

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



Phòng ngừa sớm biến chứng tim mạch thận ở người cao tuổi

PGS. TS. BS Lê Đình Thanh
Giám Đốc BV Thống Nhất
Phó Trưởng Bộ Môn Lão Khoa ĐHY Phạm Ngọc Thạch

WHO: Bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong và gánh nặng y tế hàng đầu



World Health Organization



JACC
JOURNAL OF THE AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGY

THE GLOBAL CARDIOVASCULAR DISEASE (CVD) CRISIS

Cardiovascular disease
is the world's biggest killer, claiming
17.7 million
lives per year
1/3 prematurely under 70 years.

This number
is steadily
increasing

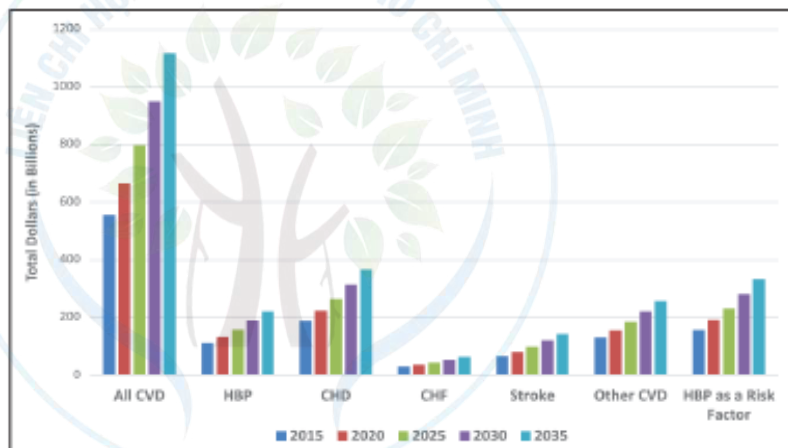


80% of all CVD
deaths
are from heart attacks and strokes



75% occur in
developing
countries

Premature deaths from heart attacks and strokes
threaten global health and development.



Projected total costs of CVD, 2015 to 2035 (2015 dollars in billions) in the United States.

[https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
Circulation. 2018;137:e87–e492/ The Lancet 2016; 388(10053):1459–544

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

Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022

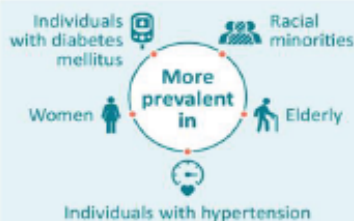
kidney
INTERNATIONAL
supplements



Extremely common

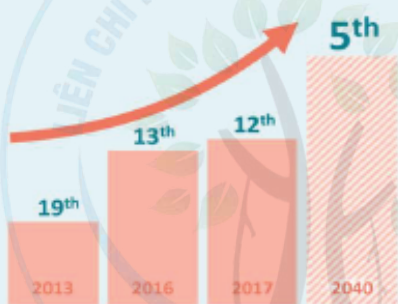
843,6 Million
in 2017

Approximately **1 in 10**



Increasing death rate

+41.5% 1990 to 2017



Rank in cause of death

Large burden in low- and middle-income countries



Among the **top 10 causes** of death in Singapore, Greece, and Israel

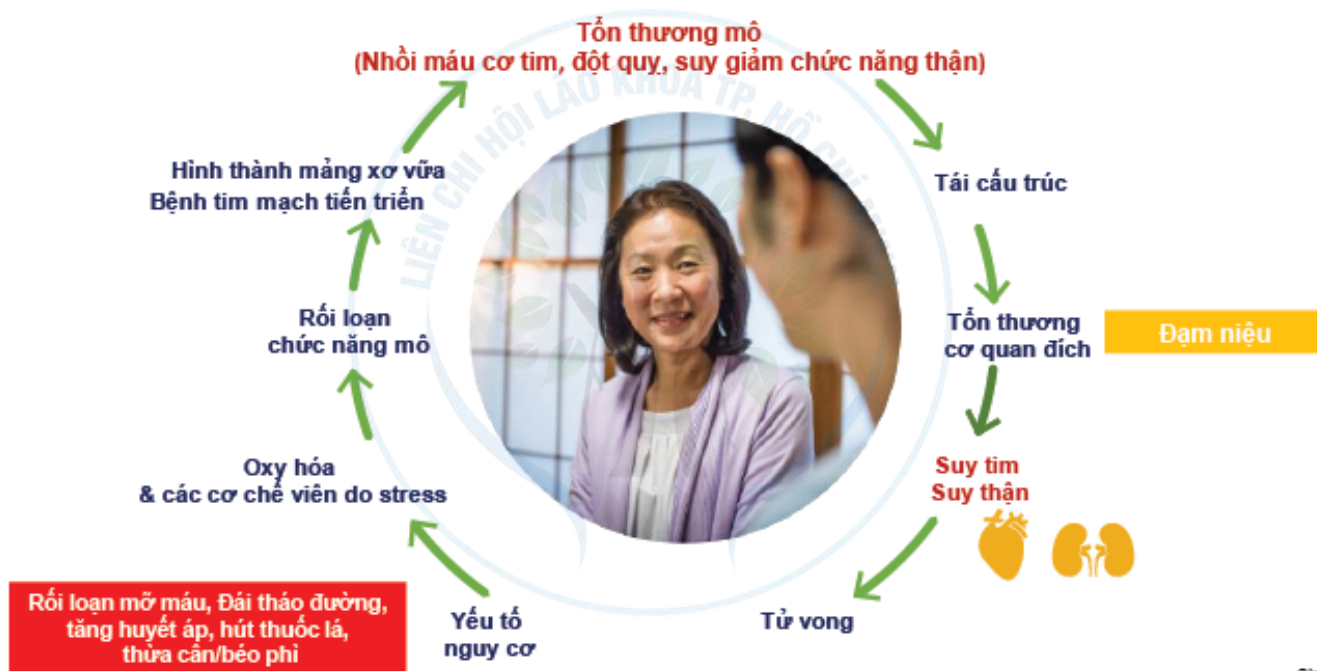
Kovesdy, 2022

CONCLUSION

Chronic kidney disease (CKD) occurs frequently and has devastating consequences. This should prompt major efforts to develop preventative and therapeutic measures that are effective. The aim of these measures should be lowering the incidence of CKD and slowing its progression.

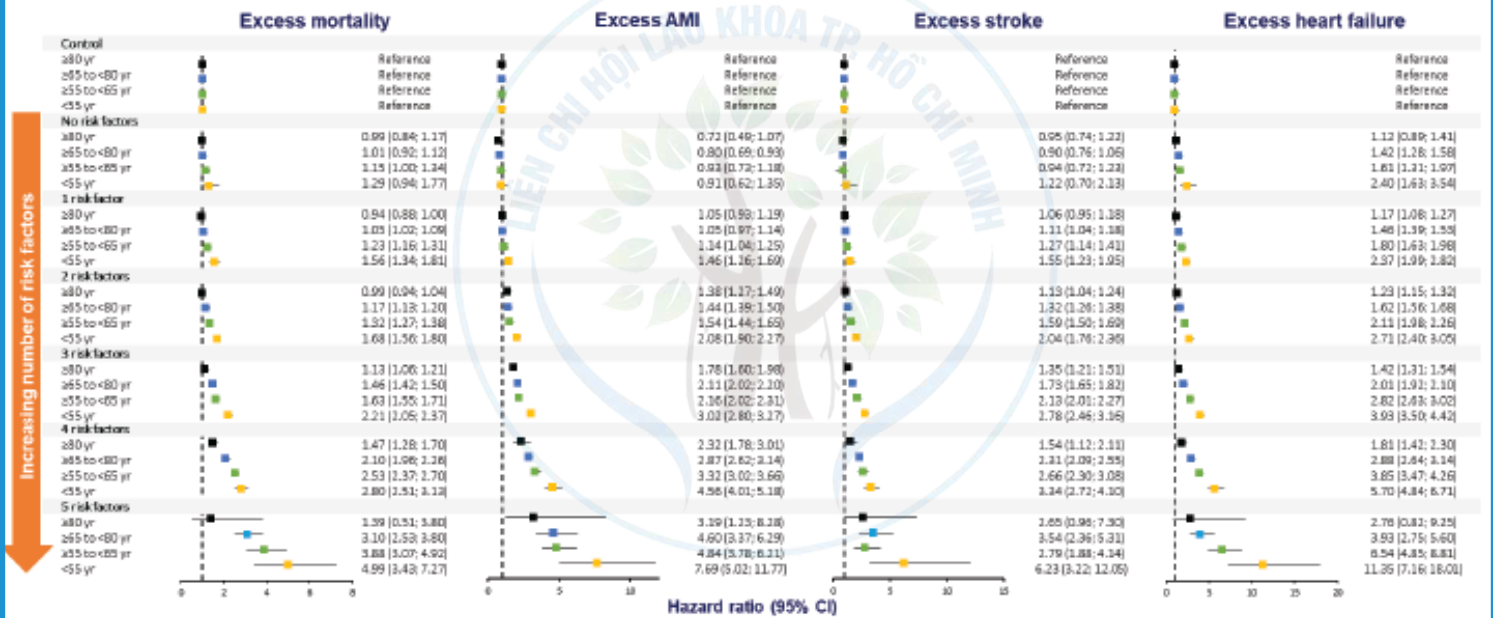
Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022
Csaba P. Kovesdy
<https://doi.org/10.1016/j.kisu.2021.11.003>

Biến cố Tim mạch đều bắt đầu từ các yếu tố nguy cơ



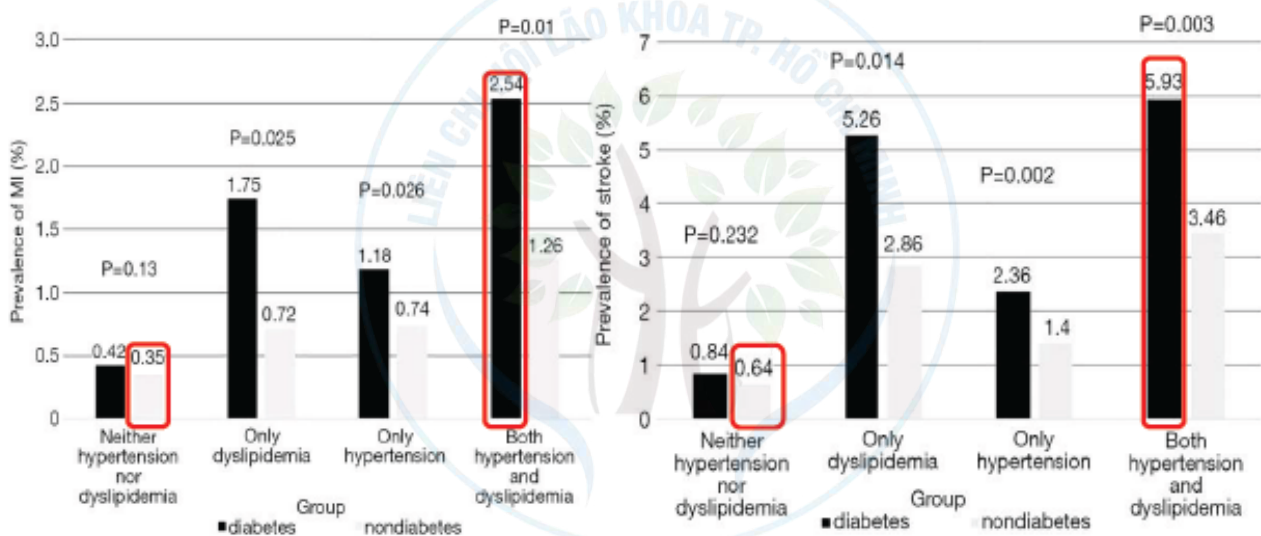
Circulation
Volume 114, Issue 25, 19 December 2006, Pages 2850-2870

Kiểm soát càng nhiều yếu tố nguy cơ ngay khi còn trẻ Tỷ lệ biến cố tim mạch và tử vong càng thấp

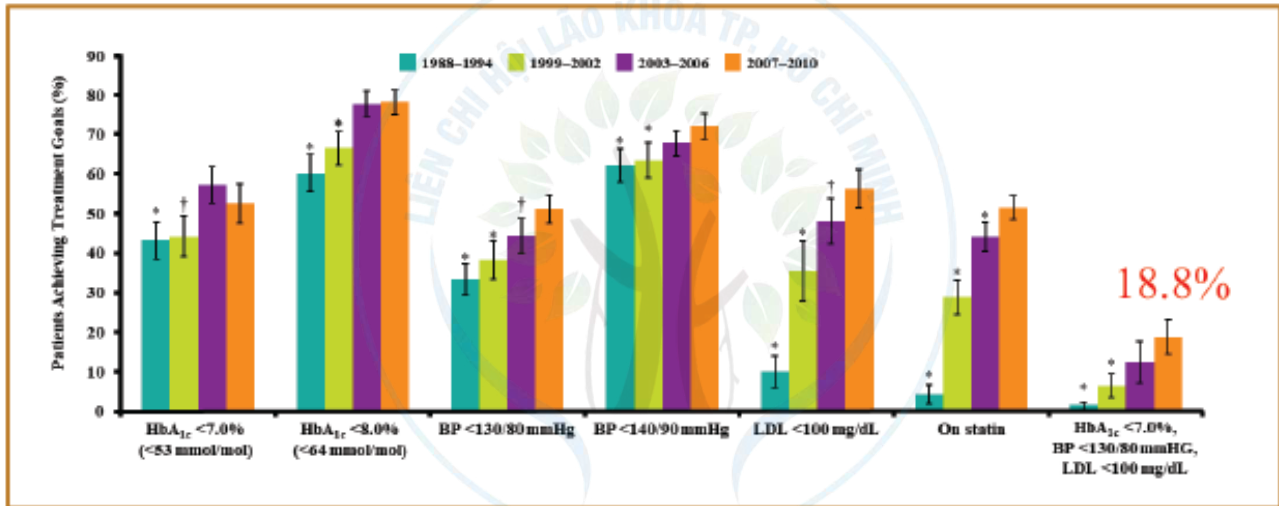


*Risk factors: HbA_{1c}, LDL cholesterol, blood pressure, microalbuminuria, smoking
AMI, acute myocardial infarction; CI, confidence interval; LDL, low density lipoprotein; yr, year
Rawshani et al. N Engl J Med 2018;379:633

Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu đơn độc hay đồng thời làm tăng cao nguy cơ NMCT và đột quỵ trên BN Đái tháo đường



Tỉ lệ bệnh nhân kiểm soát tốt cả 3 yếu tố nguy cơ còn rất thấp



Adapted from Stark Casagrande S, et al. 2013

*P<0.01, estimates are compared with those of 2007-2010. †P<0.05, estimates are compared with those of 2007-2010.

BP, blood pressure; HbA_{1c}, glycated hemoglobin; LDL, low-density lipoprotein; T2DM, Type 2 diabetes mellitus

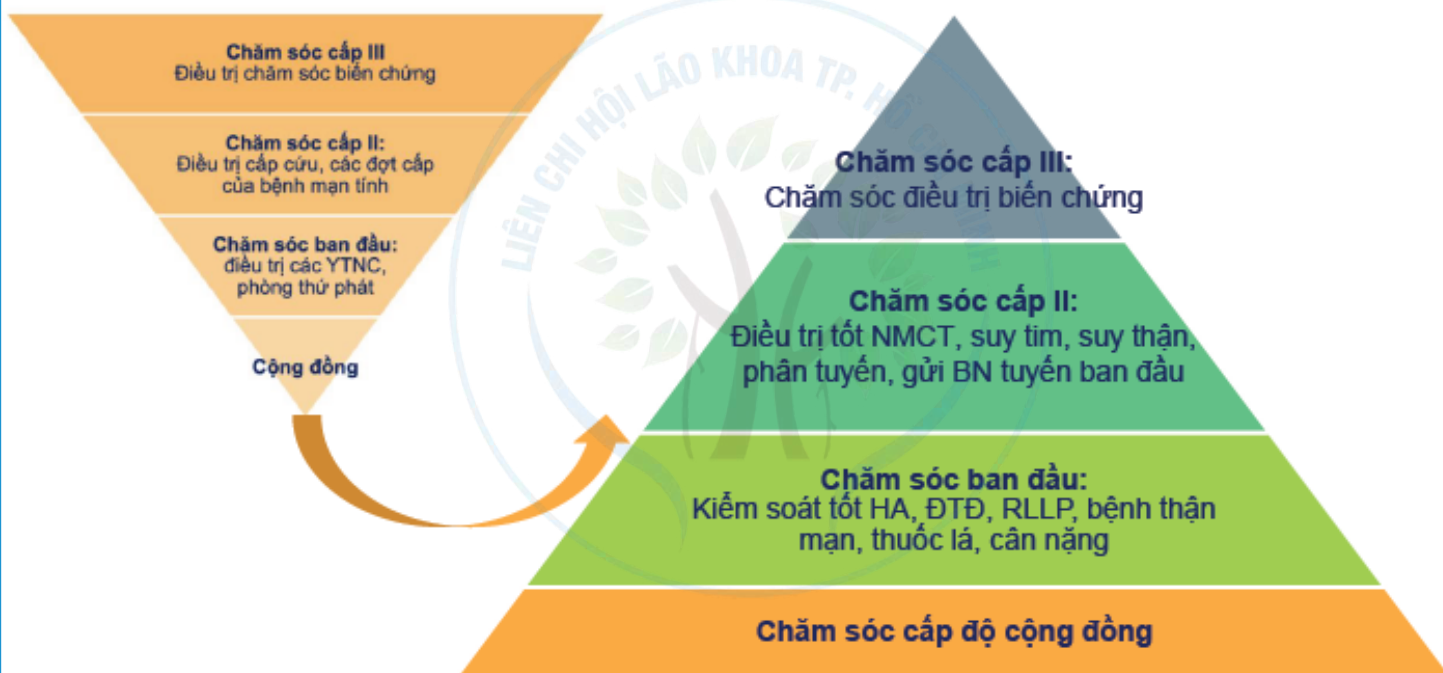
American Diabetes Association. Stark Casagrande S, et al. *Diabetes Care* 2013;36:2271-2279. Copyright and all rights reserved. Material from this publication has been used with the permission of American Diabetes Association.

Làm sao để cải thiện?

Thực trạng mô hình chăm sóc sức khỏe tim mạch thận hiện nay ở Việt Nam?



Cần đảo ngược mô hình này, nhất là đối với bệnh nhân cao tuổi

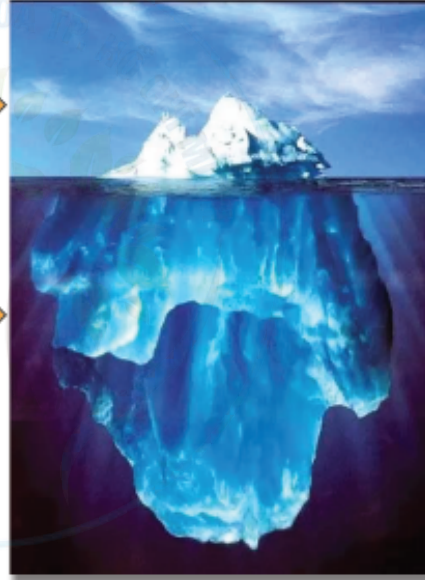


Chúng ta đã đánh giá đúng nguy cơ Tim mạch tiềm ẩn của bệnh nhân ?

Đột quỵ & nhồi máu cơ tim chỉ
là phần nổi

Nguy cơ tiềm ẩn:

- Béo phì
- Ít hoạt động thể lực
- Dinh dưỡng không hợp lý
- Thuốc lá
- **Tăng huyết áp**
- **Tăng đường huyết**
- **Tăng lipid máu**
- Ô nhiễm không khí
- Đói nghèo



“The **good** physician treats the **disease**;
the **great** physician treats the **patient** who has the disease.”

Sir William Osler

CA LÂM SÀNG

Bệnh sử:

- Bệnh nhân nam, 67 tuổi
- Tiền căn:
 - Đái tháo đường type 2: 5 năm
 - Tăng huyết áp: 3 năm
 - Rối loạn lipid máu
 - Hút thuốc lá 20 gói năm, đã ngưng từ 50 tuổi

Khám lâm sàng:

- Mạch: 70 l/p; Huyết áp: 150/90 mmHg
- Chiều cao: 164cm; Cân nặng: 73kg → BMI = 27

Cận lâm sàng:

- Đường huyết đói: 183 mg/dL; HbA1c: 8.0%
- Creatinin máu: 1.4 mg/dL; eGFR: 53 ml/phút
- Cholesterol TP/LDLc: 200/140 mg/dL
- AST/ALT: 40/38 UI
- Nước tiểu: UACR 90 mg/g
- ECG: nhịp xoang 70 lần/phút
- Siêu âm tim: trong giới hạn bình thường

13

Tóm tắt vấn đề của bệnh nhân

1. Đái tháo đường 5 năm chưa kiểm soát tốt
2. Tăng huyết áp
3. Rối loạn lipid máu
4. Bệnh thận mạn giai đoạn 3A, vi đạm niệu
5. Thừa cân

NGUY CƠ TIM MẠCH 10 NĂM CỦA BỆNH NHÂN



ASCVD Risk Estimator Plus

Estimate Risk

Therapy Impact

Advice

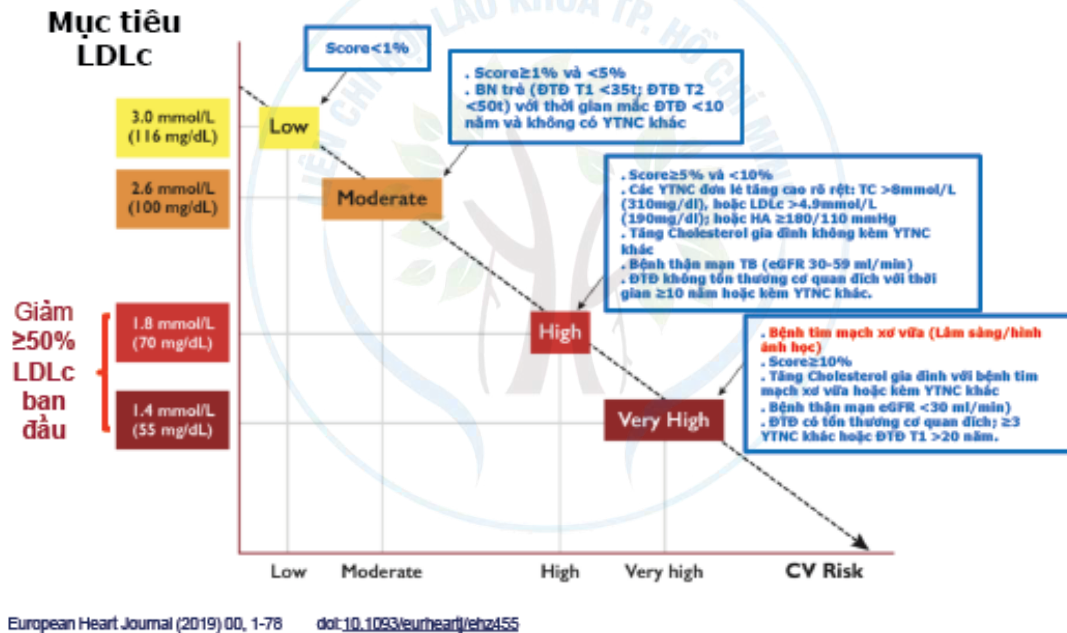
41.9%
High

Current 10-Year
ASCVD Risk^{xx}

Optimal ASCVD Risk: 10.4%

Lifetime Risk Calculator only provides lifetime risk estimates for individuals 40 to 59 years of age.

Khuyến cáo điều trị ESC 2019



2018 ESC/ESH Hypertension Guidelines

Office BP treatment target range

Age group	Office SBP treatment target ranges (mmHg)					Diastolic treatment target range (mmHg)
	Hypertension	+ Diabetes	+ CKD	+ CAD	+ Stroke/TIA	
18–65 years	Target to 130 or lower if tolerated Not < 120	Target to 130 or lower if tolerated Not < 120	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to 130 or lower if tolerated Not < 120	Target to 130 or lower if tolerated Not < 120	< 80 to 70
65–79 years	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	< 80 to 70
≥ 80 years	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	Target to < 140 to 130 if tolerated	< 80 to 70
Diastolic treatment target range (mmHg)	< 80 to 70	< 80 to 70	< 80 to 70	< 80 to 70	< 80 to 70	

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

CV risk categories in patients with DM



Very high-risk	Patients with DM and established CVD or other target organ damage ^a or three or more major risk factors ^b or early onset T1DM of long duration (>20 years)
High-risk	Patients with DM duration ≥ 10 years without target organ damage plus any other additional risk factor
Moderate-risk	Young patients (T1DM <35 years; T2DM <50 years) with DM duration <10 years, without other risk factors

^aProteinuria, renal impairment defined as eGFR < 30mL/min/1.73m², left ventricular hypertrophy, or retinopathy.

^bAge, hypertension, dyslipidaemia, smoking, obesity

www.escardio.org/guidelines

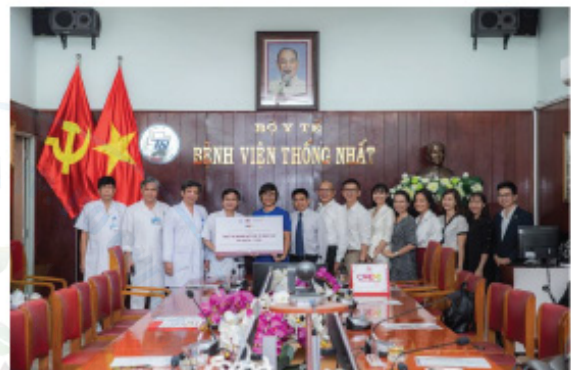
ESC Guidelines on Diabetes, pre-diabetes and cardiovascular diseases in collaboration with EASD (European Heart Journal 2019 - doi/10.1093/eurheartj/ehz486)

©ESC



CAREME

Chương trình Đánh giá Sớm Yếu tố nguy cơ Tim mạch – Thận



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

Kết quả triển khai tại bệnh viện Thống Nhất

Số bệnh nhân:	1814
- Nam	62%
- Nữ	38%
Tuổi trung bình	69,4 ± 11,6
Rối loạn lipid máu	93,9%
Tuổi cao (>60)	84,2%
Tăng huyết áp	92,9%
Đái tháo đường	73,5%
TMCT	48,3%
HA tâm thu (1685 BN THA)	3,5 ± 4,5 mmHg
Đường huyết (1334 BN ĐTĐ)	0,7 ± 0,5 mmol/L
HbA1c (1334 BN ĐTĐ)	0,2 ± 0,3 %

Kết quả đánh giá yếu tố nguy cơ Tim Mạch

	Nguy cơ TM thấp, trung bình	Nguy cơ TM cao	Nguy cơ TM rất cao	p
Tăng huyết áp	177 (74,4%)	306 (91,6%)	1202 (96,8%)	< 0,01
Không THA	61 (25,6%)	28 (8,4%)	40 (3,2%)	
ĐTĐ	61 (25,6%)	306 (91,6%)	967 (77,9%)	< 0,01
Không ĐTĐ	177 (74,4%)	28 (8,4%)	275 (22,1%)	
TMCT	9 (3,8%)	13 (3,9%)	854 (68,8%)	< 0,01
Không TMCT	299 (96,2%)	321 (96,1%)	388 (41,4%)	
RLLM	180 (75,6%)	316 (94,6%)	1207 (97,2%)	< 0,01
Không RLLM	58 (24,4%)	18 (5,4%)	35 (2,8%)	
< 40 tuổi	20 (8,4%)	4 (1,2%)	72 (0,6%)	< 0,01
40 - 59 tuổi	67 (28,2%)	82 (24,6%)	106 (8,5%)	
≥ 60 tuổi	151 (63,4%)	248 (74,3%)	1129 (94,9%)	
TOTAL	5%	15%	70%	

- Hơn 70% BN có YTNC Tim mạch CAO & RẤT CAO
- Ở các mức độ nguy cơ tim mạch cao hoặc rất cao, Đái tháo đường chiếm tỉ lệ ưu thế so với BN không có ĐTĐ (p<0,01)
- Trong khi ở mức độ nguy cơ tim mạch thấp BN không ĐTĐ chiếm tỉ lệ cao hơn.

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

Kết quả đánh giá yếu tố nguy cơ Thận

	Nguy cơ thận thấp, trung bình	Nguy cơ thận cao	Nguy cơ thận rất cao	p
Tăng huyết áp Không THA	1218 (91,0%) 120 (9,0%)	412 (98,3%) 7 (1,7%)	55 (96,5%) 2 (3,5%)	< 0,01
ĐTĐ Không ĐTĐ	912 (68,2%) 426 (31,8%)	372 (88,8%) 47 (11,2%)	50 (87,7%) 7 (12,3%)	< 0,01
TMCT Không TMCT	492 (36,8%) 846 (63,2%)	347 (82,8%) 72 (17,2%)	37 (64,9%) 20 (35,1%)	< 0,01
RLLM Không RLLM	1233 (92,2%) 105 (1,8%)	414 (98,8%) 5 (1,2%)	56 (98,2%) 1 (1,8%)	< 0,01
< 40 tuổi 40 - 59 tuổi ≥ 60 tuổi	31 (2,3%) 224 (16,8%) 1083 (80,9%)	0 (0%) 28 (6,7%) 391 (93,3%)	0 (0%) 3 (5,3%) 54 (94,7%)	< 0,01

- Ở tất cả các mức độ nguy cơ thận (thấp, trung bình, cao, rất cao) BN có Đái tháo đường, Tăng huyết áp và Rối loạn mỡ máu chiếm ưu thế nhất ($p < 0,01$) là các yếu tố nguy cơ hàng đầu ảnh hưởng đến chức năng thận

Cải thiện các chỉ số HA tâm thu, đường huyết, HbA1c sau 3 tháng đánh giá yếu tố nguy cơ

	Cải thiện	P
HA tâm thu (1685 BN THA)	3,5 ± 4,5 mmHg	< 0,01
Đường huyết (1334 BN ĐTĐ)	0,7 ± 0,5 mmol/L	< 0,01
HbA1c (1334 BN ĐTĐ)	0,2 ± 0,3 %	< 0,01

- Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng, các chỉ số **huyết áp tâm thu, đường huyết, HbA1c đều giảm** ($p < 0,01$)
- Việc đánh giá sớm các mức độ nguy cơ tim mạch thận qua chương trình **CAREME** giúp nhân viên y tế tư vấn giải thích bệnh nhân thuận lợi và hiệu quả, bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt và đạt hiệu quả điều trị.

ADA 2022: Tiếp cận đa yếu tố để giảm nguy cơ biến chứng Đái tháo đường

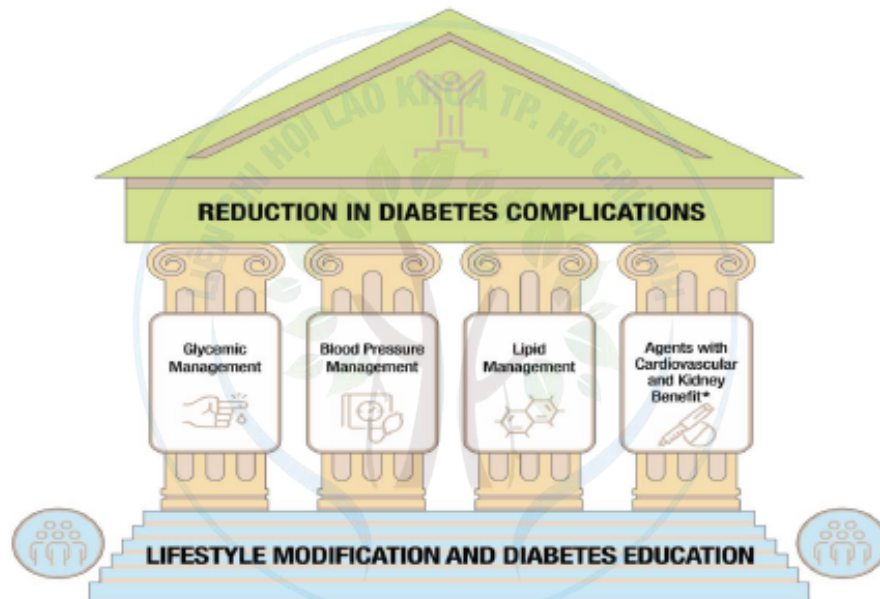


Figure 10.1—Multifactorial approach to reduction in risk of diabetes complications. *Risk reduction interventions to be applied as individually appropriate.

Diabetes Care 2022;45(Supplement_1):S144–S174
<https://doi.org/10.2337/dic22-S010>

ADA 2022:

Quản lý các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân Đái tháo đường cao tuổi

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)	<140/90 mmHg	Statin unless contraindicated or not tolerated
Complex/ intermediate (multiple coexisting chronic illnesses* or 2+ 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)	<140/90 mmHg	Statin unless contraindicated or not tolerated
Very complex/poor health (LTC or end- stage chronic illnesses** or moderate-to-severe cognitive impairment or 2+ 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)	<150/90 mmHg	Consider likelihood of benefit with statin

Diabetes Care 2022;45(Supplement_1):S195–S207
<https://doi.org/10.2337/dic22-S013>

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

Dữ liệu trên thận của nhóm ức chế SGLT2i trên bệnh nhân ĐTĐ type 2

Trial	EMPA-REG	CANVAS Program	DECLARE-TIMI 58	CRENDENCE	DAPA-CKD
Intervention	Empagliflozin/placebo	Canagliflozin/placebo	Dapagliflozin/placebo	Canagliflozin/placebo	Dapagliflozin/placebo
Population	n=7020, T2DM >99% eCVD	n=10142, T2DM MRF: 34.4%; ECVD: 65.6%	n=17160, T2DM MRF: 59.4%; ECVD: 40.6%	n=4401 T2DM and CKD	n=2906 T2DM and CKD
Primary endpoint	3-P MACE 0.86 (0.74-0.99)	3-P MACE 0.86 (0.75-0.97)	3-P MACE : 0.93 (0.84-1.03) CV Death/hHF : 0.83 (0.73-0.95)	ESKD, doubling of serum creatinine or renal or CV death: 0.70 (0.59-0.82)	Sustained \geq 50% eGFR decline, ESKD, renal or CV death: 0.64 (0.52-0.79)
Renal endpoint	Worsening nephropathy*: 0.61 (0.53-0.70)	40% reduction in eGFR, ESKD or renal death: 0.60 (0.47-0.77)	\geq 40% decrease in eGFR rate to <60ml/min/1.73m ² , ESRD or death from renal or Renal death: 0.53 (0.43-0.66)		

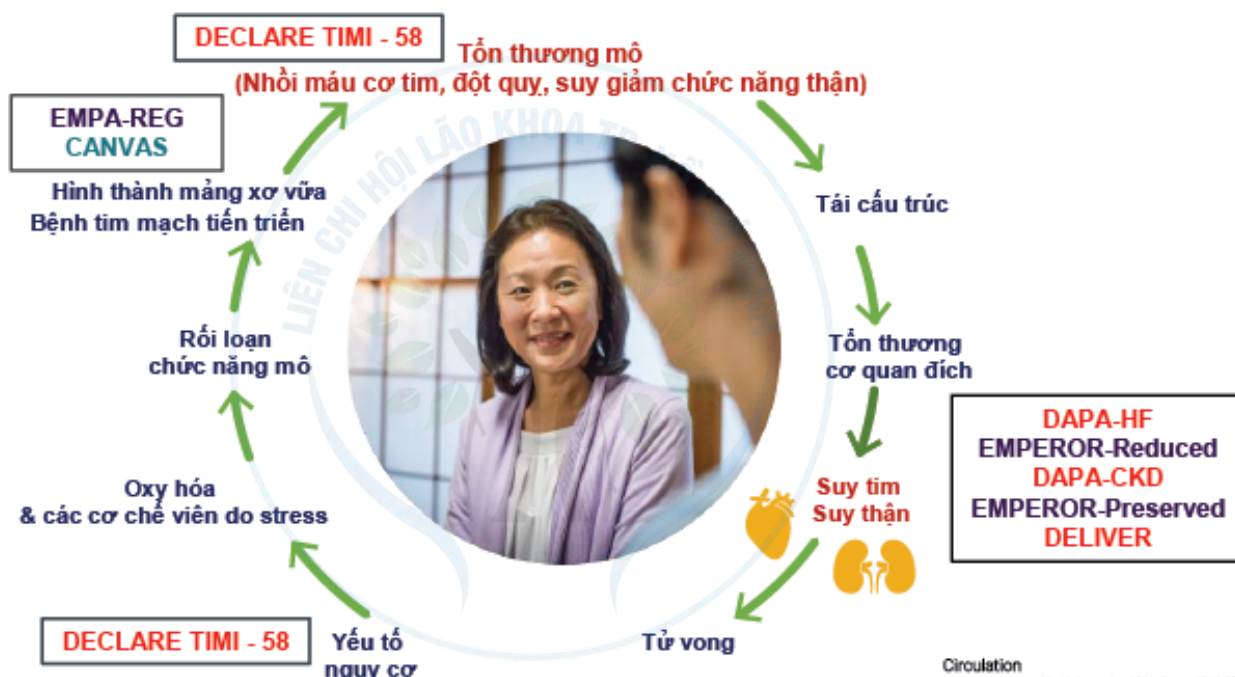
Dapagliflozin được chỉ định trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 nhằm mục tiêu kiểm soát đường huyết. Xin vui lòng xem thêm TTKT chi tiết được phê duyệt tại Việt Nam

(*): progression to macroalbuminuria (UACR >300 mg/g); doubling of the serum creatinine; the initiation of renal-replacement therapy; or death from renal disease

1) Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. Diabetes Care 2020;43(Suppl. 1):S111-S134. 2). Presented during American Diabetes Association (ADA) Virtual 80th Scientific Sessions June 16, 2020

3) N Engl J Med 2019; 380:2295-2306, 4) N Engl J Med 2020; 383:1436-1446

Các nghiên cứu về SGLT2i: Từ BN ĐTĐ type 2 kèm yếu tố nguy cơ đến BN suy tim - suy thận



ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN CHO BỆNH NHÂN NÀY NHƯ THẾ NÀO?



27

