10.4. Mục tiêu huyết áp <130/80 mmHg nếu có thể đạt được một cách an toàn. **A**

Recommendations for the Treatment of Confirmed Hypertension in Nonpregnant People With Diabetes



Quản lý RL lipid máu trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2

Phòng ngừa tiên phát biến cố ASCVD



Phòng ngừa thứ phát biến cố ASCVD

Lipid Management for Primary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Events in People With Diabetes in Addition to Healthy Behavior Modification

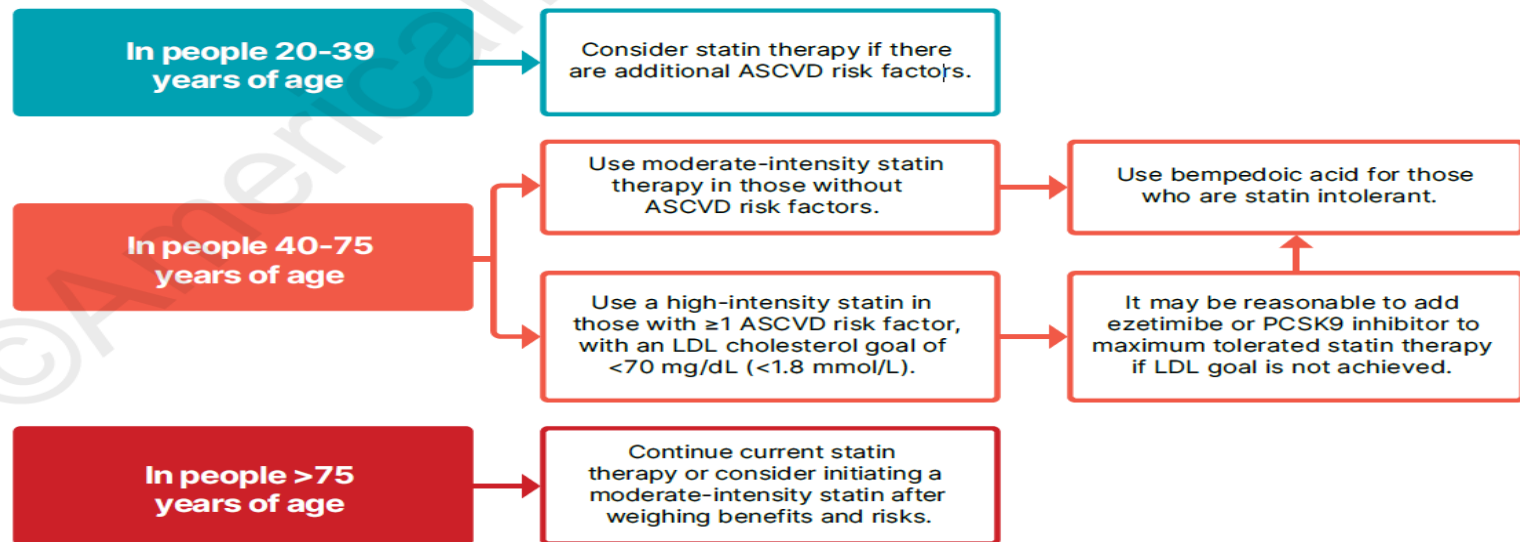


Figure 10.3—Recommendations for primary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) in people with diabetes using cholesterol-lowering therapy. Adapted from “Standards of Care in Diabetes—2024 Abridged for Primary Care Professionals” (325).

Lipid Management for Secondary Prevention of Atherosclerotic Cardiovascular Disease Events in People With Diabetes

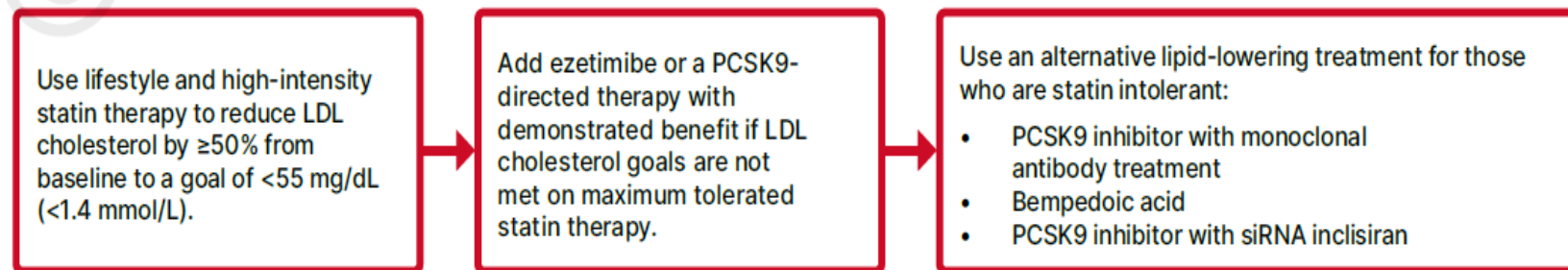


Figure 10.4—Recommendations for secondary prevention of atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) in people with diabetes using cholesterol-lowering therapy. Adapted from “Standards of Care in Diabetes—2024 Abridged for Primary Care Professionals” (325).

Mục tiêu LDL-C cần đạt theo nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường

CV risk categorization in patients with T2DM based on ASCVD, severe TOD, or SCORE2-Diabetes

Very high risk

LDL-C <1.4 mmol/L
(<55 mg/dL)
(Class I)

High risk

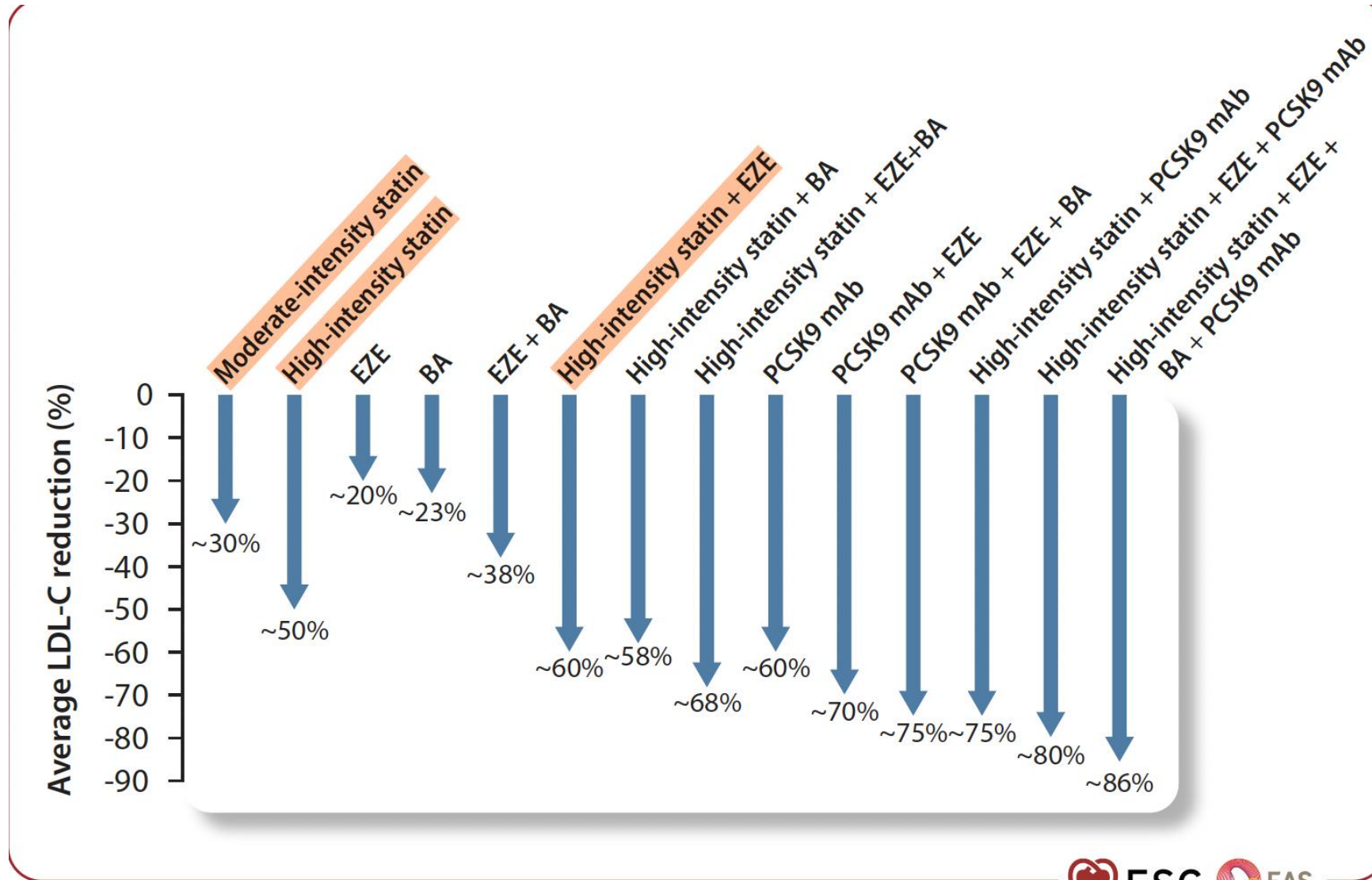
LDL-C <1.8 mmol/L
(<70 mg/dL)
(Class I)

Moderate risk

LDL-C <2.6 mmol/L
(<100 mg/dL)
(Class I)

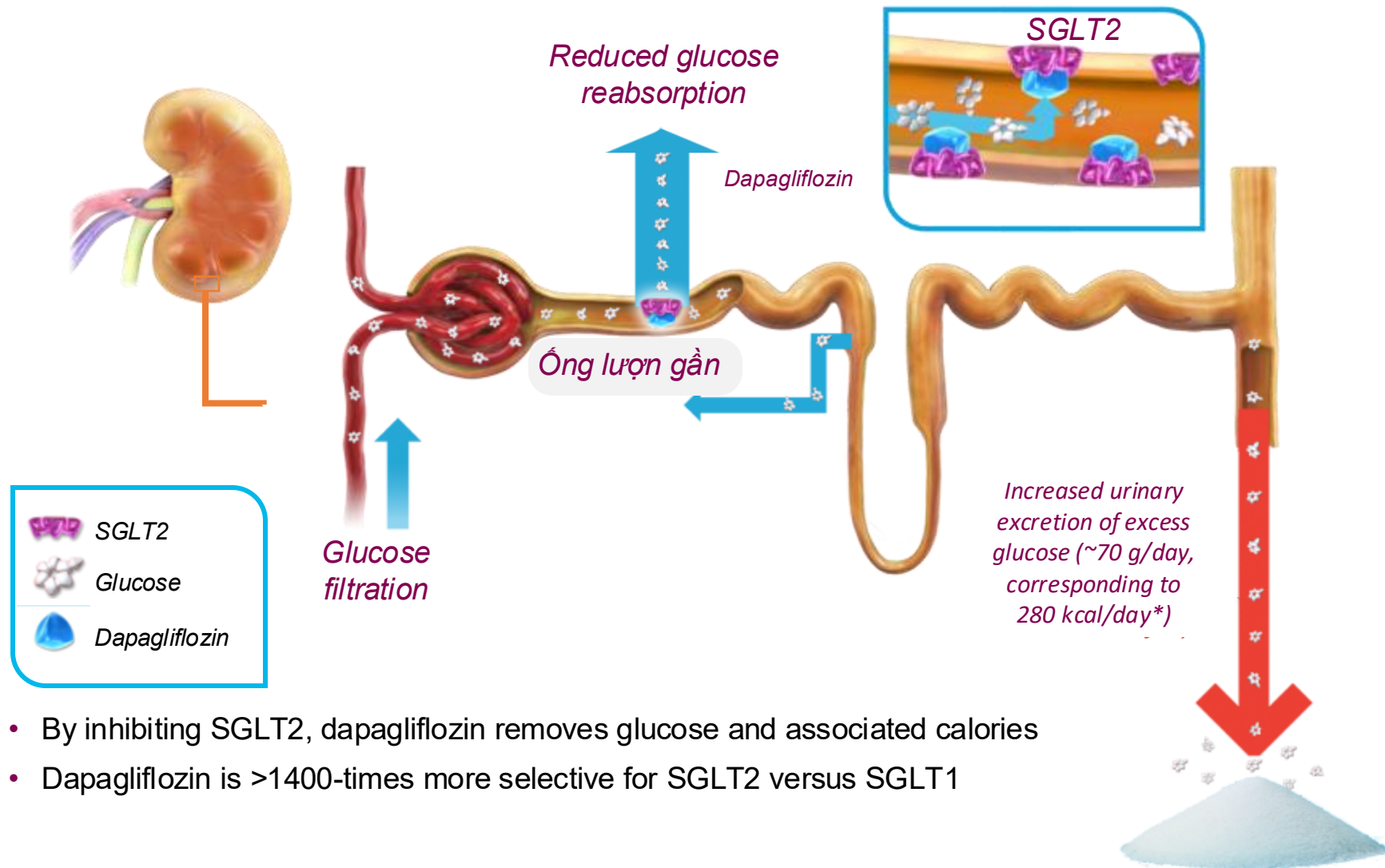


ESC 2025: Mức độ giảm LDL của các thuốc hạ lipid máu



**Nghiên cứu lâm sàng của ức chế SGLT2
trong phòng ngừa sớm biến cố tim mạch
cho BN ĐTĐ típ 2**

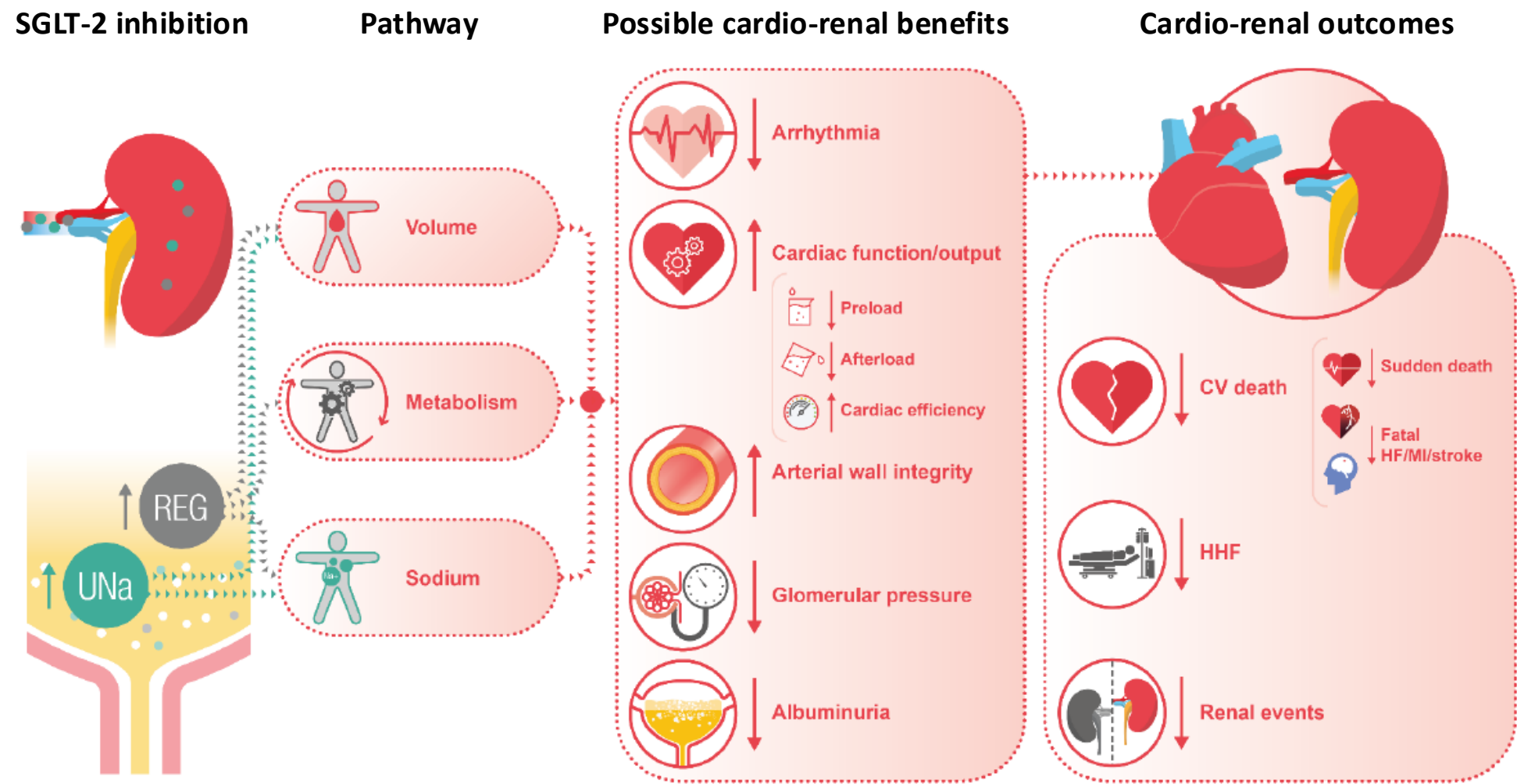
SGLT2i ức chế tái hấp thu glucose, thải ra nước tiểu khoảng 70g/ngày, tương đương 280kcal



- By inhibiting SGLT2, dapagliflozin removes glucose and associated calories
- Dapagliflozin is >1400-times more selective for SGLT2 versus SGLT1

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

Các cơ chế ngoài đường huyết - Bảo vệ tim thận của SGLT2i

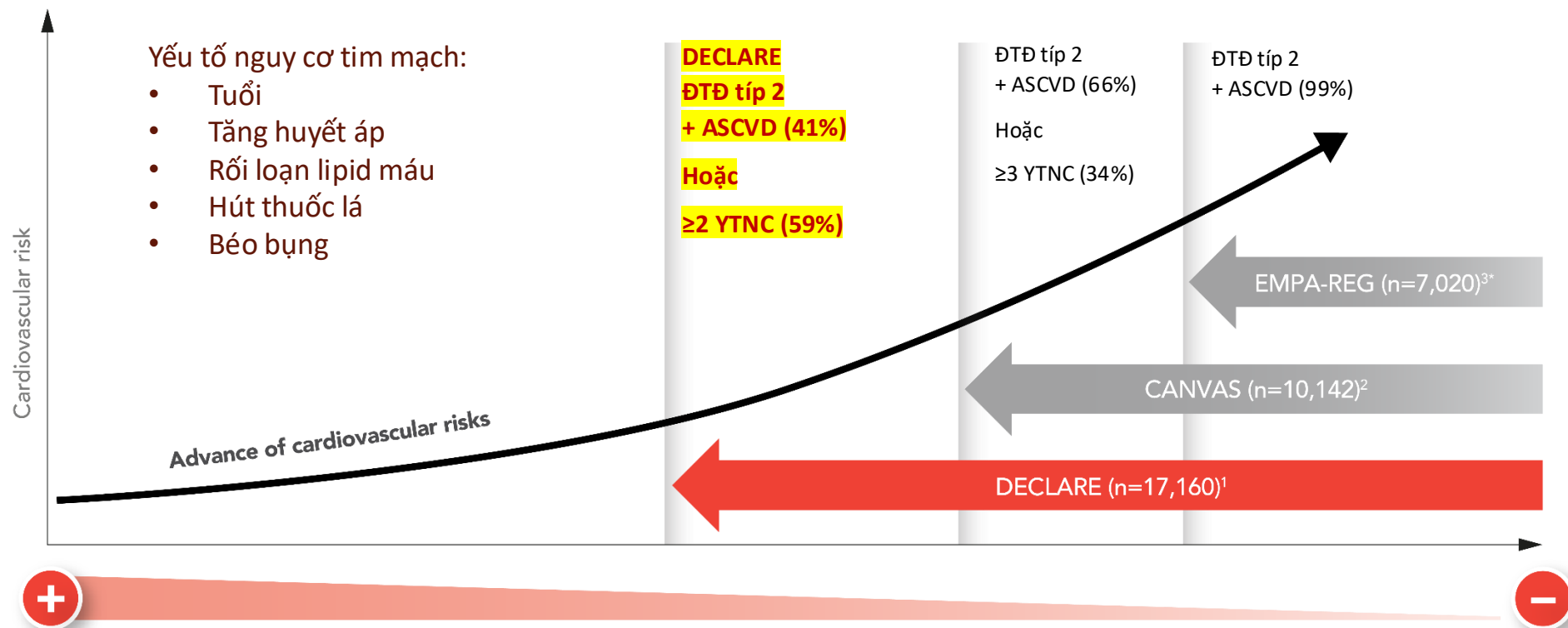


REG, removal of excess glucose; Una, urinary sodium

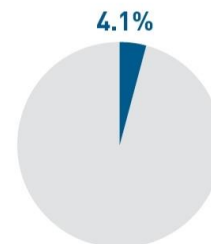
Các nghiên cứu CVOT của SGLT2i trên BN ĐTĐ típ 2

Trong nghiên cứu DECLARE-TIMI 58 của dapagliflozin: 60% bệnh nhân có từ 2 yếu tố nguy cơ tim mạch trở lên

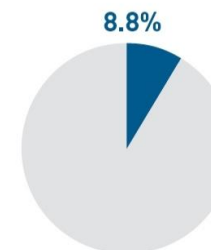
Nguy cơ tim mạch ở các nghiên cứu CVOT SGLT-2i



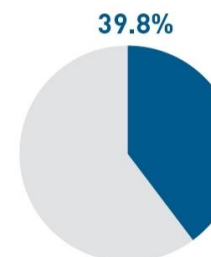
EMPA-REG OUTCOME
(N = 23,941,512)



CANVAS Program
(N = 23,941,512)



DECLARE-TIMI 58
(N = 23,941,512)

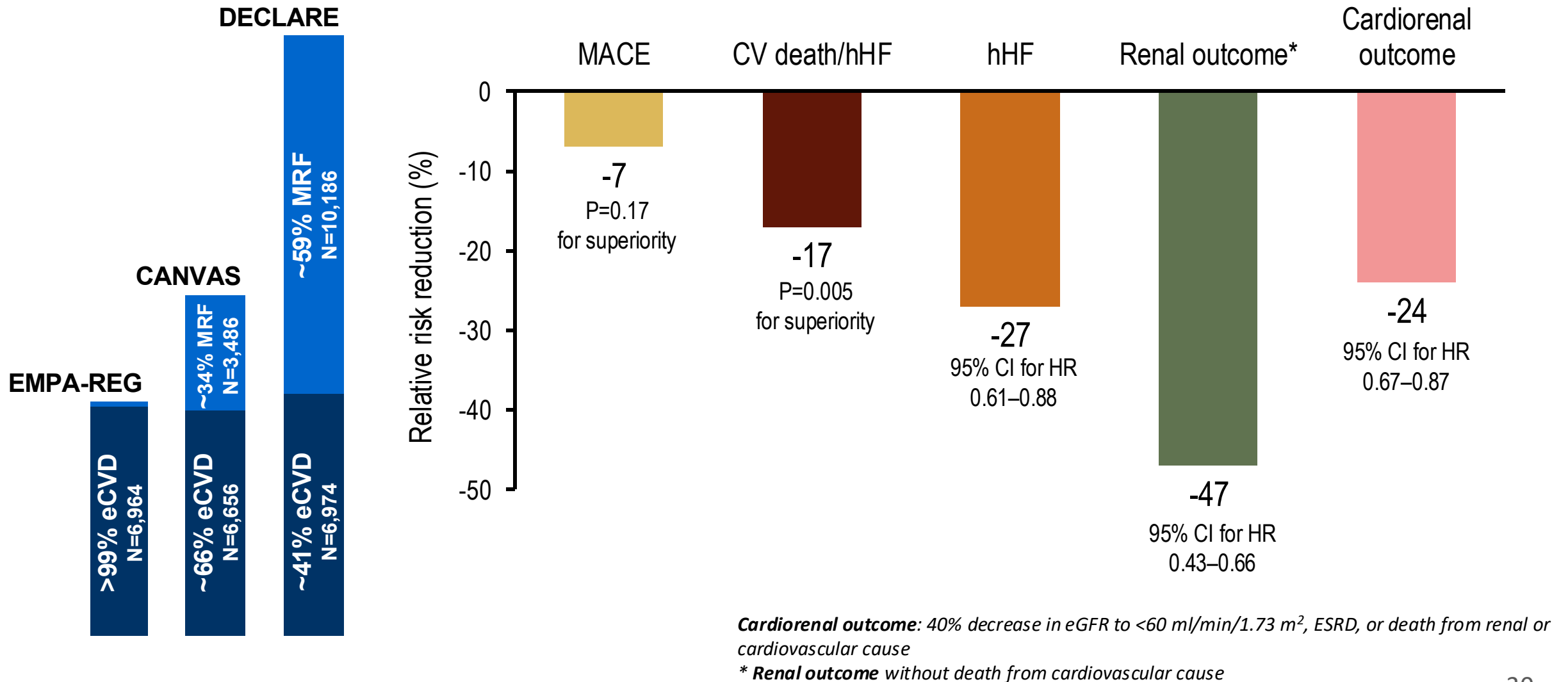


Dữ liệu từ các nghiên cứu độc lập, không dùng để so sánh trực tiếp

Application in daily clinical practice

1. Wiviott SD, et al. Am Heart J 2018;200:83–89; 2. Neal B, et al. N Engl J Med 2017;377:644–657; 3. Zinman B, et al. N Engl J Med 2015;373:2117–2128; 4. Einarson TR, et al. Cardiovasc Diabetol 2018;17:83; 5. McGurnaghan S, et al. Diabet. Med. 2019;36:718–725; 6. Raz I, et al. Diabetes Obes Metab 2018;20:1102–1110; 7. Wittbrodt ET, et al Am J Manag Care. 2018;24:S138-S145.

Giảm biến cố tim-thận trên toàn thể dân số ĐTĐ típ 2 từ nguy cơ cao đến nguy cơ thấp hơn qua DECLARE-TIMI 58



Hiệu quả SGLT2i trên điều trị BN ĐTĐ từ nguy cơ thấp đến cao

DECALRE-TIMI 58¹

Dapagliflozin vs placebo

CANVAS²

Canagliflozin vs placebo

EMPA-REG OUTCOME³

Empagliflozin vs placebo

Tỷ lệ BN ĐTĐ típ 2
Chỉ mới có yếu tố nguy cơ

60%

35%

1%

Biến cố suy tim
Tử vong TM /
nhập viện vì suy tim

↓ **17%**

Nhập viện
vì suy tim

↓ **27%**

Kết cục thận

↓ **47%**

Dapagliflozin phòng ngừa sớm biến cố suy tim và bệnh thận mạn trên bệnh nhân đái tháo đường, kể cả những bệnh nhân chưa có bệnh lý tim mạch do xơ vữa

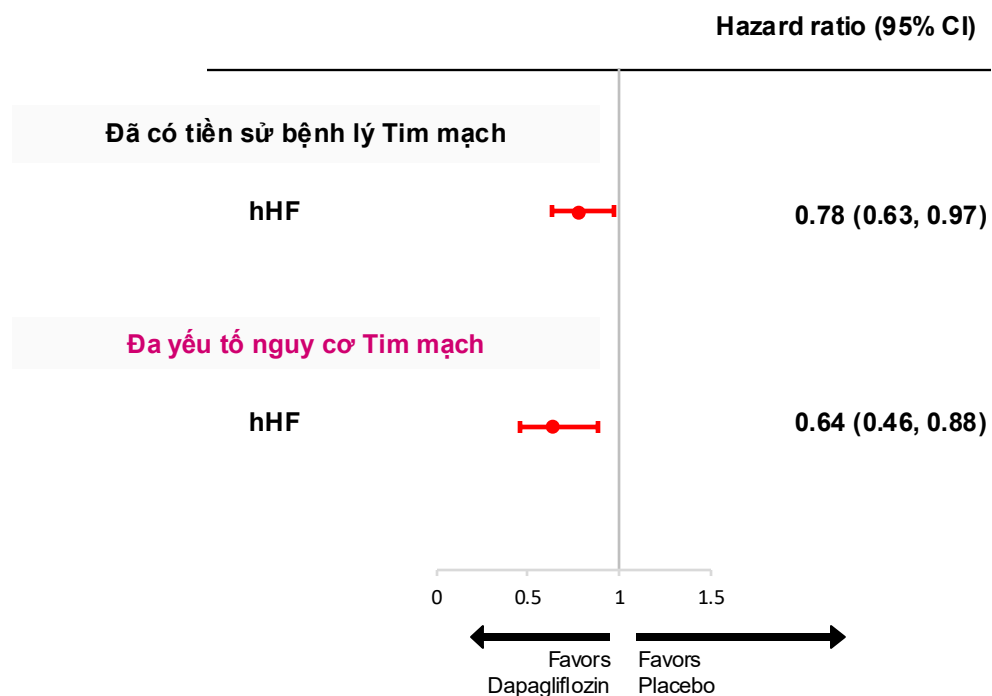
1. N Engl J Med 2019;380:347-57

31 2. N Engl J Med 2017;377:644-57

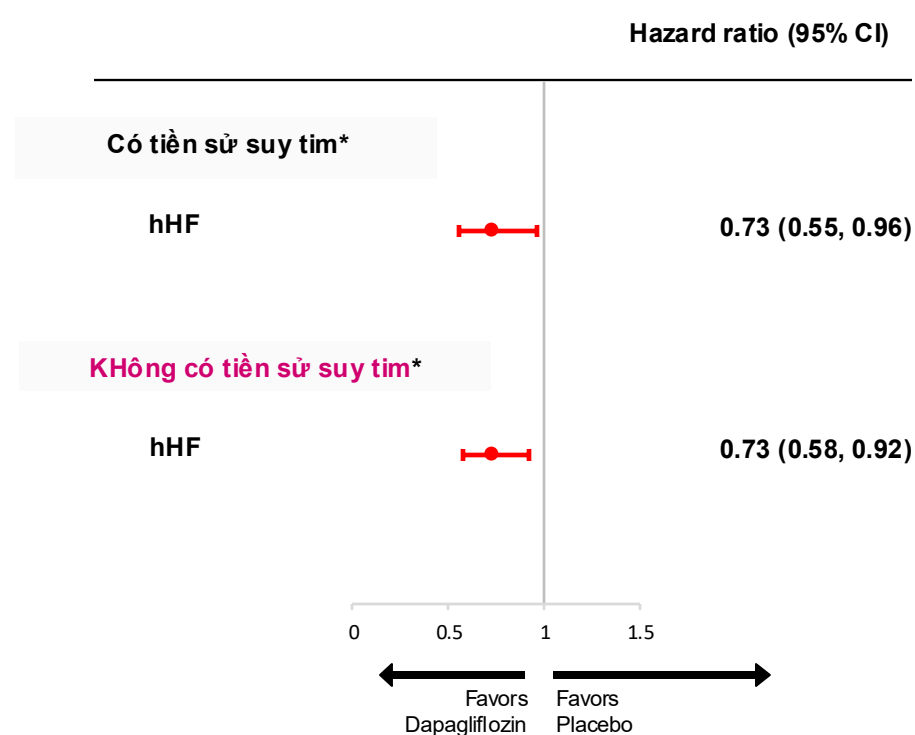
3. N Engl J Med 2016;375:323-34

Lợi ích trên suy tim dù bệnh nhân chưa có tiền sử suy tim hay chưa có tiền sử bệnh lý tim mạch

hHF: Có hoặc không có **tiền sử bệnh lý Tim mạch**

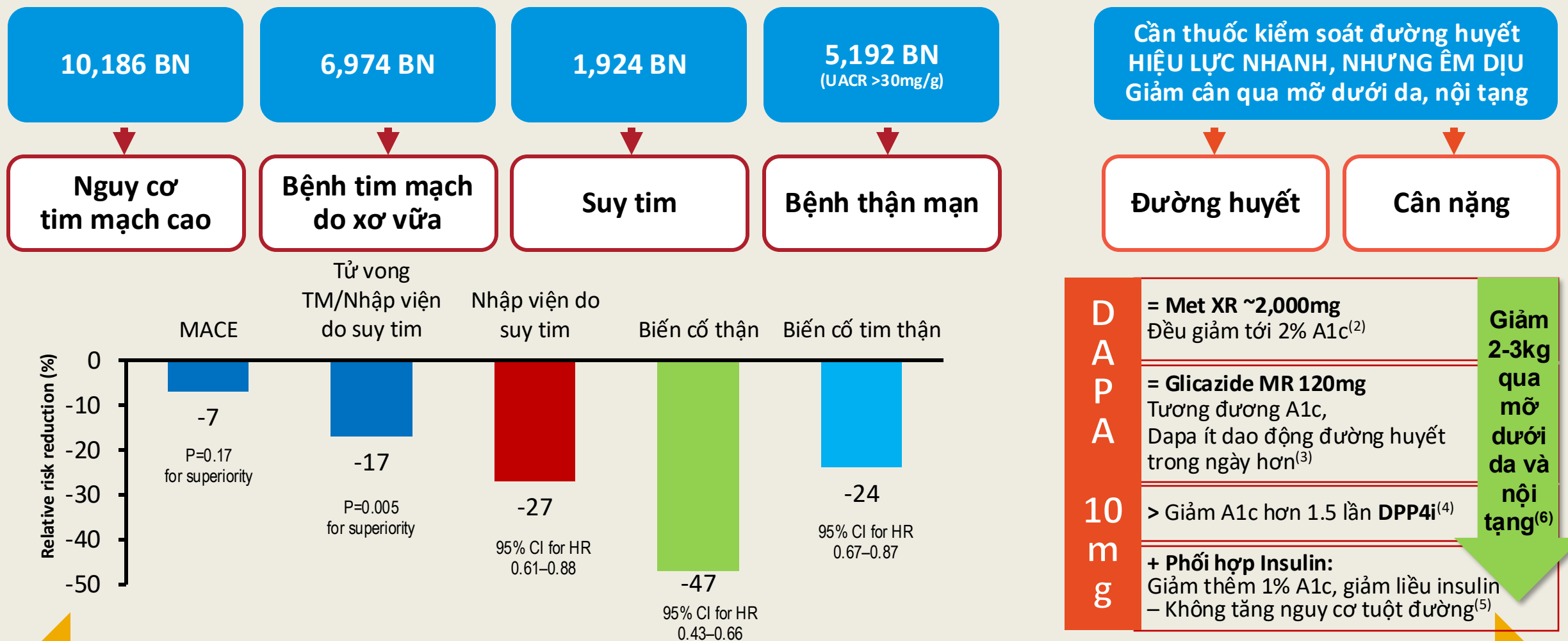


hHF: Có hoặc chưa có **tiền sử Suy tim**



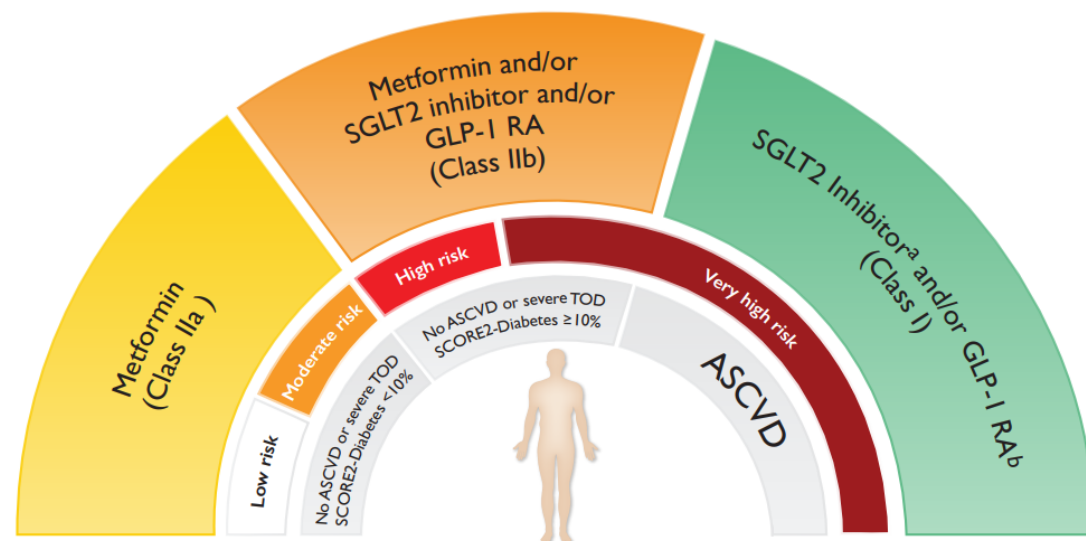
Nghiên cứu DECLARE TIMI-58⁽¹⁾

có phổ rộng 17,160 BN ĐTĐ có nguy cơ tim mạch / BTMDXV

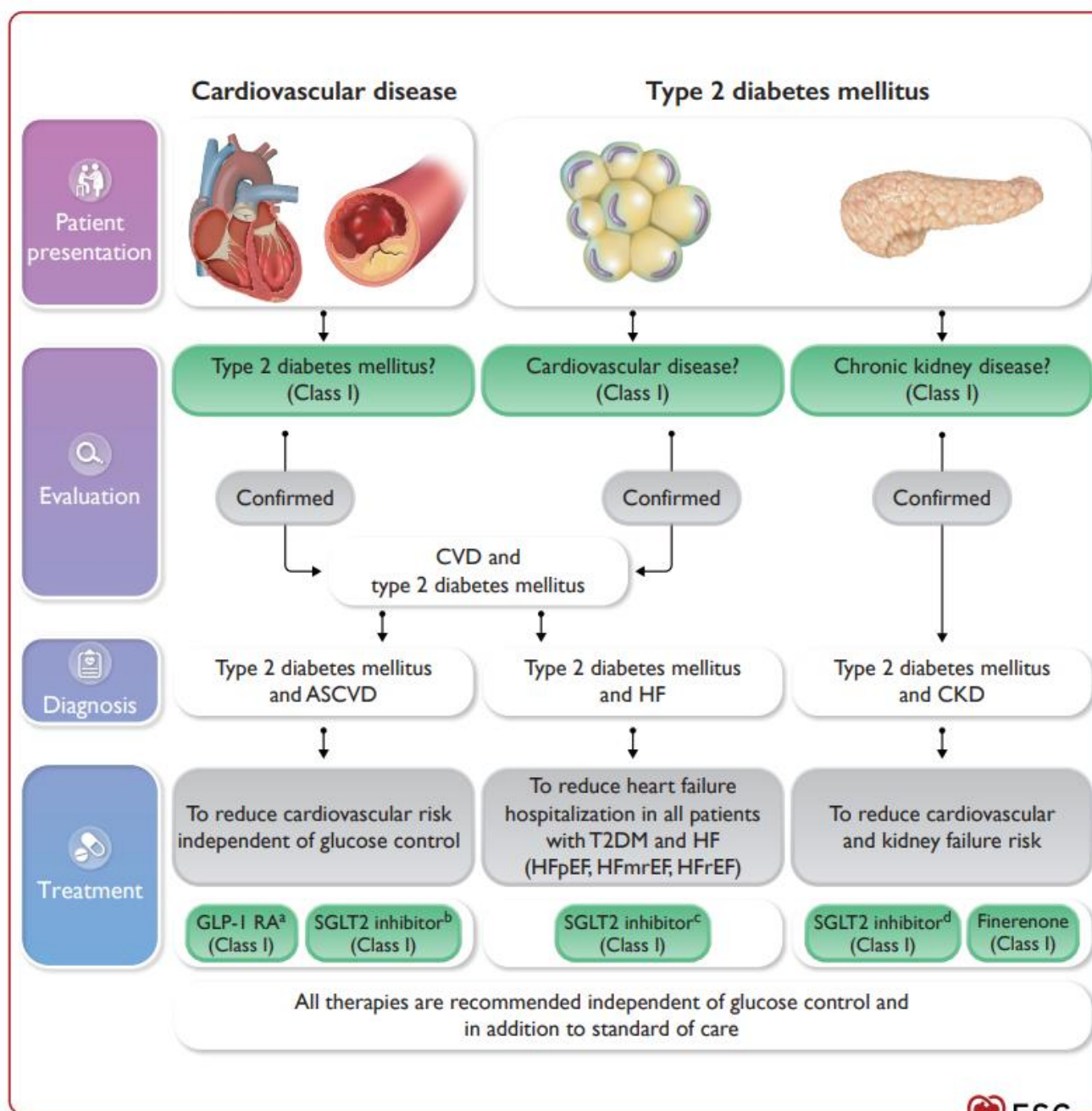


DAPAGLIFLOZIN ĐẠT ĐƯỢC CÙNG LÚC 2 MỤC TIÊU ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH ĐTĐ

ESC 2023: SGLT2i là lựa chọn đầu tay ở BN ĐTĐ có nguy cơ cao hoặc bệnh tim mạch – thận



Risk assessment for patients with type 2 diabetes based on the presence of ASCVD/severe TOD and 10-year CVD risk estimation via SCORE2-Diabetes



Kết luận

- Cần phân tầng, đánh giá nguy cơ, biến chứng của BN đái tháo đường típ 2 trước khi lựa chọn phác đồ điều trị.
- Điều trị đái tháo đường típ 2 cần quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch (Đh, HA, RL lipid máu, aspirin/clopidogrel) nhằm giảm biến cố tim mạch và giảm tử vong
- BN ĐTĐ típ 2 có yếu tố nguy cơ cao BTMXV hoặc có bệnh TMXV, suy tim hoặc bệnh thận mạn: chọn thuốc ức chế SGLT2 hoặc GLP-1 RA

Xin cảm ơn

