

## **Can thiệp sớm bảo vệ tim thận cho người bệnh tim mạch: Từ nghiên cứu đến khuyến cáo điều trị**

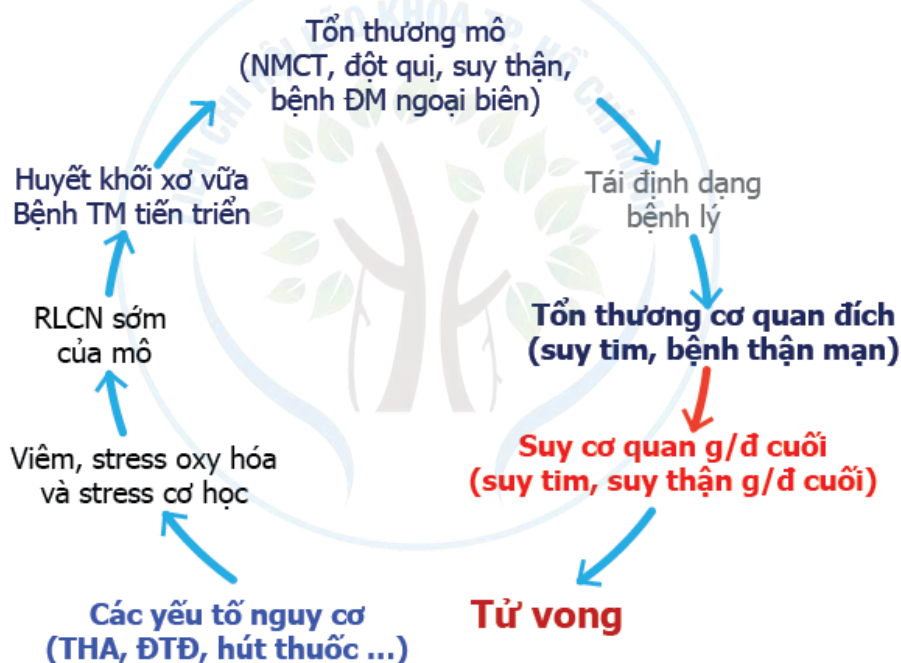
**PGS.TS. HỒ Huỳnh Quang Trí**

Viện Tim TP. Hồ Chí Minh

### **Nội dung**

- 1. Gánh nặng biến chứng tim-thận trong các bệnh lý tim mạch mạn tính và đái tháo đường**
- 2. Can thiệp sớm để bảo vệ tim**
- 3. Can thiệp sớm để bảo vệ thận**

## Chuỗi bệnh lý tim mạch-thận: Từ các YTNC đến tổn thương cơ quan đích (bệnh thận mạn, suy tim) và tử vong



Circulation Volume 114, Issue 25, 19 December 2006, Pages 2850-2870

## Tần suất lưu hành bệnh thận mạn ở người bệnh tim mạch

US CDC (2020): Trong số những người bệnh tăng HA trưởng thành, 28% có bệnh thận mạn kèm theo.<sup>1</sup>

Châu Á: Tần suất lưu hành bệnh thận mạn ở người bệnh tăng HA từ 19,6% (Hàn Quốc) đến 61,2% (Trung Quốc).<sup>2</sup>

Trong số những người bệnh mạch vành mạn ổn định, 37-39% có bệnh thận mạn kèm theo.<sup>3,4</sup>

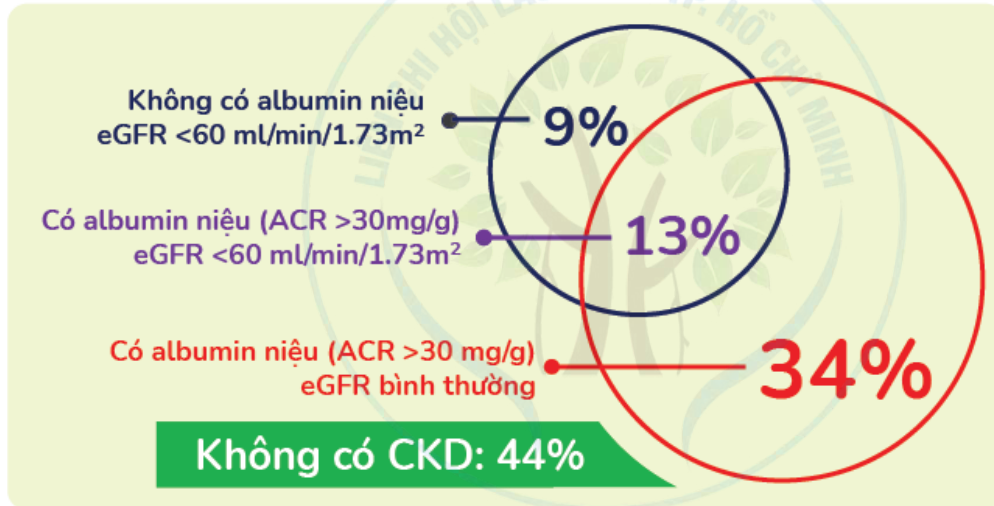
1. <http://www.cdc.gov/ckd>

2. J Clin Hypertens 2021;23:475-480.

3. Heart Views 2015;16:47-52.

4. Cardiologia 2010;63:225-228.

**56% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn (34% bệnh nhân có albumin niệu dù eGFR bình thường)**



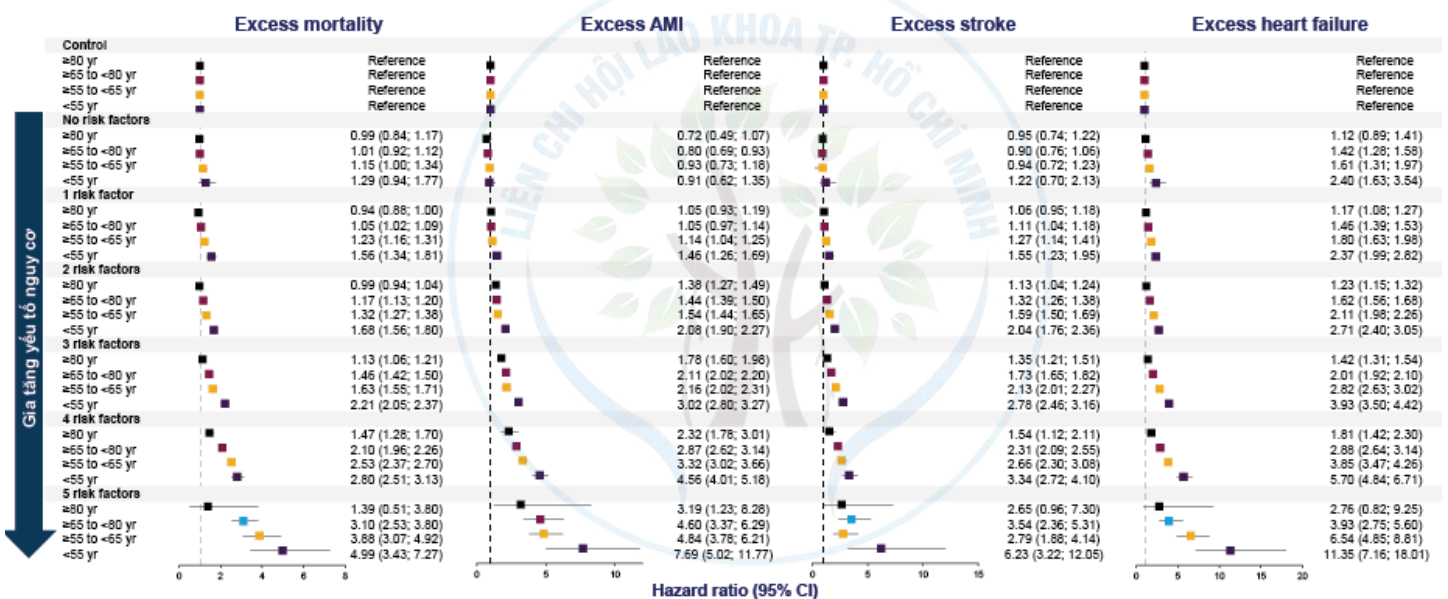
DEMAND: Khảo sát  
cắt ngang trên  
11 574 người bệnh  
ĐTĐ típ 2 tại 33  
quốc gia

ACR, albumin creatinine ratio; CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; T2DM, Type 2 diabetes mellitus

Parviri HJ et al. *Kidney Int* 2015; 69: 2057–2063

**Người bệnh ĐTĐ típ 2 có nguy cơ biến cố tim mạch, bao gồm suy tim, tăng rõ rệt**

Nghiên cứu sỏ bộ trên 271 174 người bệnh ĐTĐ típ 2 và 1 355 870 người chứng tại Đan Mạch



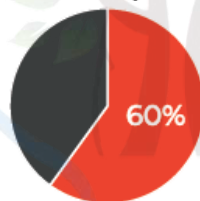
## Suy tim: chặng cuối của các bệnh lý tim mạch mạn tính và ĐTĐ

### Gánh nặng lâm sàng của suy tim

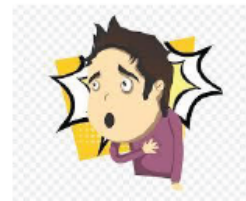
**50%** bệnh nhân tử vong 5 năm sau khi được chẩn đoán<sup>1</sup>



**60%** bệnh nhân tái nhập viện trong 3 tháng đầu tiên sau xuất viện<sup>2</sup>



Người bệnh suy tim nặng có chất lượng sống còn tệ hơn người bệnh ung thư

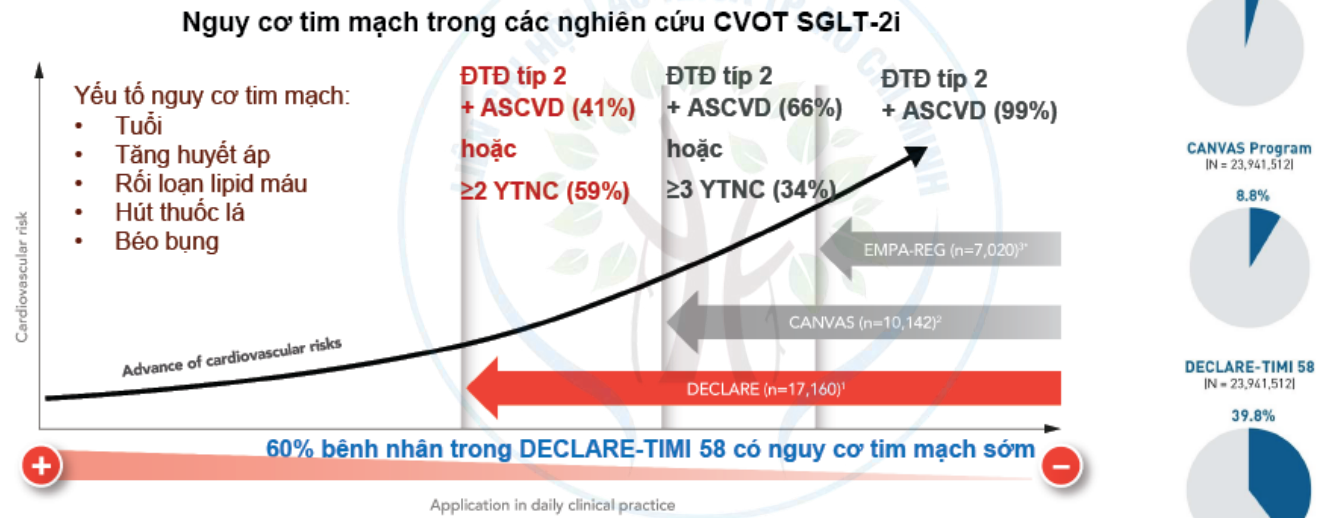


CV, cardiovascular; HF, heart failure; HFrEF, heart failure with reduced ejection fraction; hHF, hospitalization for heart failure; SoC, standard of care  
1. Roger et al. JAMA 2004;292:344–50; 2. Paren P, Eur J Heart Fail. 2014; 16:737–742; 3. Khariton Y, et al. JACC Heart Fail 2018;6:465–473

### Nội dung

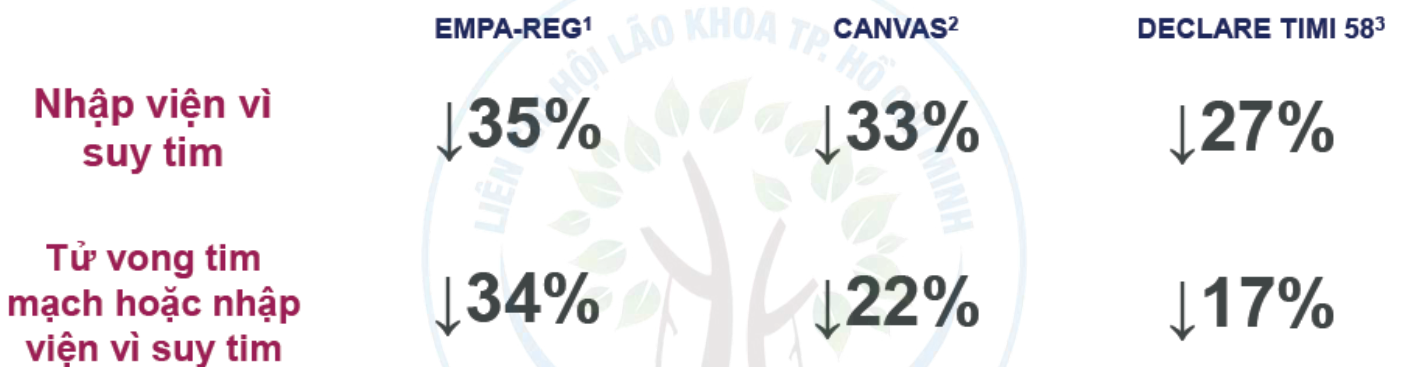
1. Gánh nặng biến chứng tim-thận trong các bệnh lý tim mạch mạn tính và đái tháo đường
2. Can thiệp sớm để bảo vệ tim
3. Can thiệp sớm để bảo vệ thận

## Các TNLS đánh giá lợi ích tim mạch (CVOT) của SGLT2i trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2



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.

## Lợi ích bảo vệ tim mạch của liệu pháp ức chế SGLT2 trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2

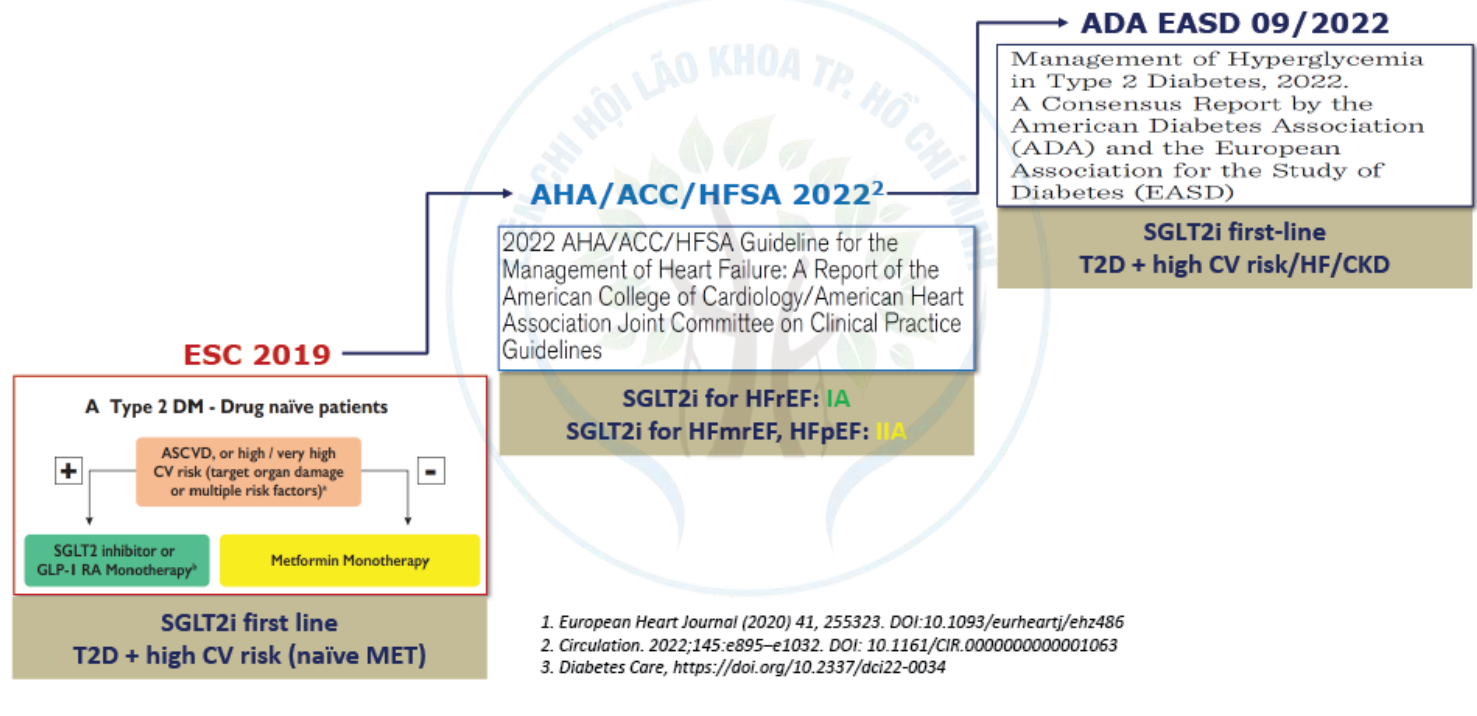


Hiệu quả bảo vệ tim mạch của SGLT2i được thể hiện cả trong phòng ngừa thứ phát lẫn phòng ngừa tiên phát

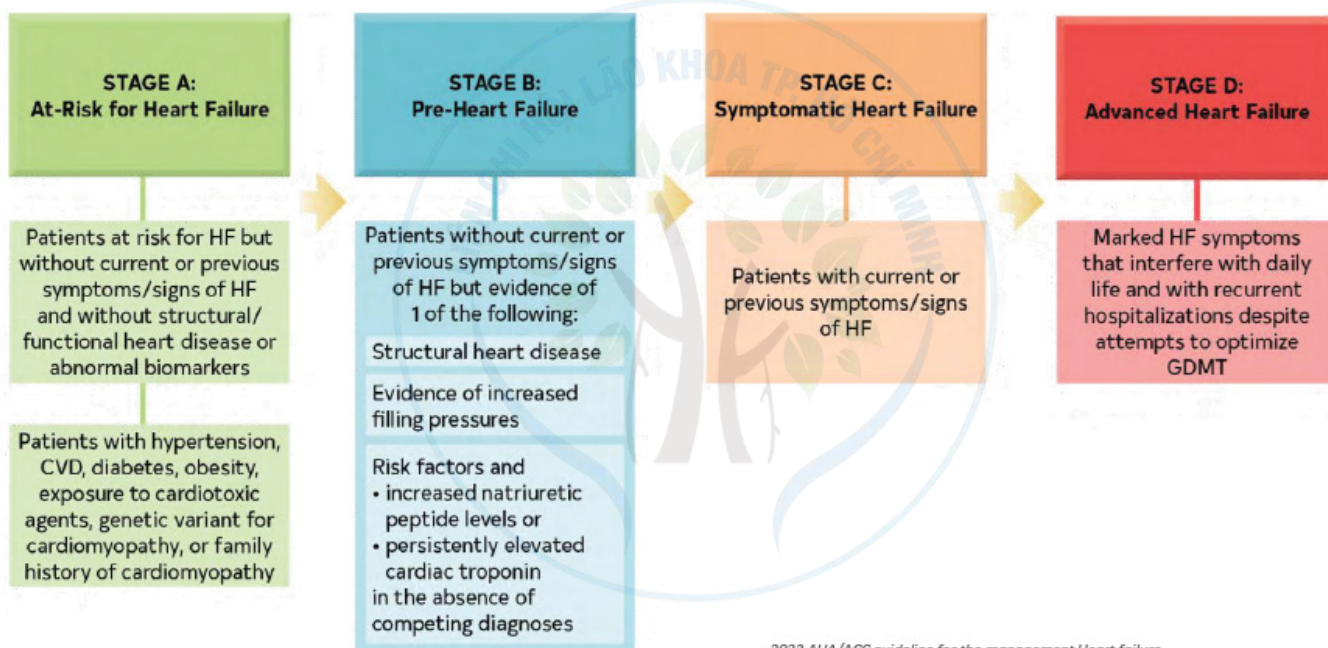
1. N Engl J Med 2016;375:323-34, 2. N Engl J Med 2017;377:644-57 3. N Engl J Med 2019;380:347-57



## Các hướng dẫn điều trị ĐTDĐ típ 2 và suy tim: Vai trò SGLT2i ngày càng được khẳng định

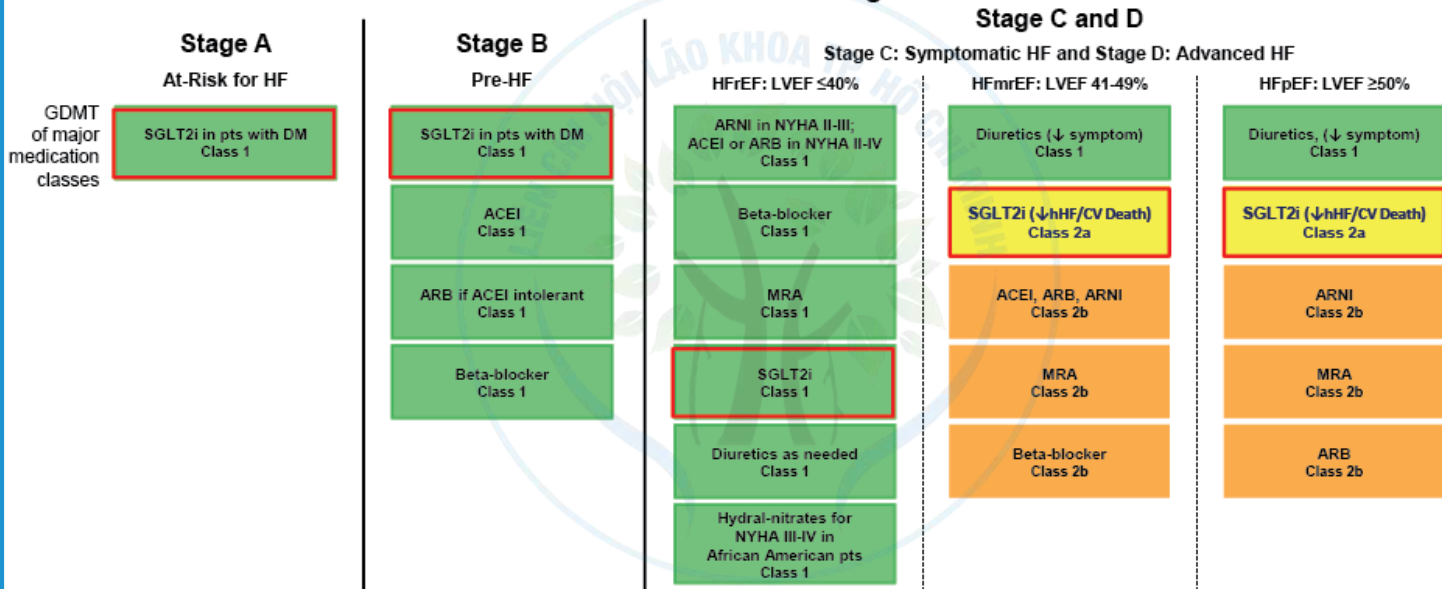


## 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of HF Các giai đoạn suy tim



2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the management of HF  
SGLT2i được khuyến cáo trong tất cả các giai đoạn

GDMT Across HF Stages



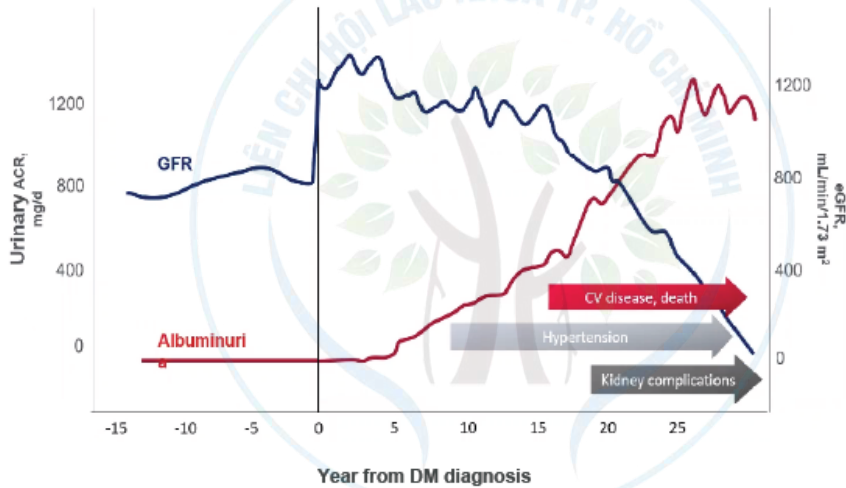
Adapted from Heidenreich PA et al. Central illustration. Online ahead of print. J Am Coll Cardiol. 2022.

Vui lòng tham khảo thông tin kê toa Dapagliflozin tại Việt Nam

Nội dung

1. Gánh nặng biến chứng tim-thận trong các bệnh lý tim mạch mạn tính và đái tháo đường
2. Can thiệp sớm để bảo vệ tim
3. Can thiệp sớm để bảo vệ thận

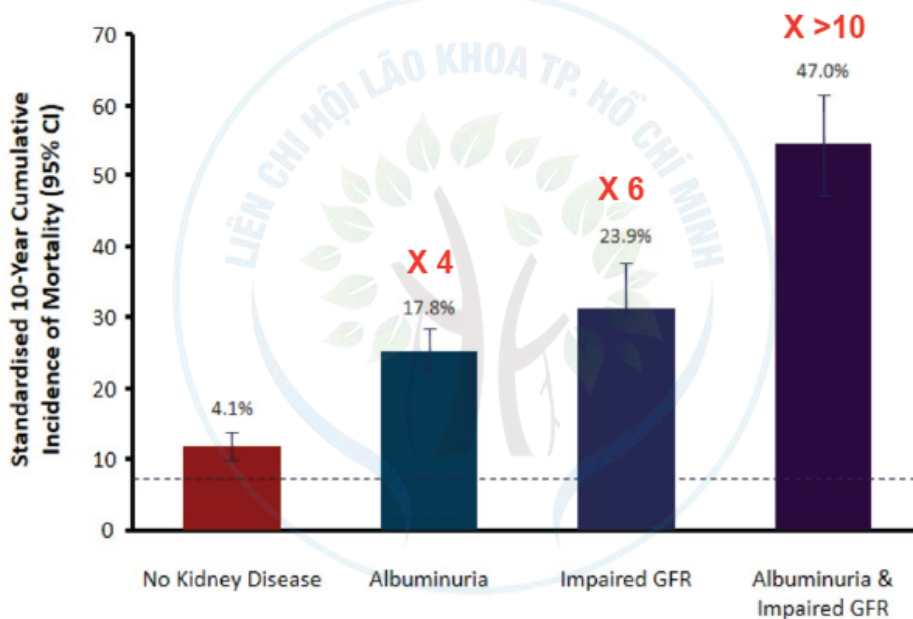
## Ở người bệnh ĐTD, albumin niệu thường xuất hiện sớm trước khi eGFR bắt đầu giảm



CVD, cardiovascular disease; DKD, diabetic kidney disease; DM, diabetes mellitus; eGFR, estimated glomerular filtration rate; GFR, glomerular filtration rate

1. Alicic RZ, et al., Clin J Am Soc Nephrol. 2017; 12: 2032-2045
2. Afkarian M. Pediatr Nephrol. 2015;30:65-74

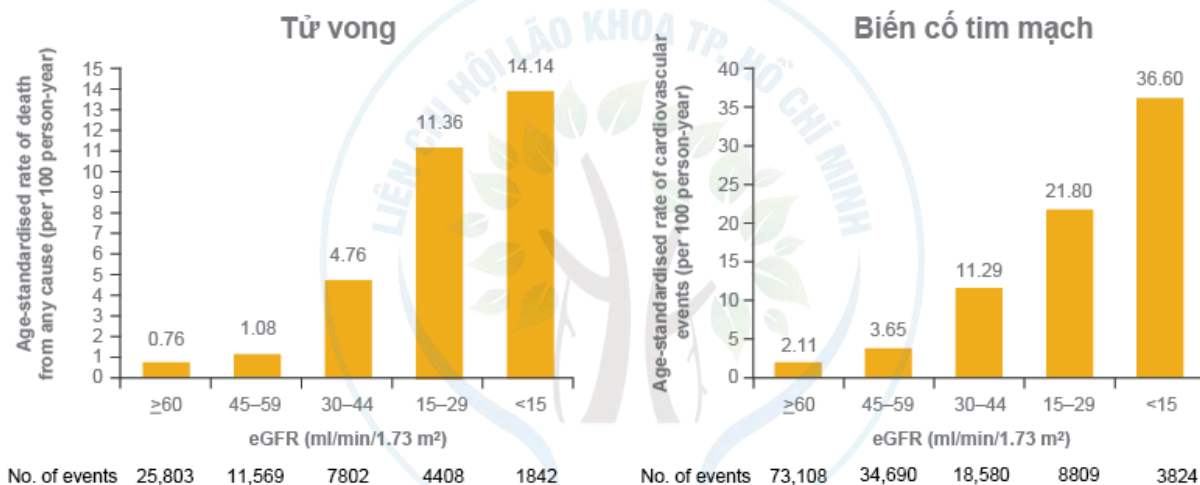
## Ở người bệnh ĐTD, sự hiện diện bệnh thận mạn làm tăng nguy cơ tử vong



Afkarian M, et al. J Am Soc Nephrol. 2013;24:302-308



**Ngay cả trong dân số chung, giảm eGFR có liên quan với tăng nguy cơ tử vong và biến cố tim mạch**



**Nghiên cứu số bộ Kaiser Permanente Renal Registry (n = 1 120 295)**

eGFR, estimated glomerular filtration rate  
Go AS, et al. *N Engl J Med* 2004;351:1296-1305

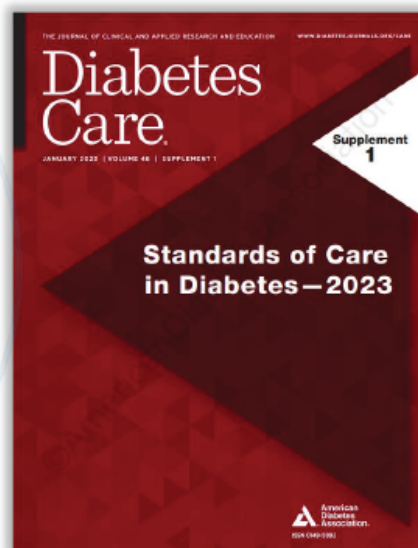
**Khuyến cáo ADA 2023: Cần đánh giá định kỳ albumin niệu & eGFR**

“ 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: *Standards of Care in Diabetes—2023*  
Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S191-S202 | <https://doi.org/10.2337/ck23-5011> ”

Cần đánh giá đạm niệu và eGFR trên tất cả bệnh nhân đái tháo đường típ 2 **ít nhất 1 lần/năm**

“ 11.1a At least annually, urinary albumin (e.g., spot urinary albumin-to-creatinine ratio) and estimated glomerular filtration rate should be assessed in people with type 1 diabetes with duration of ≥5 years and in all people with type 2 diabetes regardless of treatment. B  
11.1b In people with established diabetic kidney disease, urinary albumin (e.g., spot urinary albumin-to-creatinine ratio) and estimated glomerular filtration rate should be monitored 1-4 times per year depending on the stage of the disease (Fig. 11.1). B ”

Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn, UACR & eGFR cần được đánh giá **1 đến 4 lần/năm** tùy theo giai đoạn bệnh



11. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes—2023.

## HDĐT BHYT 2020: Albumin và eGFR được khuyến cáo đánh giá thường xuyên ở tất cả bệnh nhân ĐTD típ 2



### 1.2. Biến chứng thận:

- Ít nhất mỗi năm một lần đánh giá albumin niệu và mức lọc cầu thận ở tất cả các BN ĐTD típ 2, không kể đang điều trị như thế nào
- BN có albumin niệu > 30 mg/g creatinine và/ hoặc mức lọc cầu thận eGFR < 60 mL/phút/1,73m<sup>2</sup> cần đánh giá hai lần một năm nhằm định hướng điều trị
- Cần tối ưu kiểm soát đường huyết để giảm nguy cơ hoặc làm chậm quá trình tiến triển bệnh thận mạn

### KHUYẾN CÁO VỀ BIẾN CHỨNG THẬN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

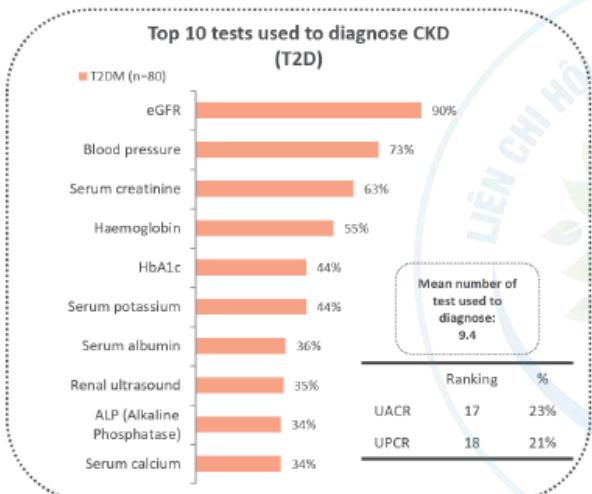
- Cần tầm soát biến chứng thận cho người bệnh ĐTD típ 1 sau 5 năm và người bệnh ĐTD típ 2 ngay khi chẩn đoán. Tỷ số A/C niệu là xét nghiệm tầm soát hiệu quả nhất. Tầm soát và đánh giá lại tối thiểu 6-12 tháng một lần. BN có tỷ số A/C > 30mg/g và/hoặc eGFR < 60mL/ph/1,73m<sup>2</sup> đã được định nghĩa là bệnh thận do ĐTD và theo dõi sát hơn (mỗi 6 tháng)

## HDĐT BHYT 2020: Các xét nghiệm thận được khuyến cáo thực hiện thường xuyên cho bệnh nhân đái tháo đường

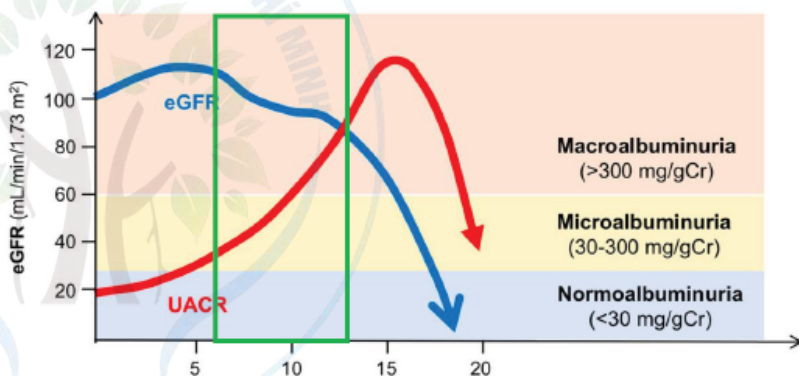
Tên xét nghiệm	Lần đầu	Tái khám
Ure	x	Xét nghiệm mỗi lần khám
		Xét nghiệm lần khám đầu, làm lại mỗi năm hoặc theo yêu cầu lâm sàng.
Creatinin, tính eGFR	x	
Albumin/Protein	Tùy tình trạng người bệnh	
Tổng phân tích nước tiểu	x	Mỗi lần khám
MAU/creatinin niệu	x	3- 6 tháng/lần

Các xét nghiệm đơn giản, dễ thực hiện & sẵn có tại bệnh viện

**Trong thực hành, cần đánh giá cả eGFR & ACR cho mọi bệnh nhân ĐTĐ hoặc có bệnh tim mạch mạn tính**



**34%** BN có đạu niệu dù eGFR bình thường  
**> 90%** BN có đạu niệu khi eGFR <60ml/phút



**eGFR** là xét nghiệm **PHỔ BIẾN** nhất để tầm soát CKD

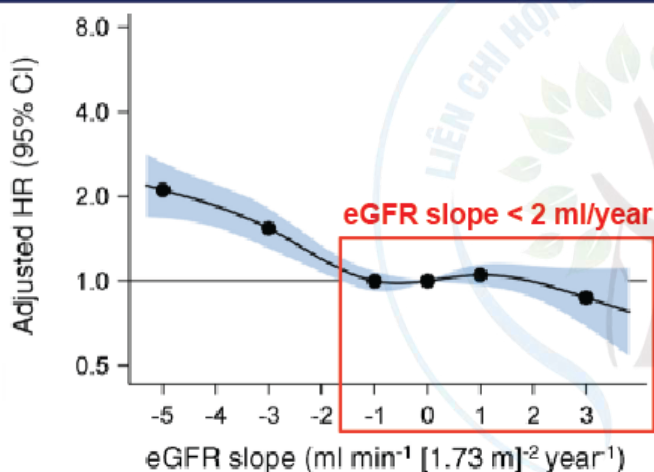
Adelphi Real World CKD III DSP, Patient Record Form, Section E Q1a

**ACR** là xét nghiệm để tầm soát **SỚM** CKD

J Diabetes Complications. 2013 Mar-Apr;27(2):123-7

**Bảo tồn eGFR & giảm bài xuất albumin trong nước tiểu  
Mục tiêu cốt lõi trong điều trị bệnh thận mạn**

**Thay đổi eGFR hằng năm & tử vong do mọi nguyên nhân<sup>1</sup>**



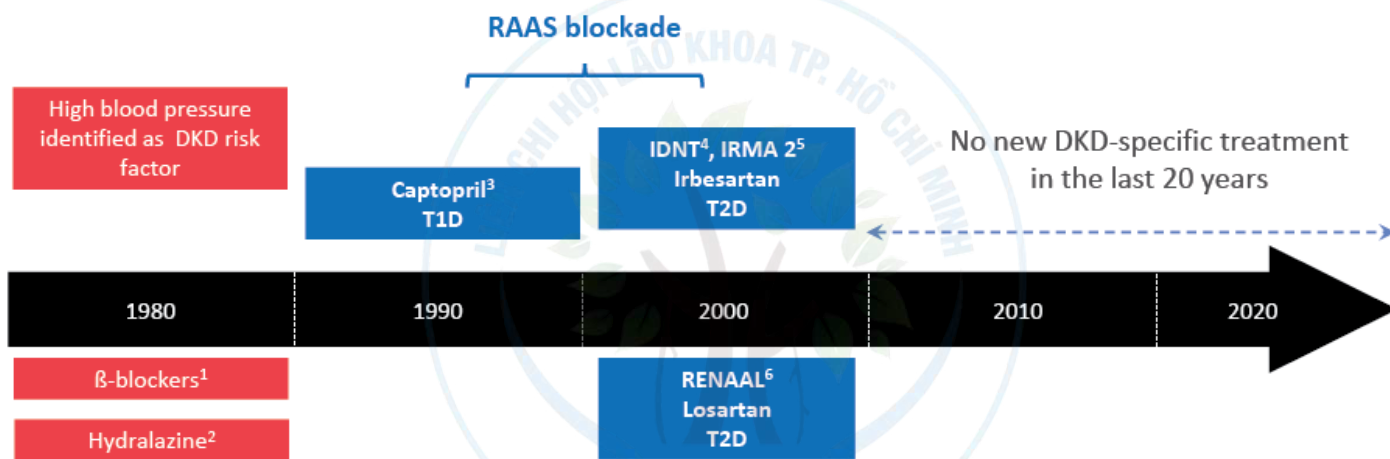
**Thay đổi UACR hằng năm & tần suất biến cố tim mạch, tử vong do mọi nguyên nhân<sup>2</sup>**

Annual change in UACR	Full adjustment + imputation <sup>b</sup>
	HR (95% CI)
<b>MACE</b>	
>2-fold decrease	0.63 (0.55–0.73)
>1.3–2 fold decrease	0.80 (0.75–0.86)
Stable	1.0
>1.3–2 fold increase	1.21 (1.14–1.29)
>2-fold increase	1.44 (1.29–1.61)
<b>All-cause death</b>	
>2-fold decrease	0.85 (0.76–0.94)
>1.3–2 fold decrease	0.88 (0.83–0.94)
Stable	1.0
>1.3–2 fold increase	1.35 (1.29–1.42)
>2-fold increase	2.12 (1.96–2.28)

Diabetologia (2019) 62:1988–1997 <https://doi.org/10.1007/s00125-019-4948-4>  
Kidney International Reports (2018) 3, 939–949

Tài liệu này không được chia sẻ hay phân phát dưới bất kỳ hình thức nào, vui lòng không sao chép hoặc chụp màn hình

## Gần 20 năm qua, không có liệu pháp nào mới trong điều trị bệnh thận mạn ở người ĐTĐ



## Có rất ít thử nghiệm lâm sàng cho kết quả dương tính trong bệnh thận mạn không do ĐTĐ (non-diabetic kidney disease)

### Beneficial

Classes that have shown benefit

REIN<sup>2</sup>

ACEi

Clinical trial<sup>1</sup>

Clinical trial  
NCT00270426<sup>3</sup>

1990

1994

1998

2002

2006

2010

2014

2018

2022

### Neutral or harmful

Classes that have shown neutral or negative effects

AST-120

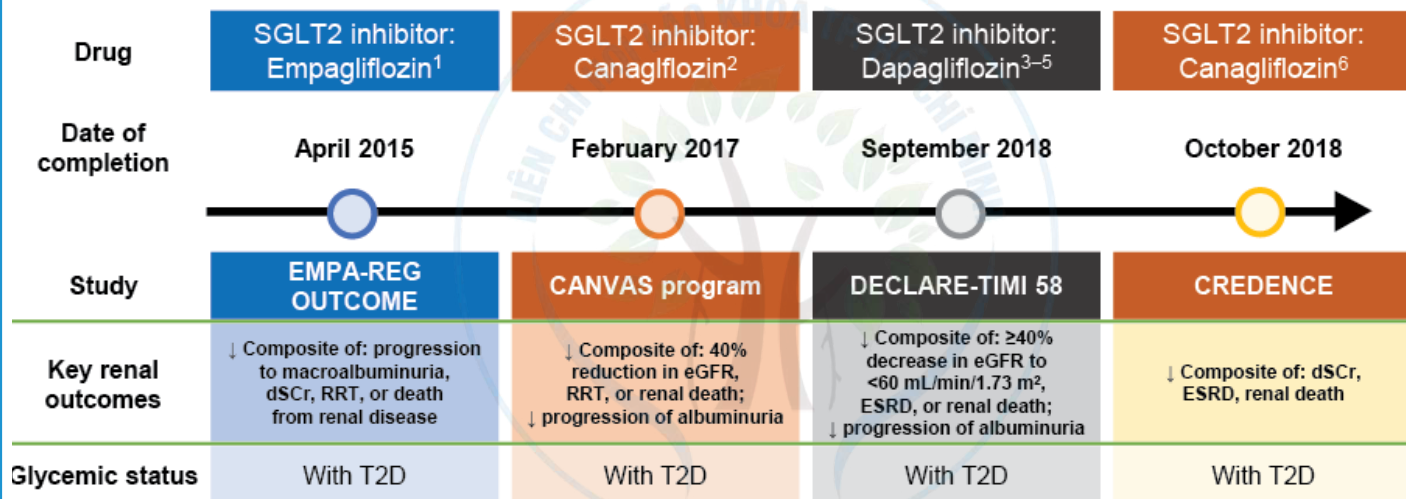
EPPIC-1 and  
EPPIC-2<sup>4</sup>

ACE, angiotensin-converting enzyme

1. Maschio G, et al. *N Engl J Med* 1996;334:939–945; 2. GISEN Group. *Lancet* 1997;349:1857–1863; 3. Hou FF, et al. *N Engl J Med* 2006;354:131–140; 4. Schulman G, et al. *J Am Soc Nephrol* 2015;26:1732–1746



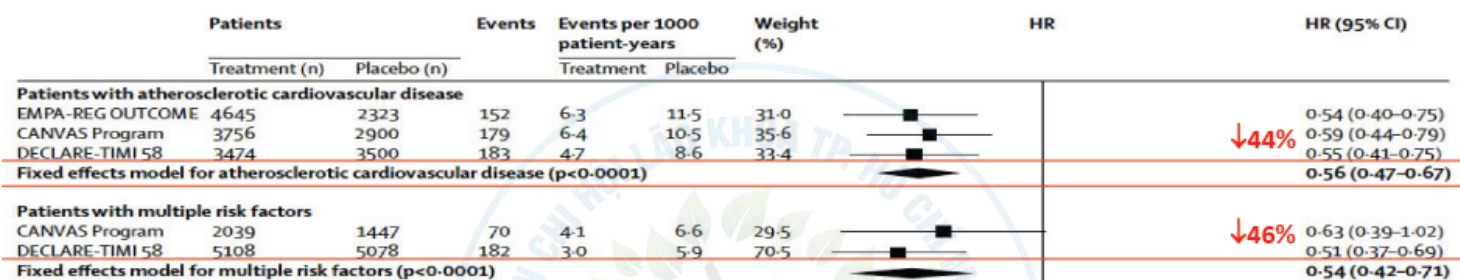
## Hiệu quả bảo vệ thận của thuốc ức chế SGLT2 ở người bệnh ĐTDĐ típ 2 trong các CVOT



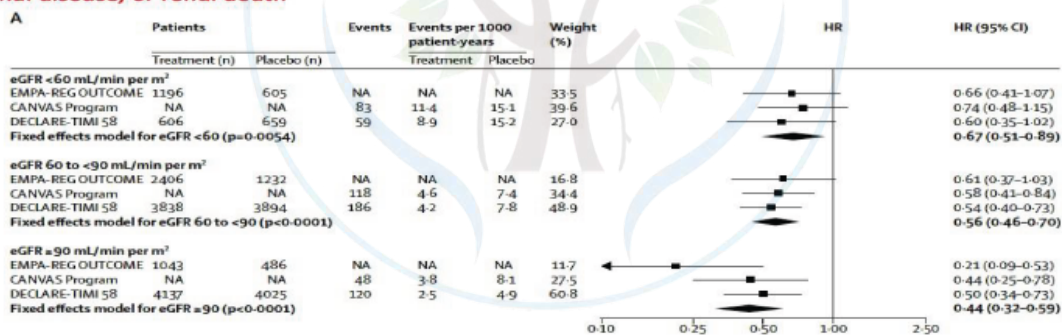
dSCr, doubling of serum creatinine; eGFR, estimated glomerular filtration rate; ESRD, end-stage renal disease; RRT, renal replacement therapy; SGLT2, sodium-glucose co-transporter 2; T2D, Type 2 diabetes

1. ClinicalTrials.gov. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01131676> (Accessed January 2020); 2. Neal B, et al. *N Engl J Med* 2017;377:644-657; 3. Wiviott SD, et al. *N Engl J Med* 2019;380:347-357; 4. ClinicalTrials.gov. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01730534> (Accessed January 2020); 5. Raz I, et al. Presented at 79<sup>th</sup> Scientific Sessions of the American Diabetes Association; June 7<sup>th</sup>-11<sup>th</sup>, 2019; San Francisco, CA, USA; 244-OR; 6. Perkovic V, et al. *N Engl J Med* 2019;380:2295-2306

## Hiệu quả bảo vệ thận của SGLT2i ở người bệnh ĐTDĐ típ 2

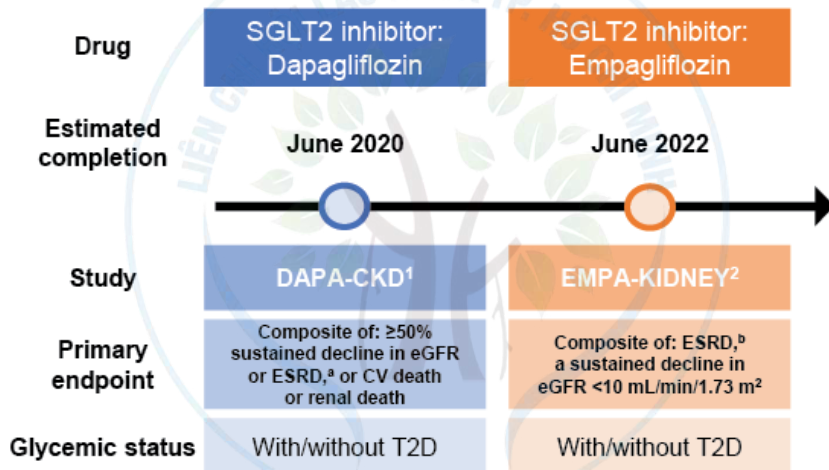


composite of worsening of renal function, end-stage renal disease, or renal death



Zelniker TA, et al. *Lancet*, 2019;393(10166):31-9.

## Những thành công đó tạo cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo về tác dụng của ức chế SGLT2 ở người BTM có và không có ĐTĐ



<sup>a</sup>ESRD defined as sustained eGFR  $< 15$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, chronic dialysis, or receiving and renal transplant; <sup>b</sup>ESRD defined as initiation of maintenance dialysis or receiving a kidney transplant CKD, chronic kidney disease; CV, cardiovascular; eGFR, estimated glomerular filtration rate; ESRD, end-stage renal disease; SGLT2, sodium-glucose co-transporter 2; T2D, Type 2 diabetes

1. ClinicalTrials.gov. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03036150> (Accessed January 2020); 2. ClinicalTrials.gov. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03594110> (Accessed January 2020)

## DAPA-CKD: Dapagliflozin ở người bệnh thận mạn



### Mục tiêu

Đánh giá liệu điều trị bằng dapagliflozin, so với placebo, có làm giảm nguy cơ biến cố thận và tim mạch ở người bệnh thận mạn có hoặc không có ĐTĐ, trên nền điều trị chuẩn với ACEi hoặc ARB ở liều tối đa bệnh nhân có thể dung nạp.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

- $\geq 18$  tuổi
- eGFR  $\geq 25$  to  $\leq 75$  mL/min/1.73m<sup>2</sup>
- UACR  $\geq 200$  to  $\leq 5000$  mg/g
- Ổn định ở liều dung nạp tối đa của ACEi / ARB trong  $\geq 4$  tuần
- Có và không có ĐTĐ

### Tiêu chuẩn loại trừ

- ĐTĐ típ 1
- Bệnh thận đa nang, viêm thận lupus, viêm mạch liên quan đến ANCA
- Liệu pháp ức chế miễn dịch  $\leq 6$  tháng trước khi tham gia NC

1:1  
Mù đôi

Dapagliflozin 10 mg  
+ điều trị chuẩn

Placebo  
+ điều trị chuẩn

4304 BN phân ngẫu nhiên  
Thời gian theo dõi trung  
bình 2.4 năm

Tiêu chí

### Tiêu chí đánh giá chính

Tổng hợp của giảm eGFR  $\geq 50\%$ , mắc bệnh thận giai đoạn cuối, tử vong do TM hoặc thận

### Tiêu chí đánh giá phụ

- Tổng hợp của suy giảm eGFR  $\geq 50\%$ , bệnh thận giai đoạn cuối, tử vong do thận
- Tổng hợp tử vong TM hoặc nhập viện do suy tim
- Tử vong do mọi nguyên nhân

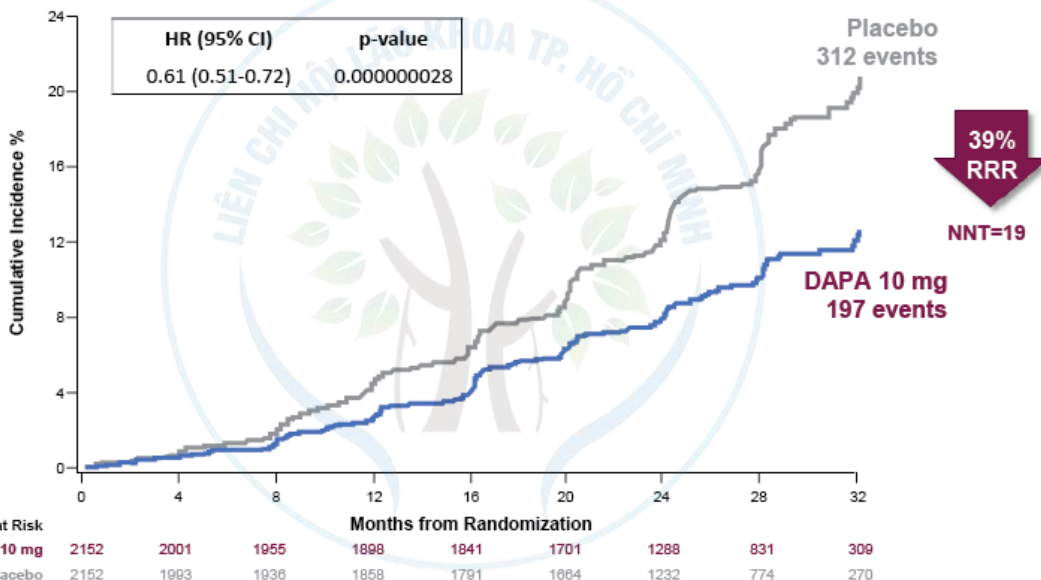
<sup>a</sup>ESKD defined as the need for maintenance dialysis (peritoneal or hemodialysis) for at least 28 days and renal transplantation or sustained eGFR  $< 15$  mL/min/1.73m<sup>2</sup> for at least 28 days.

ACEi = angiotensin-converting enzyme inhibitor; ANCA = anti-neutrophil cytoplasmic antibody; ARB = angiotensin-receptor blocker; CKD = chronic kidney disease; CV = cardiovascular; eGFR = estimated glomerular filtration rate; ESKD = end-stage kidney disease; HFr = hospitalization for heart failure; T1D = type 1 diabetes; T2D = type 2 diabetes; UACR = urinary albumin-to-creatinine ratio.

1. Heerspink HJL et al. *Nephrol Dial Transplant*. 2020;35:274–282; 2. Heerspink HJL. Presented at: ESC Congress – The Digital Experience; August 29 - September 1, 2020.

Tiêu chí đánh giá chính

Giảm eGFR  $\geq 50\%$ , mắc bệnh thận giai đoạn cuối, tử vong do tim mạch hoặc thận



\*ESKD defined as the need for maintenance dialysis (peritoneal or hemodialysis) for at least 28 days and renal transplantation or sustained eGFR  $<15\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$  for at least 28 days. Renal death was defined as death due to ESKD when dialysis treatment was deliberately withheld for any reason.<sup>2</sup> CV = cardiovascular; DAPA = dapagliflozin; eGFR = estimated glomerular filtration rate; ESKD = end-stage kidney disease; HR = hazard ratio; NNT = number needed to treat; RRR = relative risk reduction.  
1. Heerspink HJL. Presented at: ESC Congress – The Digital Experience; August 29 - September 1, 2020. 2. Heerspink HJL et al. *Nephrol Dial Transplant.* 2020;35:274-282.

Tiêu chí đánh giá chính: Hiệu quả điều trị đồng nhất giữa các phân nhóm định trước, bất kể có hay không ĐTĐ

HR (95% CI)	Number of Events		HR	95% CI	p-value Interaction
	DAPA 10 mg (N=2152)	Placebo (N=2152)			
<b>Composite of <math>\geq 50\%</math> eGFR Decline, ESKD, or Renal or CV Death</b>					
All Patients	197	312	0.61	(0.51, 0.72)	
<b>T2D at Baseline</b>					0.24
Yes	152	229	0.64	(0.52, 0.79)	
No	45	83	0.50	(0.35, 0.72)	
<b>UACR (mg/g) at Baseline</b>					0.52
$\leq 1000$	44	84	0.54	(0.37, 0.77)	
$> 1000$	153	228	0.62	(0.50, 0.76)	
<b>eGFR (mL/min/1.73m<sup>2</sup>) at Baseline</b>					0.22
$< 45$	152	217	0.63	(0.51, 0.78)	
$\geq 45$	45	95	0.49	(0.34, 0.69)	

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023 LIÊN CHI HỘI LÃO KHOA TP. HỒ CHÍ MINH

## DAPA-CKD: Giảm có ý nghĩa tất cả các tiêu chí phụ

Outcome	Dapagliflozin		Placebo		Hazard Ratio (95% CI)	P Value
	no./total no. (%)	events/100 patient-yr	no./total no. (%)	events/100 patient-yr		
<b>Primary outcome</b>						
Primary composite outcome	197/2152 (9.2)	4.6	312/2152 (14.5)	7.5	0.61 (0.51–0.72)	<0.001
<b>Secondary outcomes</b>						
Composite of decline in estimated GFR of $\geq$ 50%, end-stage kidney disease, or death from renal causes	142/2152 (6.6)	3.3	243/2152 (11.3)	5.8	0.56 (0.45–0.68)	<0.001
Composite of death from cardiovascular causes or hospitalization for heart failure	100/2152 (4.6)	2.2	138/2152 (6.4)	3.0	0.71 (0.55–0.92)	0.009
Death from any cause	101/2152 (4.7)	2.2	146/2152 (6.8)	3.1	0.69 (0.53–0.88)	0.004

*N Engl J Med* 2020;383:1436–46.

DOI: 10.1056/NEJMoa2024816

Vui lòng tham khảo thông tin kê toa Dapagliflozin tại Việt Nam

## Nghiên cứu EMPA-KIDNEY

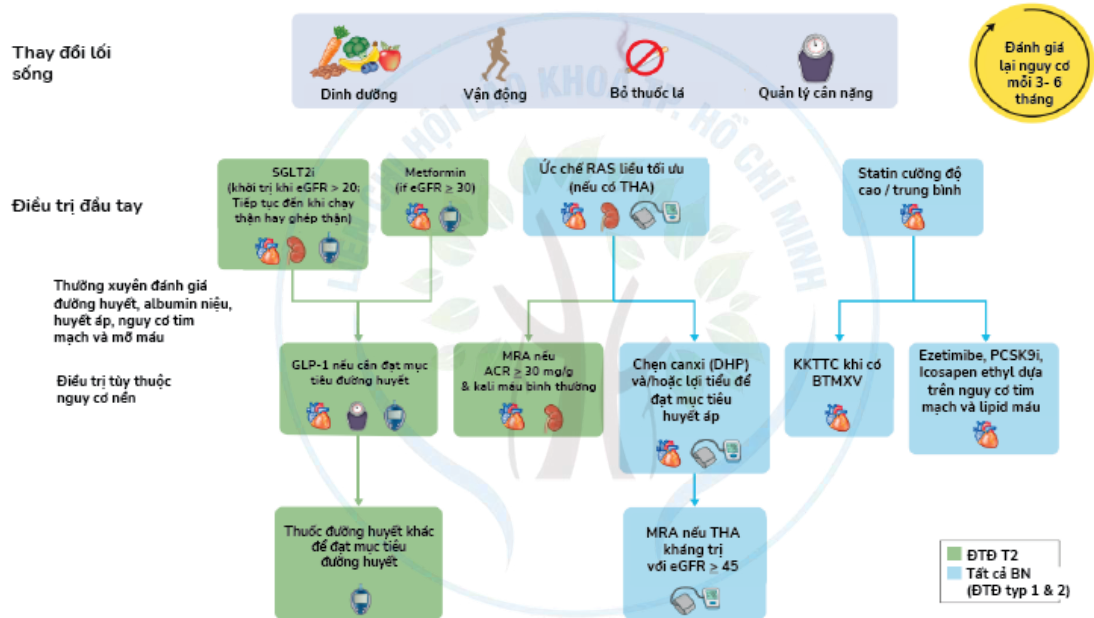
### Giảm 28% tiêu chí chính (diễn tiến bệnh thận/tử vong tim mạch)

Outcome	Empagliflozin (N=3304)		Placebo (N=3305)		Hazard Ratio (95% CI)*	P Value
	no. (%)	no. of events/100 patient-yr	no. (%)	no. of events/100 patient-yr		
Primary outcome: progression of kidney disease or death from cardiovascular causes	432 (13.1)	6.85	558 (16.9)	8.96	0.72 (0.64–0.82)	<0.001
<b>Key secondary outcomes†</b>						
Hospitalization for heart failure or death from cardiovascular causes	131 (4.0)	2.04	152 (4.6)	2.37	0.84 (0.67–1.07)	0.15
Hospitalization for any cause‡	—	24.8	—	29.2	0.86 (0.78–0.95)	0.003
Death from any cause	148 (4.5)	2.28	167 (5.1)	2.58	0.87 (0.70–1.08)	0.21

November 4, 2022



**ADA KDIGO 10/2022: SGLT2i + Metformin là lựa chọn đầu tay cho bệnh nhân ĐTD típ 2 kèm bệnh thận mạn**



Dapagliflozin được chỉ định để kiểm soát đường huyết cho bệnh nhân trên 18 tuổi mắc ĐTD típ 2 có eGFR > 45ml/p/1.73m<sup>2</sup>.  
 Tham khảo TTKT được cung cấp kèm theo tài liệu hội thảo  
 Diabetes Care dci220027; <https://doi.org/10.2337/dci22-0027>

**NICE Guidance 2022:  
Dapagliflozin for treating chronic kidney disease**

Dapagliflozin is recommended as an option for treating chronic kidney disease in adults. It is recommended only if:

- it is an add-on to optimised standard care including the highest tolerated licensed dose of angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors or angiotensin-receptor blockers (ARBs), unless these are contraindicated, and
- people have an eGFR of 25 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> to 75 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> at the start of treatment and:
  - have type 2 diabetes or
  - have a urine albumin-to-creatinine ratio of 22.6 mg/mmol or more

## FDA phê duyệt cho các chỉ định của Dapagliflozin

### INDICATIONS AND USAGE

FARXIGA is a sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) inhibitor indicated for:

- as an adjunct to diet and exercise to improve glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. (1)
- to reduce the risk of hospitalization for heart failure in adults with type 2 diabetes mellitus and either established cardiovascular disease or multiple cardiovascular risk factors. (1)
- to reduce the risk of cardiovascular death and hospitalization for heart failure in adults with heart failure with reduced ejection fraction (NYHA class II-IV). (1)
- to reduce the risk of sustained eGFR decline, end stage kidney disease cardiovascular death and hospitalization for heart failure in adults with chronic kidney disease at risk of progression. (1)

eGFR (mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )	Recommended Dose
eGFR 45 or greater	To improve glycemic control, the recommended starting dose is 5 mg orally once daily. Dose can be increased to 10 mg orally once daily for additional glycemic control. For all other indications, the recommended starting dose is 10 mg orally once daily.
eGFR 25 to less than 45	10 mg orally once daily
eGFR less than 25	Initiation is not recommended, however patients may continue 10 mg orally once daily to reduce the

[https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2021/202293s024lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2021/202293s024lbl.pdf)

## Tóm tắt

- Người bệnh tim mạch mạn và người bệnh ĐTĐ chịu một gánh nặng lớn về biến chứng suy tim/suy thận.
- Can thiệp sớm bằng liệu pháp ức chế SGLT2 giúp ngăn ngừa mắc suy tim ở người bệnh ĐTĐ típ 2 nguy cơ cao và ngăn tiến triển bệnh thận ở người bệnh thận mạn có/không có ĐTĐ.
- Thuốc ức chế SGLT2, đặc biệt là dapagliflozin, được các hiệp hội chuyên khoa và tổ chức có uy tín khuyến cáo dùng sớm cho người bệnh ĐTĐ típ 2 nguy cơ cao và người bệnh thận mạn.