


**Xu hướng hiện nay
trong Kiểm soát và Điều trị Đái tháo đường
ở người trưởng thành:
Từ kết quả NC trong thế giới thực
đến góc nhìn của các chuyên gia lão khoa.**

Các vấn đề hiện tại

- Kiểm soát và Điều trị Đái tháo đường ở người trưởng thành: Xu hướng trong Thế giới thực hiện nay?

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



BMJ Journals Log In Basket

BMJ Open Diabetes Research & Care

Home / Archive / Volume 9, Issue 1

Epidemiology/Health services research

Prevalence and incidence of microvascular and macrovascular complications over 15 years among patients with incident type 2 diabetes

Jaejin An^{1, 2}, Gregory A Nichols³, Lei Qian¹, Mercedes A Munis¹, Teresa N Harrison³, Zhuoxin Li¹, Rong Wei¹, Tracey Weiss⁴, Swapnil Rajpathak⁴, Kristi Reynolds^{1, 2}

Research design and methods

- Retrospective cohort study among patients newly diagnosed with T2D between 2003 and 2014.
- Evaluated 13 complications, including chronic kidney disease (CKD), cardiovascular disease (CVD), and all-cause mortality through 2018. Multivariable Cox proportional hazards models were used to study factors associated with complications.

Results: 135 199 patients with incident T2D. The mean age was 58 years, and 48% were women.

- **The prevalence of CKD was the highest of the complications at the time of T2D diagnosis (prevalence=12.3%, 95% CI 12.2% to 12.5%).**
- The prevalence of CVD was among the lowest at 3.3% (95% CI 3.2% to 3.3%).
- **The median time to incidence of a T2D complication ranged from 3.0 to 5.2 years.**

High incidence rates (95% CI) of T2D complications included peripheral neuropathy (26.9, 95% CI 26.5 to 27.3 per 1000 person-years (PY)), CKD (21.2, 95% CI 20.9 to 21.6 per 1000 PY), and CVD (11.9, 95% CI 11.7 to 12.2 per 1000 PY).

- **The trend of 5-year incidence rates of T2D complications by diagnosis year decreased over time (p value<0.001).**
- **Older age, non-Hispanic white race/ethnicity, sex, higher A1C, smoking, and hypertension were associated with increased CKD and CVD incidence.**

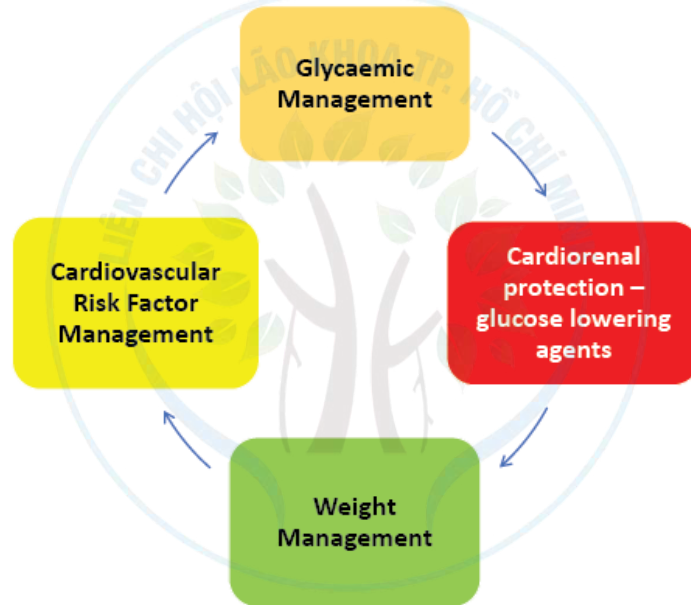
ĐỒNG THUẬN ADA/EASD 2022 & KHUYẾN CÁO ADA 2023

ADA/EASD—
Management of
Hyperglycaemia in
Type 2 Diabetes



Preventing Complications

ADA/EASD—Management of Hyperglycaemia in Type 2 Diabetes



Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur MM, Rosas SE, Del Prato S, Mathieu C, Mingrone G, Rossing P, Tankova T, Tsapas A, Buse JB
Diabetes Care 2022; <https://doi.org/10.2337/doi22-0034>. Diabetologia 2022; <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05787-2>.

GLYCEMIC TARGETS

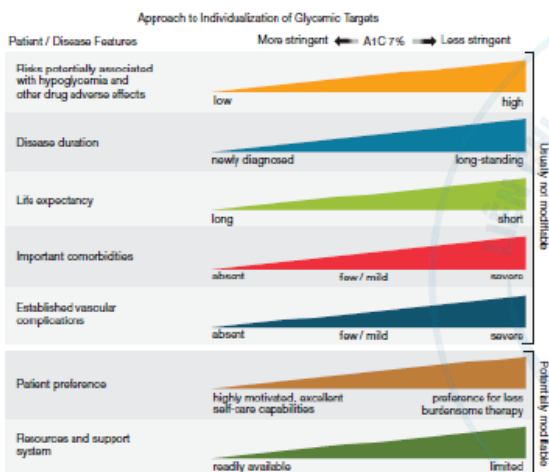


Table 6.3—Summary of glycemic recommendations for many nonpregnant adults with diabetes

A1C	<7.0% (53 mmol/mol)*#
Preprandial capillary plasma glucose	80–130 mg/dL* (4.4–7.2 mmol/L)
Peak postprandial capillary plasma glucose†	<180 mg/dL* (10.0 mmol/L)

*More or less stringent glycemic goals may be appropriate for individual patients. #CGM may be used to assess glycemic target as noted in Recommendation 6.5b and Fig. 6.1. Goals should be individualized based on duration of diabetes, age/life expectancy, comorbid conditions, known CVD or advanced microvascular complications, hypoglycemia unawareness, and individual patient considerations (as per Fig. 6.2). †Postprandial glucose may be targeted if A1C goals are not met despite reaching preprandial glucose goals. Postprandial glucose measurements should be made 1–2 h after the beginning of the meal, generally peak levels in people with diabetes.

Glycemic Targets:
Standards of Care in Diabetes - 2023. Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S97-S110

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

- Người lớn tuổi có bệnh Đái tháo đường típ 2 đại diện cho một nhóm tuổi phức tạp và không đồng nhất.
 - Quản lý bệnh Đái tháo đường típ 2 ở người lớn tuổi vẫn là một thách thức lâm sàng quan trọng đối với bác sĩ,
 - Người đái tháo đường lớn tuổi thường có biểu hiện
 - + Suy yếu và/hoặc
 - + Có nhiều bệnh đi kèm.
- Mục tiêu đường huyết lấy bệnh nhân làm trung tâm được cá nhân hóa để
- + Kiểm soát đường huyết,
 - + Tránh các biến cố hạ và tăng đường huyết nguy hiểm.

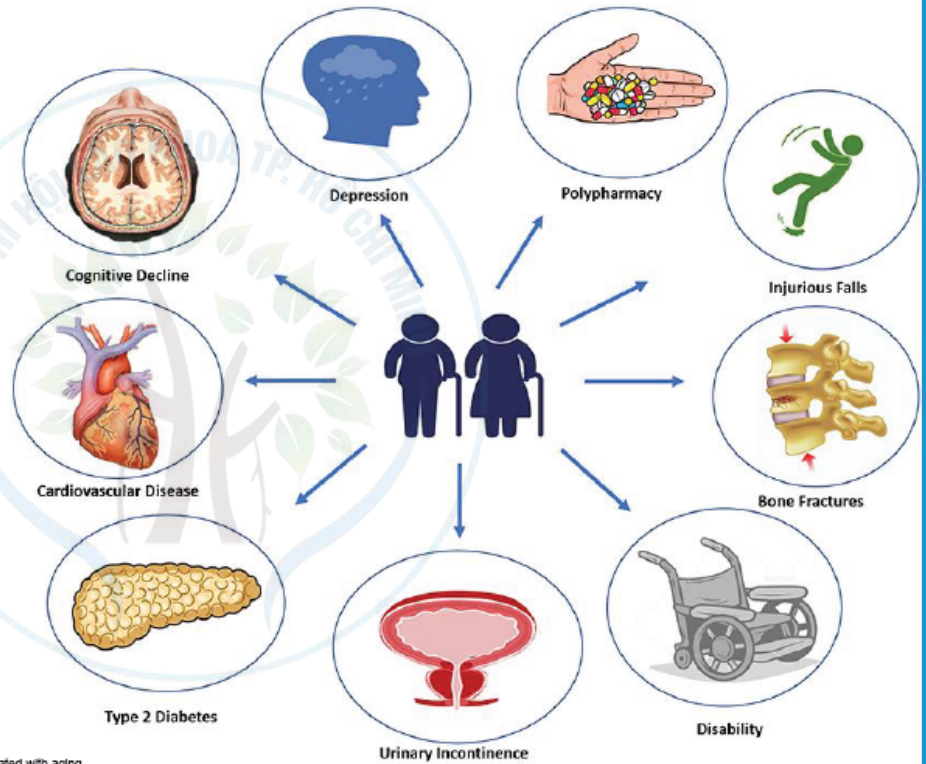


Table 13.1—Framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes

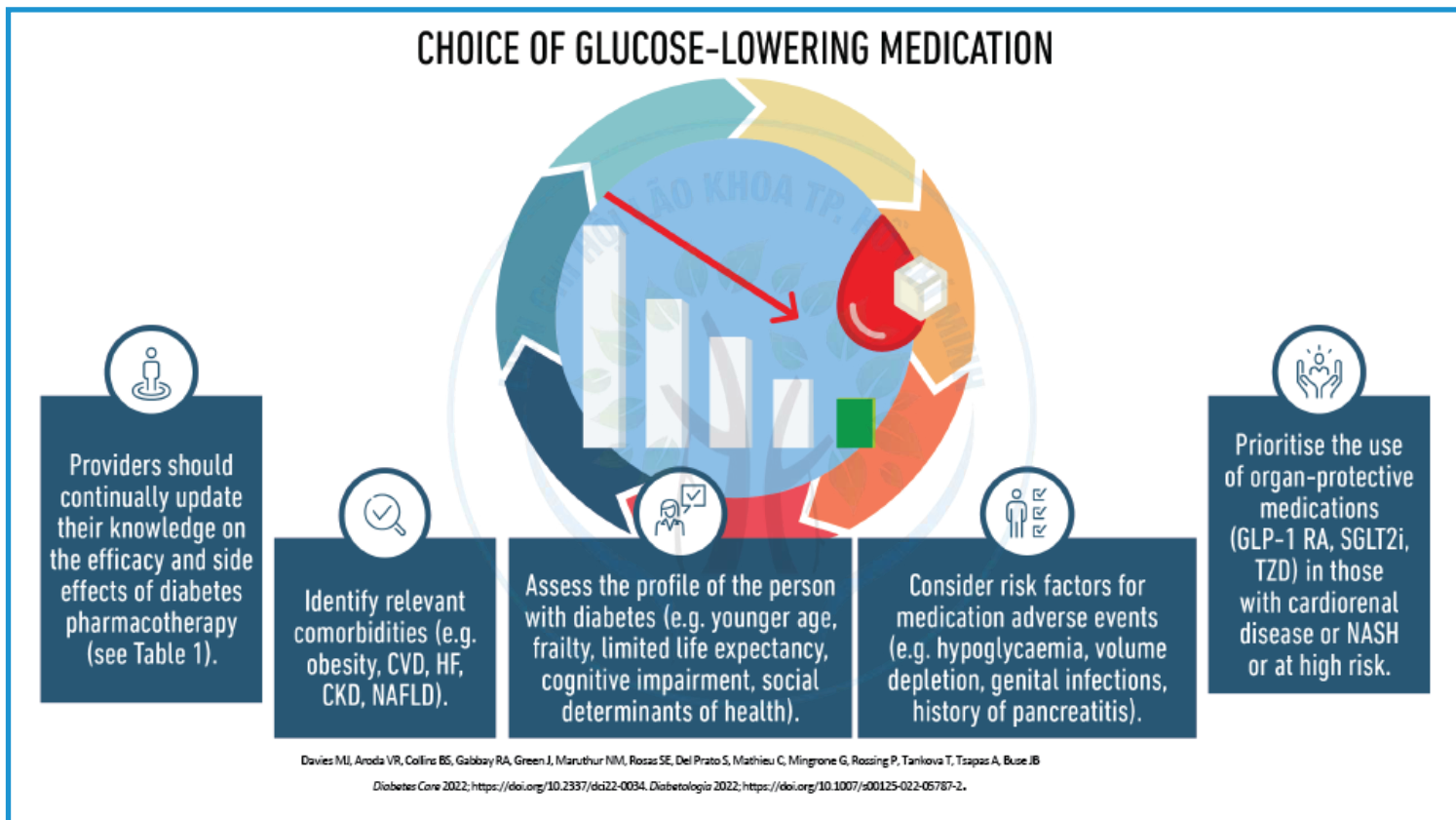
Patient characteristics/health status	Rationale	Reasonable A1C goal [‡]	Fasting or preprandial glucose	Bedtime glucose	Blood pressure	Lipids
Healthy (few coexisting chronic illnesses, intact cognitive and functional status)	Longer remaining life expectancy	<7.0–7.5% (53–58 mmol/mol)	80–130 mg/dL (4.4–7.2 mmol/L)	80–180 mg/dL (4.4–10.0 mmol/L)	<130/80 mmHg	Statin, unless contraindicated or not tolerated
Complex/intermediate (multiple coexisting chronic illnesses* or two or more instrumental ADL impairments or mild-to-moderate cognitive impairment)	Intermediate remaining life expectancy, high treatment burden, hypoglycemia vulnerability, fall risk	<8.0% (64 mmol/mol)	90–150 mg/dL (5.0–8.3 mmol/L)	100–180 mg/dL (5.6–10.0 mmol/L)	<130/80 mmHg	Statin, unless contraindicated or not tolerated
Very complex/poor health (LTC or end-stage chronic illnesses** or moderate-to-severe cognitive impairment or two or more ADL impairments)	Limited remaining life expectancy makes benefit uncertain	Avoid reliance on A1C; glucose control decisions should be based on avoiding hypoglycemia and symptomatic hyperglycemia	100–180 mg/dL (5.6–10.0 mmol/L)	110–200 mg/dL (6.1–11.1 mmol/L)	<140/90 mmHg	Consider likelihood of benefit with statin

This table represents a consensus framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes. The patient characteristic categories are general concepts. Not every patient will clearly fall into a particular category. Consideration of patient and caregiver preferences is an important aspect of treatment individualization. Additionally, a patient's health status and preferences may change over time. ADL, activities of daily living; LTC, long-term care. [‡]A lower A1C goal may be set for an individual if achievable without recurrent or severe hypoglycemia or undue treatment burden. *Coexisting chronic illnesses are conditions serious enough to require medications or lifestyle management and may include arthritis, cancer, heart failure, depression, emphysema, falls, hypertension, incontinence, stage 3 or worse chronic kidney disease, myocardial infarction, and stroke. "Multiple" means at least three, but many patients may have five or more (56). **The presence of a single end-stage chronic illness, such as stage 3–4 heart failure or oxygen-dependent lung disease, chronic kidney disease requiring dialysis, or uncontrolled metastatic cancer, may cause significant symptoms or impairment of functional status and significantly reduce life expectancy. Adapted from Kirkman et al. (3).

Table 13.1—Framework for considering treatment goals for glycemia, blood pressure, and dyslipidemia in older adults with diabetes

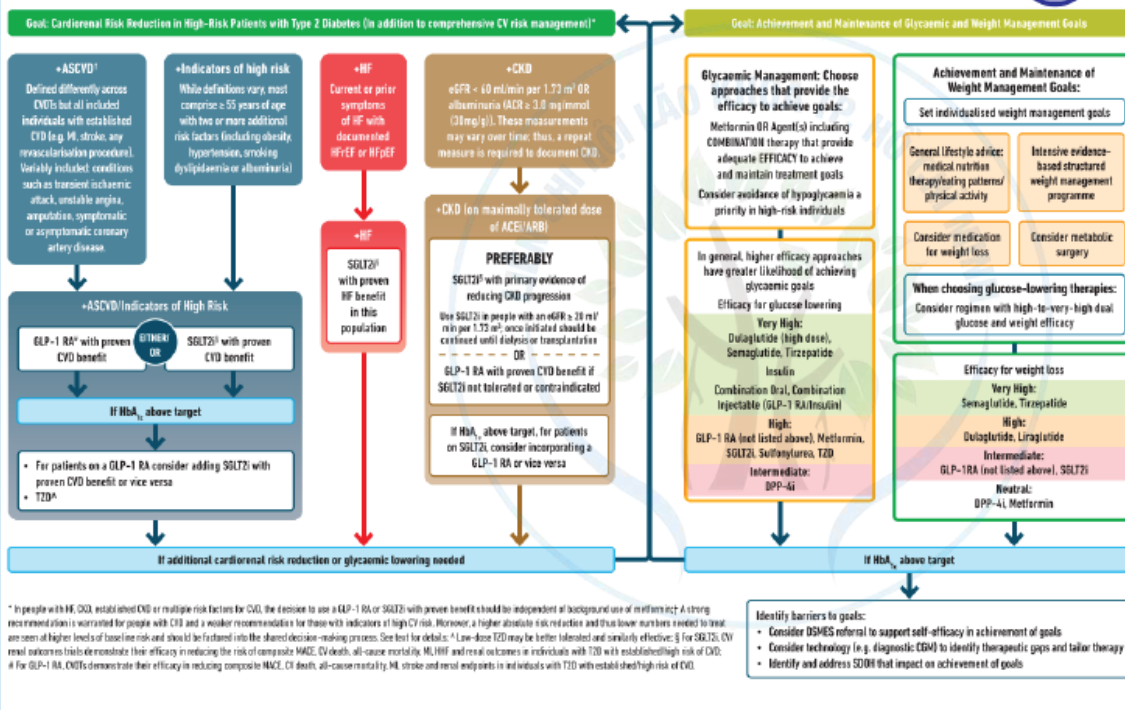
Older Adults: Standards of Care in Diabetes - 2023. Diabetes Care 2023;46(Suppl. 1):S216-S229

CHOICE OF GLUCOSE-LOWERING MEDICATION



USE OF GLUCOSE-LOWERING MEDICATIONS IN THE MANAGEMENT OF TYPE 2 DIABETES

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIOURS; DIABETES SELF-MANAGEMENT EDUCATION AND SUPPORT (DSMES); SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH (SDOH)



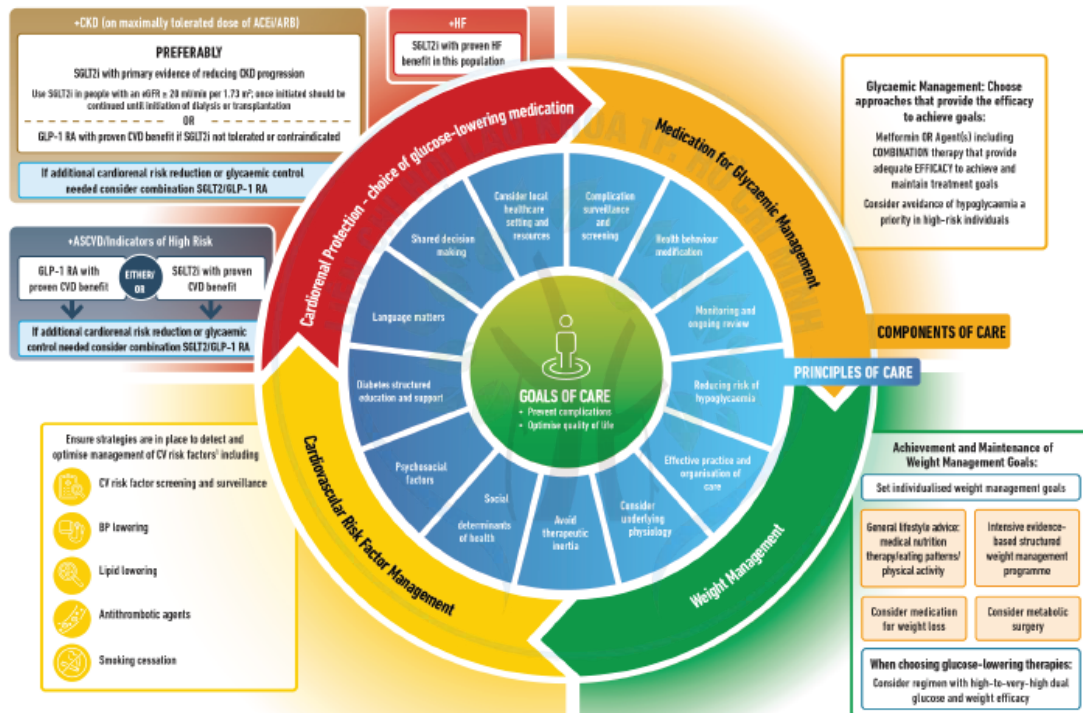
Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2022.

A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD)

Melanie J. Davies,^{1,2} Vanita R. Aroda,³ Billy S. Collins,⁴ Robert A. Gabbay,⁵ Jennifer Green,⁶ Nisa M. Maruthur,⁷ Sylvia E. Rosas,⁸ Stefano Del Prato,⁹ Chantal Mathieu,¹⁰ Geltrude Mingrone,^{11,12,13} Peter Rossing,^{14,15} Tsvetelina Tankova,¹⁶ Apostolos Tsapas,^{17,18} and John B. Buse¹⁹

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

FIGURE 4: HOLISTIC PERSON-CENTRED APPROACH TO T2DM MANAGEMENT



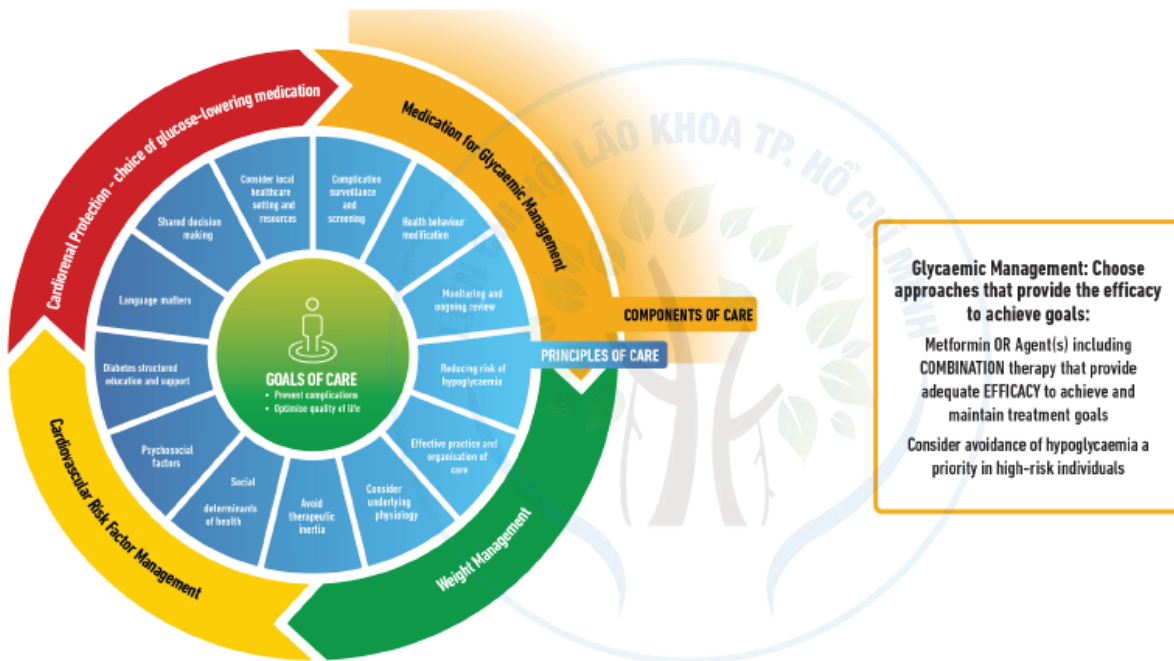
Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Manuthur NM, Rosas SE, Del Prato S, Mathieu C, Mingrone G, Rossing P, Tanikova T, Tsapas A, Buse JB

Diabetes Care 2022; <https://doi.org/10.2337/doi22-0034>. *Diabetologia* 2022; <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05787-2>.

VAI TRÒ ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 CỦA BIGUANIDE TRONG ĐỒNG THUẬN ADA/EASD 2022 & KHUYẾN CẢO ADA 2023

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

FIGURE 4: HOLISTIC PERSON-CENTRED APPROACH TO T2DM MANAGEMENT



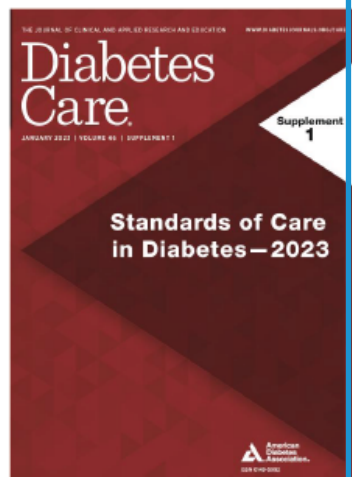
Glycaemic Management: Choose approaches that provide the efficacy to achieve goals:
 Metformin OR Agent(s) including COMBINATION therapy that provide adequate EFFICACY to achieve and maintain treatment goals
 Consider avoidance of hypoglycaemia a priority in high-risk individuals

1 - American Diabetes Association Professional Practice Committee. 10. Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care. 2022 Jan 1;45(Suppl. 1):S144-74.
 ACEI, Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor; ARB, Angiotensin Receptor Blockers; ASCVD, Atherosclerotic Cardiovascular Disease; BP, Blood Pressure; CKD, Chronic Kidney Disease; CV, Cardiovascular; eGFR, Estimated Glomerular Filtration Rate; GLP-1 RA, Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist; HF, Heart Failure; SGLT2, Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor; T2D, Type 2 Diabetes.

Davies MJ, Anoda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, Rosas SE, Del Prato S, Mathieu C, Mingrone G, Rossing P, Tankova T, Tsapas A, Buse JB. Diabetes Care 2022; <https://doi.org/10.2337/doi22-0034>. Diabetologia 2022; <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05787-2>.

VAI TRÒ ĐIỀU TRỊ BƯỚC 1 CỦA BIGUANIDE TRONG ĐỒNG THUẬN ADA/EASD 2022 & KHUYẾN CÁO ADA 2023

ADA/EASD— Management of Hyperglycaemia in Type 2 Diabetes



Metformin

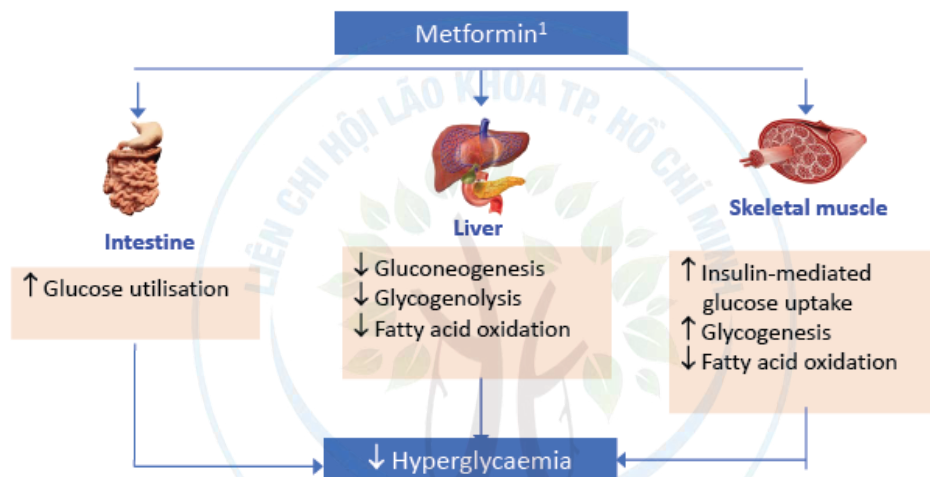
	Efficacy ¹	Hypoglycaemia	Weight change ²	CV effects		Renal effects		Oral/SQ	Cost
				Effect on MACE	HF	Progression of DKD	Dosing/use considerations*		
Metformin	High	No	Neutral (potential for modest loss)	Potential benefit	Neutral	Neutral	• Contraindicated with eGFR <30 ml/min per 1.73 m ²	Oral	Low

Traditionally recommended as first-line glucose-lowering therapy for type 2 diabetes:

- because of its high efficacy in lowering HbA_{1c},
- minimal hypoglycaemia risk when used as monotherapy,
- potential for some modest weight loss,
- good safety profile,
- low cost

Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Manuthur NM, Rossas SE, Del Prato S, Mathieu C, Mingrone G, Rossing P, Tanikova T, Tsapas A, Buse JB. *Diabetes Care* 2022; <https://doi.org/10.2337/doi22-0034>. *Diabetologia* 2022; <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05787-2>.

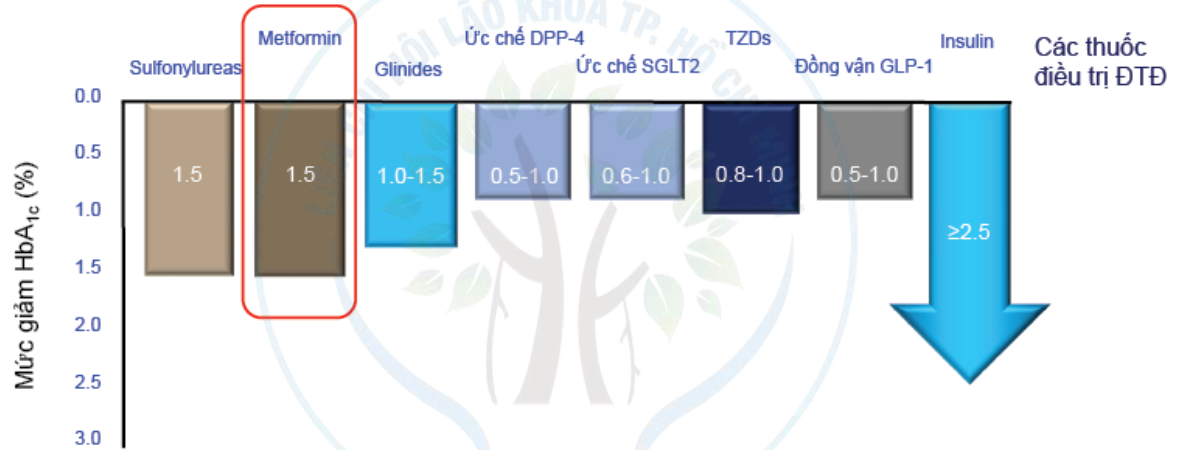
Metformin có tác động chính lên kháng Insulin – Nền tảng chính trong Cơ chế bệnh sinh của Đái tháo đường típ 2



Ngoài tác dụng hạ đường huyết, metformin có thể có tác dụng tiềm tàng trên hệ thống CV, ví dụ, cải thiện tình trạng lipid huyết tương²

Adapted from 1. Bailey & Feher. *Therapies for Diabetes* 2004. 2. Batchuluun et al. *J Endocrinol Diabetes Obes* 2014;2:1035.

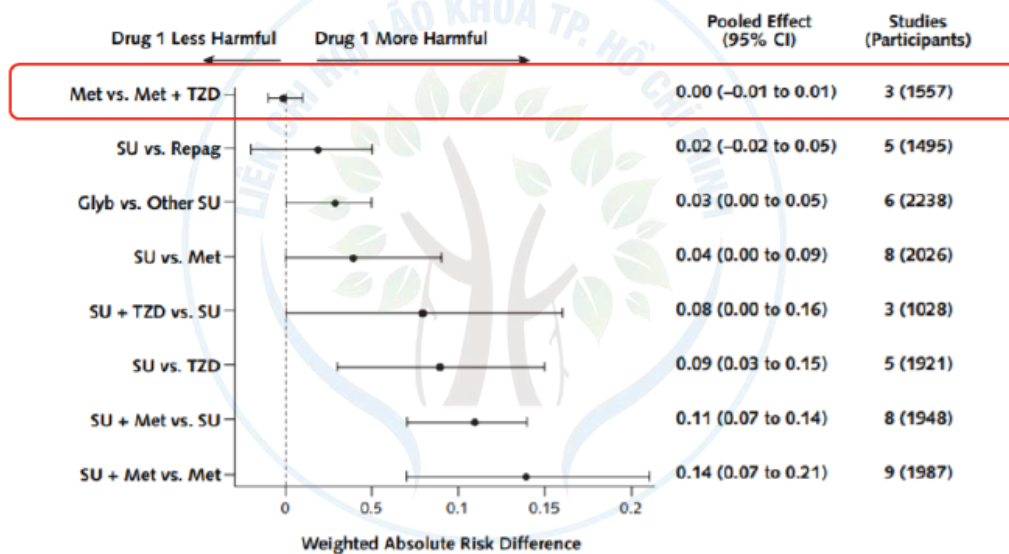
METFORMIN: Hiệu quả giảm đường huyết cao trong nhóm thuốc uống



TLTK: Nathan DM. N Engl J Med. 2007;356:437-40 and Nathan et al. Diabetes Care. 2009;32:193-203

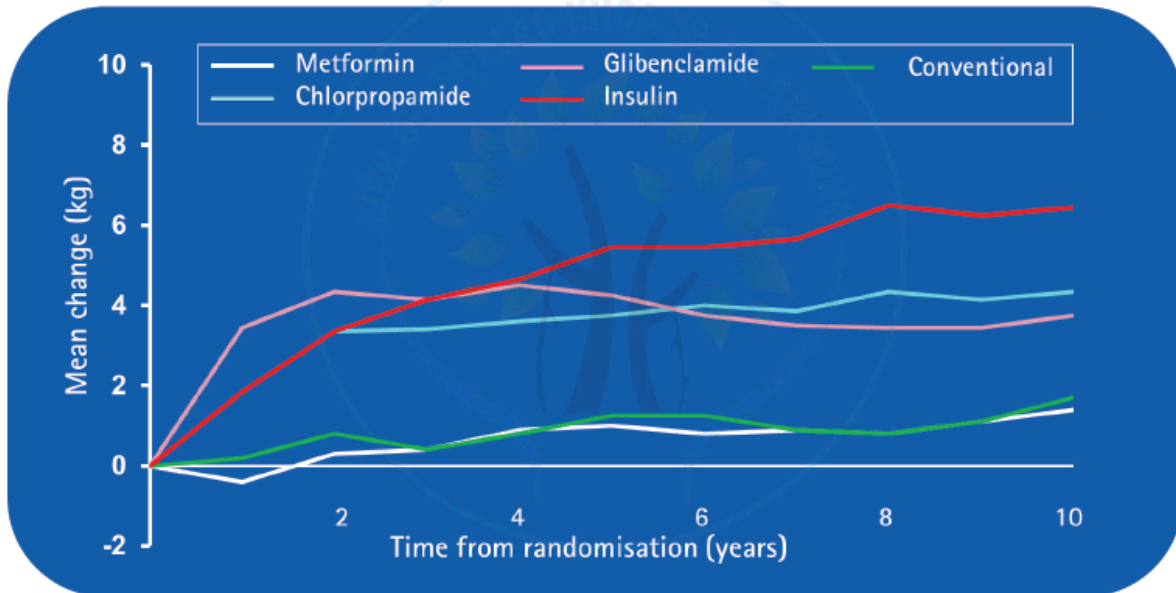
METFORMIN NGUY CƠ HẠ ĐƯỜNG HUYẾT thấp trong các phác đồ đơn trị hay phối hợp

Figure 3. Pooled hypoglycemia results for randomized trials, by drug comparison.



TLTK: Ann Intern Med. 2007;147:386-399.

METFORMIN: KHÔNG GÂY TĂNG CÂN trong quá trình điều trị



TLTK: UKPDS 34. Lancet 1998;352:854-65

Metformin: Từ Nghiên cứu nền tảng –

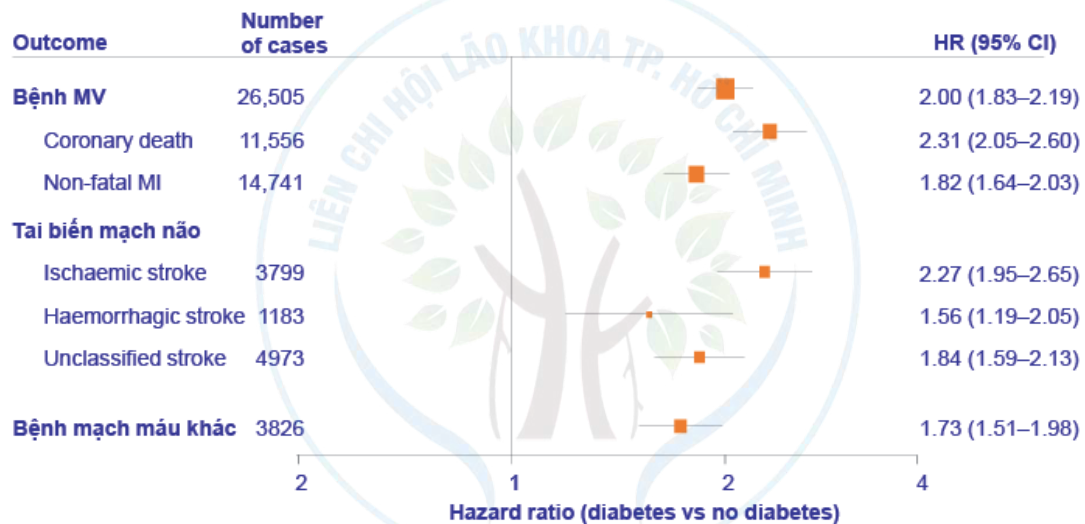
NC UKPDS 1977-1997 : Đái tháo đường típ 2 mới chẩn đoán

NC BigPro -1989: BIGuanides and Prevention of Risks in Obesity) được khởi động – nghiên cứu về hiệu quả của metformin trên đề kháng insulin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có béo phì

Lợi ích của Metformin trong điều trị hội chứng đề kháng insulin

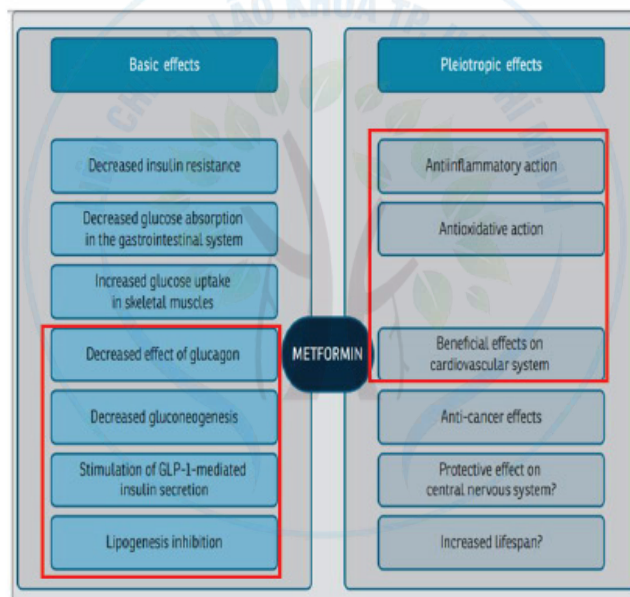
NC DPP- Năm 2002: công bố Metformin giảm được nguy cơ diễn tiến từ tiền đái tháo đường thành đái tháo đường

Đái tháo đường làm tăng gấp đôi biến cố tim mạch



Sarwar et al. Lancet 2010;375(9733):2215–2222.

Metformin: Tác động lên tình trạng kháng Insulin & Các tác động khác



METFORMIN:

Lợi ích trên tim mạch
ở Bệnh nhân Đái tháo đường

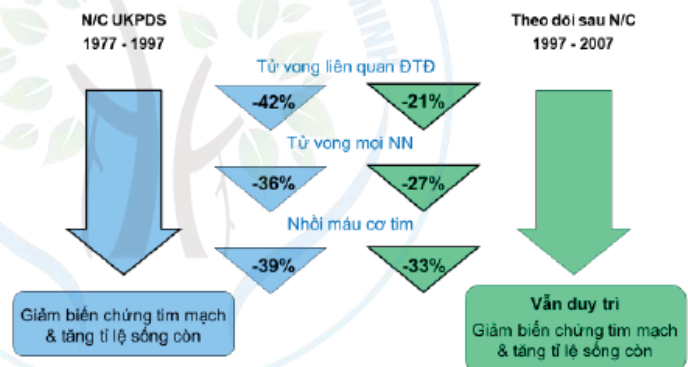


Nghiên cứu UKPDS: theo dõi sau 10 năm



2000s

Năm 2008 công bố Metformin có lợi ích tiếp tục giảm nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 ở giai đoạn sau can thiệp của nghiên cứu

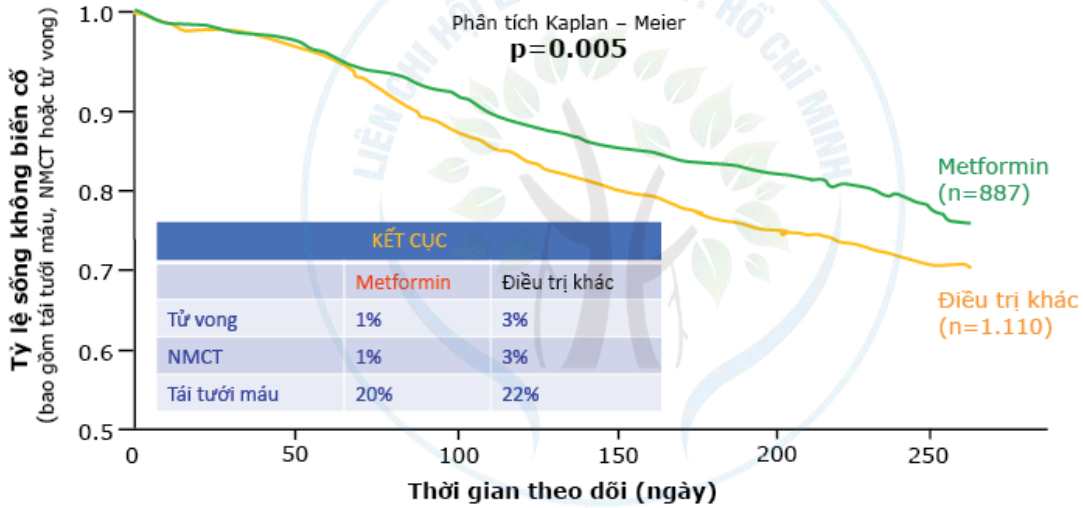


TLTK: UKPDS 34, Lancet 1998; 352: 854-65/ UKPDS 80, NEJM 2008; 359: 1577-89

TLTK: UKPDS 34, Lancet 1998; 352: 854-65/ UKPDS 80, NEJM 2008; 359: 1577-89

METFORMIN:

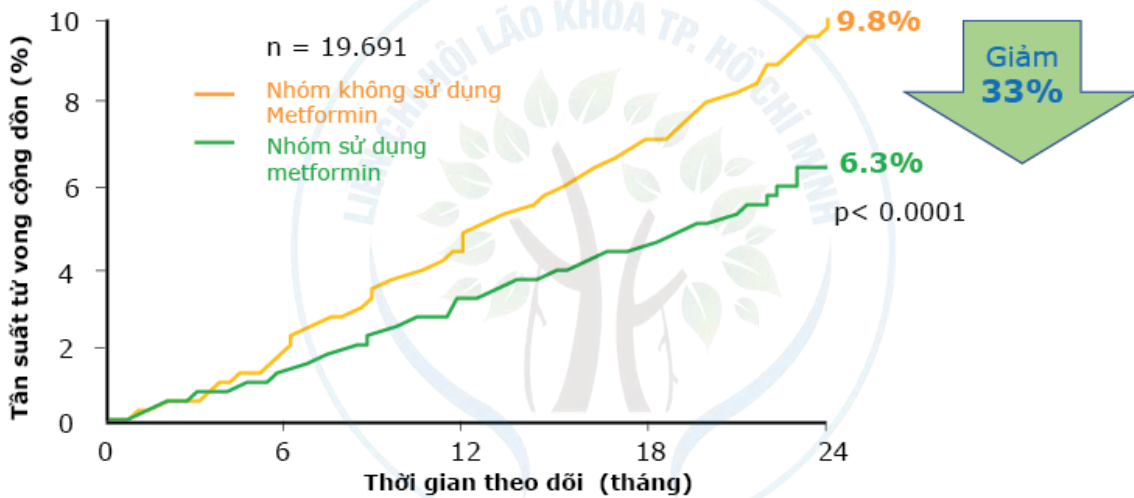
Cải thiện sống còn ở BN ĐTD can thiệp mạch vành



TLTK: Kao et al. Am J Cardiol 2004; 93:1347-50

METFORMIN:

Giảm tử vong ở BN Đái tháo đường típ 2 có bệnh lý tim mạch*



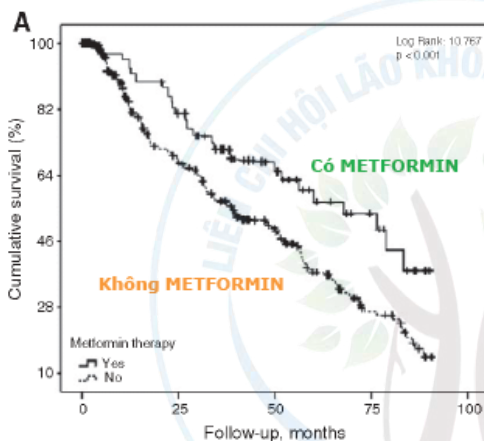
(*) Bệnh ĐMV, bệnh mạch máu não hoặc bệnh động mạch ngoại biên

TLTK: Rousell et al. Arch Intern Med. 2010;170:1892-1899

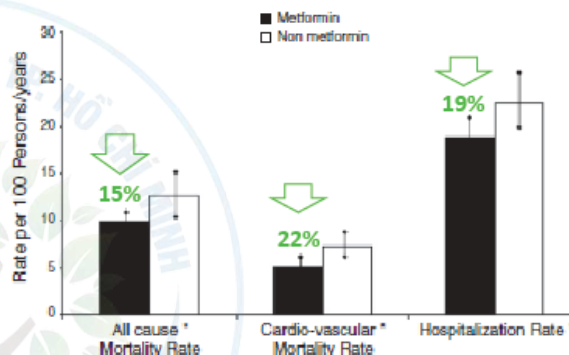
METFORMIN:

Giảm tử vong TM ở BN ĐĐT típ 2 mới chẩn đoán có suy tim

Nghiên cứu
PROSPECTIVE
(9 năm)



No. at risk	0	25	50	75	100
Metformin therapy, yes	592	474	391	326	213
Metformin therapy, no	592	390	296	181	77



Rates are during follow-up among propensity-matched patients with heart failure and new-onset diabetes mellitus.
* P < 0.001 for all cause mortality and for cardiovascular mortality of therapy with Metformin vs Non therapy with metformin.

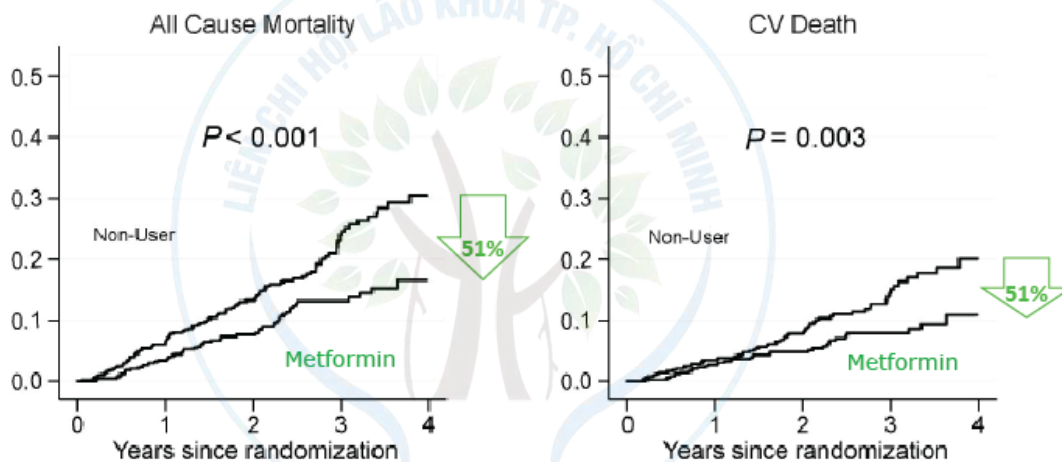
Fig. 2. Age- and sex-adjusted rates of mortality and hospitalization among patients with heart failure and new-onset diabetes mellitus, by therapy with metformin.

Conclusion: Metformin therapy is associated with a reduced mortality of heart failure patients with new-onset diabetes mellitus, mainly due to a decreased cardiovascular mortality, and with a lower hospitalization rate. Nevertheless, CMet was not associated with an improved prognosis of HF patients with a mean HbA1c = <7.0%.

TLTK: Romero SP. Int J Cardiol 2011; doi 10.1016/j.ijcard.2011.10.141

METFORMIN:

Cải thiện biến cố tim mạch ở BN ĐĐT có suy thận mạn



Numbers at risk	0	1	2	3	4
Non-User	508	467	341	144	37
Metformin	508	480	345	159	34

Diabetes Obes Metab. 2019;21:1199-1208

NGHIÊN CỨU THẾ GIỚI THỰC :
NGUY CƠ TỬ VONG VÀ SUY TIM
Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Típ 2
ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐƠN TRỊ VỚI METFORMIN HOẶC KHÔNG METFORMIN

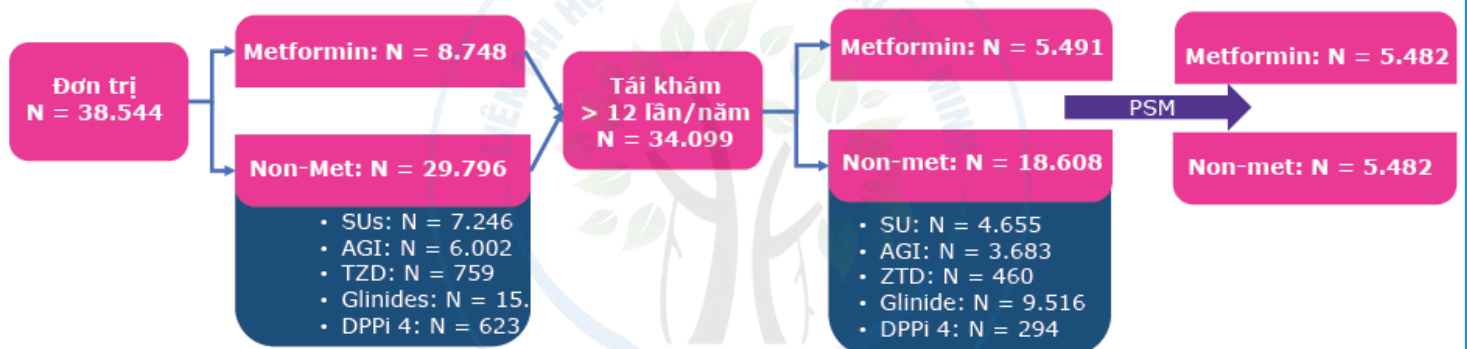
Siyao He, Xin Qian, Yanyan Chen , Xiaoxia Shen , Bo Zhang , Xiaoping Chen, Xiangjin Xu , and Guangwei Li

Published 11 June 2021

Research Article

THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU

 Nghiên cứu hồi cứu, quan sát tại 24 BV
ở Trung Quốc từ 1/2011 – 12/2016



Trung vị thời gian theo dõi: 2,02 năm



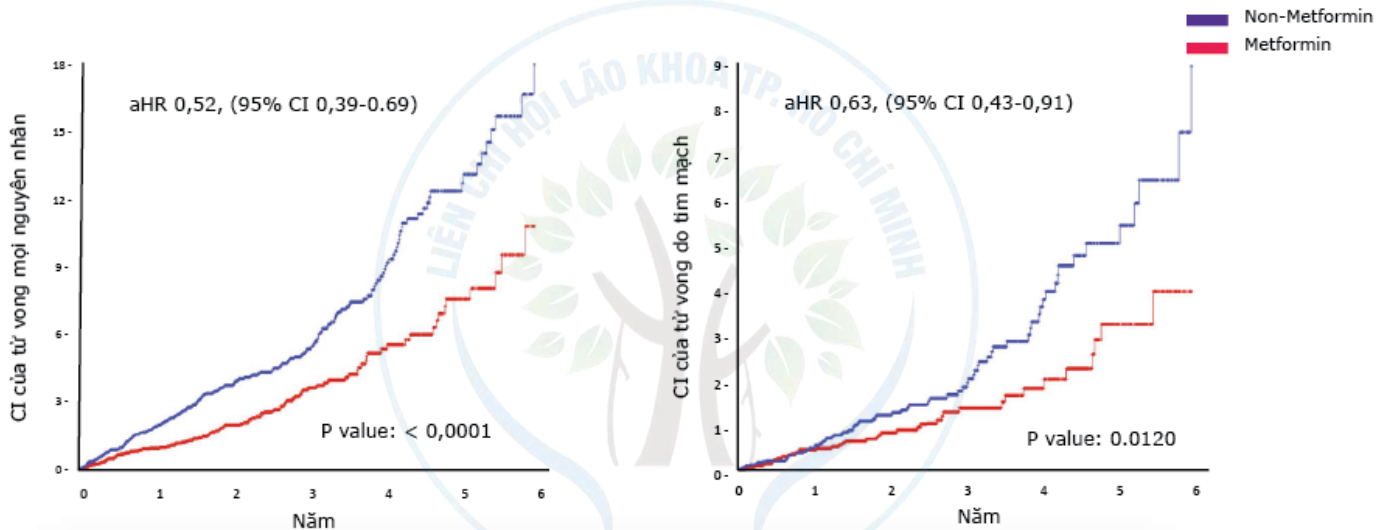
Kết cục chính:
Tử vong mọi nguyên nhân

Siyao H. et al. Jun 2021

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

Research Article

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

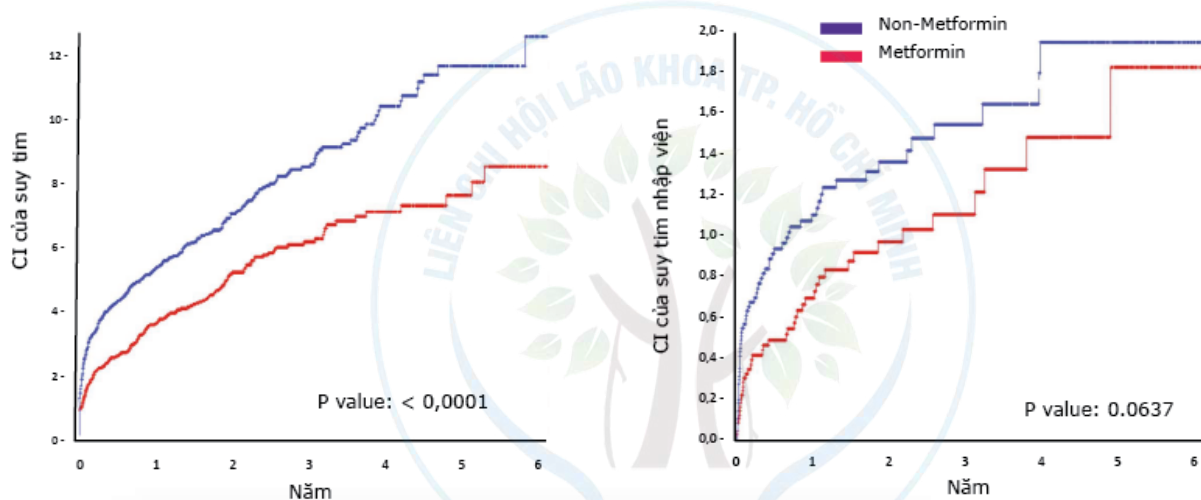


Metformin đơn trị bước 1 làm giảm 48% nguy cơ tử vong mọi nguyên nhân và giảm 37% nguy cơ tử vong do tim mạch so với điều trị không có Metformin

Siyao H. et al. Jun 2021

Research Article

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:



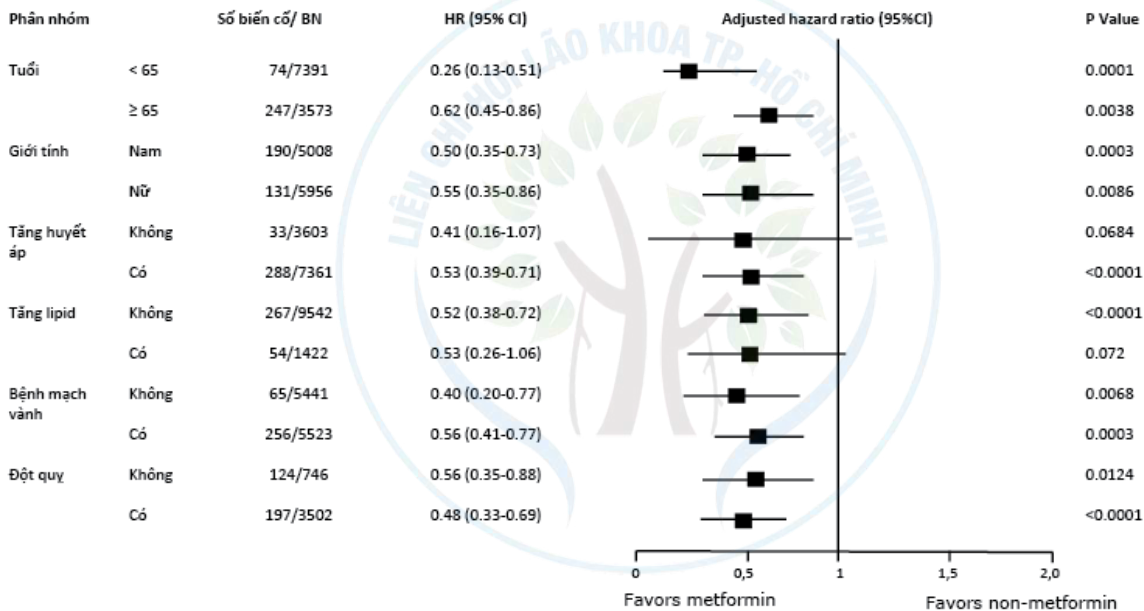
Metformin đơn trị bước 1 làm giảm suy tim và suy tim nhập viện so với điều trị không có Metformin

Siyao H. et al. Jun 2021

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

Research Article

KẾT QUẢ PHÂN TÍCH DƯỚI NHÓM: GIẢM NGUY CƠ TỬ VONG TRÊN HẦU HẾT CÁC PHÂN NHÓM



Siyao H. et al. Jun 2021

WHO: **Metformin và danh mục thuốc thiết yếu**



2010s

Năm 2011 WHO đưa Metformin vào danh mục thuốc thiết yếu toàn cầu

Năm 2018 Bộ y tế Việt nam danh mục thuốc thiết yếu

BỘ Y TẾ
CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc
Số: 19/2018/TT-BYT Hà Nội, ngày 30 tháng 8 năm 2018

THÔNG TƯ

BAN HÀNH DANH MỤC THUỐC THIẾT YẾU

Căn cứ Luật dược số 105/2016/QH13 ngày 06 tháng 4 năm 2016;

Căn cứ Nghị định số 75/2017/NĐ-CP ngày 20 tháng 6 năm 2017 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý Y, Dược cổ truyền, Cục Quản lý Dược;

Đô trưởng Bộ Y tế ban hành Thông tư Ban hành danh mục thuốc thiết yếu.

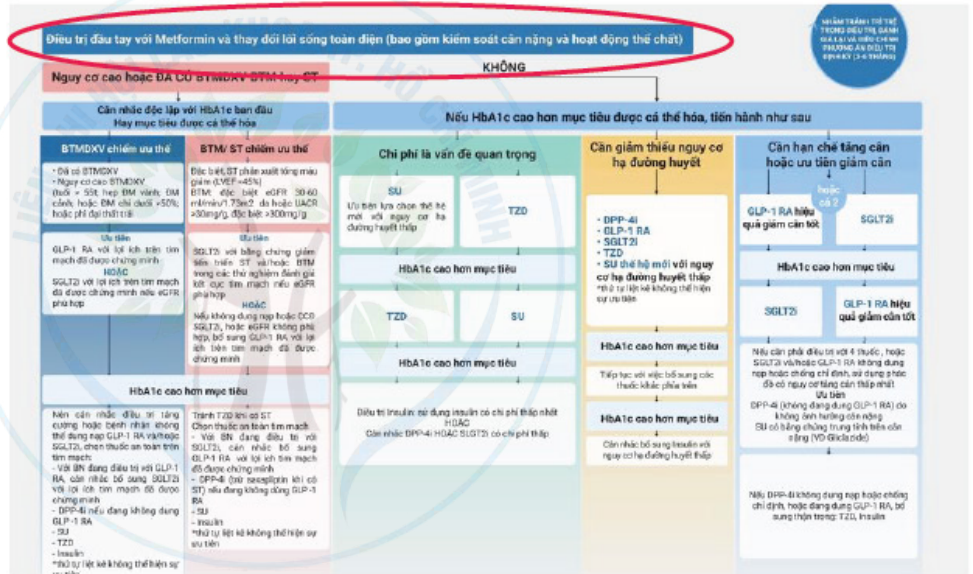
5. Insulin và thuốc hạ đường huyết				
344	Acarbose	Uống	Viên	50mg, 100mg
345	Glibenclamid	Uống	Viên	2,5mg, 5mg
346	Gliclazid	Uống	Viên	30mg, 80mg
347	Insulin	Tiêm	Dung dịch	40 IU/ml, 100 IU/ml
348	Insulin (tác dụng trung bình)	Tiêm	Hỗn dịch với kẽm hoặc Isophan Insulin	100 IU/ml, 40 IU/ml
349	Metformin	Uống	Viên	500mg, 850mg

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

Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ típ 2 năm 2020

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

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐẠI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2
(Ban hành kèm theo Quyết định số 102/2017/QĐ-BYT ngày tháng năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế)



METFORMIN: Nói rộng chỉ định của thuốc

Năm 2014 FDA và EMA nói rộng chỉ định của Metformin trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có suy tim (cho phép sử dụng trong **suy tim mạn ổn định**)

Năm 2016 FDA và EMA đã nói rộng chỉ định của Metformin trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có **suy thận** (CCĐ eGFR <30 ml/phút/1.73m² da)

Theo EMA

eGFR	Metformin, mg/ngày	Khuyến nghị
60-45	2,000	<ul style="list-style-type: none"> Cần kiểm tra eGFR trước khi kê đơn Metformin, tối thiểu 1 lần/năm. Trên bệnh nhân có gia tăng nguy cơ tiến triển suy thận và BN cao tuổi cần kiểm tra chức năng thận thường xuyên hơn, mỗi 3-6 tháng. Các yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm acid lactic cần xem xét trước khi kê đơn metformin. Liều khởi đầu của Metformin khoảng 1/2 liều của liều tối đa.
45-30	1,000	
<30		<ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định

Theo FDA

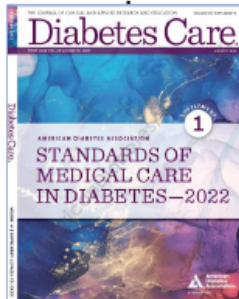
eGFR	Metformin, mg/ngày	Khuyến nghị
>45	2,550	<ul style="list-style-type: none"> Cần kiểm tra chức năng thận mỗi năm 1 lần
45-30	2,550	<ul style="list-style-type: none"> Khởi trị với Metformin không được khuyến nghị Đánh giá lợi ích và nguy cơ của việc duy trì Metformin trên bệnh nhân đang được điều trị với Metformin.
<30		<ul style="list-style-type: none"> Chống chỉ định

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

METFORMIN:

Lựa chọn điều trị bước 1 ĐTĐ típ 2 trong tất cả các khuyến cáo

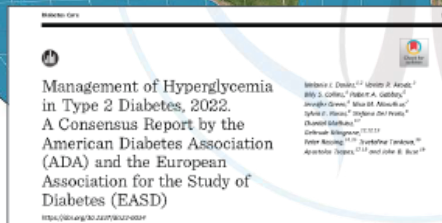
Hướng dẫn ADA
(Hội ĐTĐ Hoa Kỳ)



Hướng dẫn IDF
(Liên đoàn ĐTĐ Thế giới)

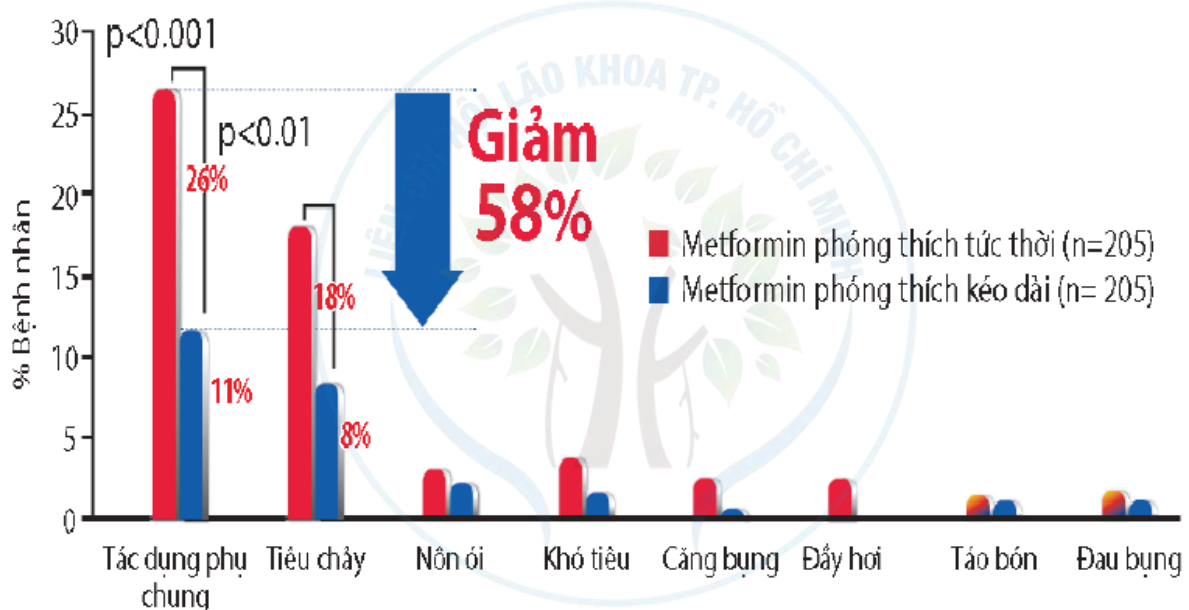


Đồng thuận ADA/EASD
(Hội N/C ĐTĐ châu Âu)



Hướng dẫn Hội Nội Tiết & ĐTĐ VN

Dạng bào chế XR cải thiện tác dụng phụ đường tiêu hóa



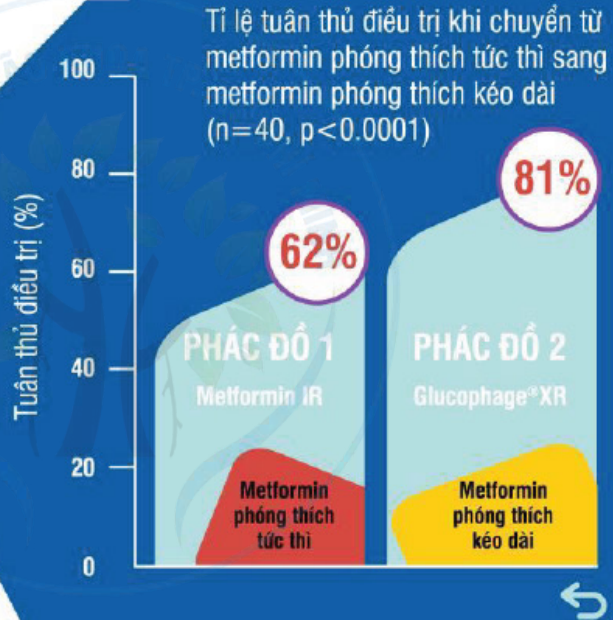
TLTK: Blond et al. Cur Mer Res Opin 2004, 20(4):565-572

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

Dạng bào chế XR tăng tuân thủ điều trị



Donnelly LA. Diabetes, Obesity and Metabolism 2009;11:338-342



Tài liệu sử dụng nội bộ - VNM/MULD/0718/0016

Những điểm cốt lõi

- Metformin là thuốc điều trị ĐTĐ đầu tiên và cũng là thuốc được sử dụng lâu nhất cho tới hiện nay.
- Đơn trị Metformin:
 - * Kiểm soát ĐH tốt.
 - * Trung tính trên cân nặng.
 - * Giảm được các kết cục TM ở bệnh nhân ĐTĐ
- Phối hợp: Metformin là thuốc cơ bản khi phối hợp thuốc trong các nghiên cứu các nhóm thuốc mới
- Hiện tại: Metformin là thuốc đầu tiên trong các khuyến cáo điều trị ĐTĐ.
- Metformin : chỉ định điều trị tiên ĐTĐ ở nhiều quốc gia trên thế giới, giảm thiểu nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ.

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

Trân trọng cảm ơn Quý Thầy Cô

