

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



BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC
UNIVERSITY MEDICAL CENTER

MAT-VN-2300508-1.0-04/23
eHATS No : VN23000993

Tối ưu hóa khởi trị liệu pháp tiêm trong thực hành lâm sàng với phối hợp tỷ lệ cố định IGlarLixi

BS. Nguyễn Thành Thuận
Khoa Nội tiết – BV ĐHYD TP.HCM

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN 2023
CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN & ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ NGƯỜI CAO TUỔI
14 - 15 - 16.04.2023 KHÁCH SẠN HALOD - ĐÀ NẴNG



Ca lâm sàng



- Bệnh nhân nam 71 tuổi
- Tiền căn đái tháo đường típ 2 > 15 năm, tăng huyết áp điều trị
 - Metformin 850mg viên x 2
 - Gliclazide 60mg 1.5 viên
 - Peridopril / Amlodipin 5/5 mg 1 viên
 - Rosuvastatin 10mg 1 viên
- Tiền sử:
 - Tiền sử gia đình: chưa ghi nhận bất thường



Ca lâm sàng



- Khám:
 - Mạch 72l/phút, huyết áp 135/80 mmHg
 - Cân nặng 68 kg, chiều cao 160 cm, BMI 26.5 kg/m²
- Xét nghiệm:
 - Glucose 212 mg/dl; đường huyết bất kì 298 mg/dl; HbA1c 9.1%,
 - LDL-c 79 mg/dl, Triglyceride 232 mg/dl
 - Creatinin 0.98 mg/dl CI Cre: 66 ml/phut/1.73m², ACR: 14 mg/g
 - Chức năng gan bình thường
 - ABI: trái: 0.99; phải 0.96; FO: bình thường



Ca lâm sàng



Các vấn đề

- Đái tháo đường típ 2 lâu năm kiểm soát kém (Glucose 212mg/dl, HbA1c 9.1%)
- Tăng huyết áp
- Béo phì

1. Mục tiêu HbA1c cá thể hóa trên bệnh nhân này là bao nhiêu?

- A. < 6.5%
- B. 6.5 – 6.9%
- C. 7 - 8%
- D. > 8%



Ca lâm sàng: Mục tiêu HbA1c

How to Use The A1c Goal Calculator:

Consider adopting an acceptable range of A1c for your patient. This should be based on your experience with the patient and expected variation of A1c measurement depending on the technique (especially blood draw by lab versus point of care testing) and seasonal variation of A1c. When making your decision, also consider what is the lowest possible A1c without having significant side effects; among these, avoiding hypoglycemia is a priority. For example, if you consider a reasonable A1c is less than 8% and your calculation provided a value of 7.3%. You may chose a goal of A1c to be at least less than 8% and better if less than 7.5%; if achievable with no significant side effects. For more info refer to [ABOUT](#)

A1c Control Calculator

Hypoglycemia Risk

Moderate

Reset

Life Expectancy

Long

Important Comorbidities

One

Macro And Adv. Micro Complications

None

Disease Duration

5-20 years

Current A1c

9.1

HbA1c Goal: 7.1%

Mean current plasma glucose
(fasting and post-prandial): 165 mg/dL
Desired reduction in
mean plasma glucose: 66 mg/dL
Goal reduction in HbA1c: 2%

7.1%
↓
2%



Ca lâm sàng



Các vấn đề

- Đái tháo đường típ 2 lâu năm kiểm soát kém (Glucose 212mg/dl, HbA1c 9.1%)
- Tăng huyết áp
- Béo phì

2. Để kiểm soát đường huyết cho bệnh nhân này, nên lựa chọn thể nào:

- Tăng liều Gliclazide thành 120mg.
- Thêm thuốc ức chế men DPP4 hoặc thuốc ức chế kênh SGLT2.
- Thêm insulin nền
- Thêm insulin premixed
- Thêm insulin nền + GLP-1 RA.



Trì hoãn điều trị sớm & tích cực có thể làm tăng nguy cơ tim mạch

Nghiên cứu hồi cứu trên BN ĐTĐ tip 2 được chẩn đoán từ năm 1990, và được theo dõi đến năm 2012

Trì hoãn điều trị tích cực làm tăng nguy cơ mắc các biến cố tim mạch nặng (nhồi máu cơ tim, suy tim và đột quỵ)

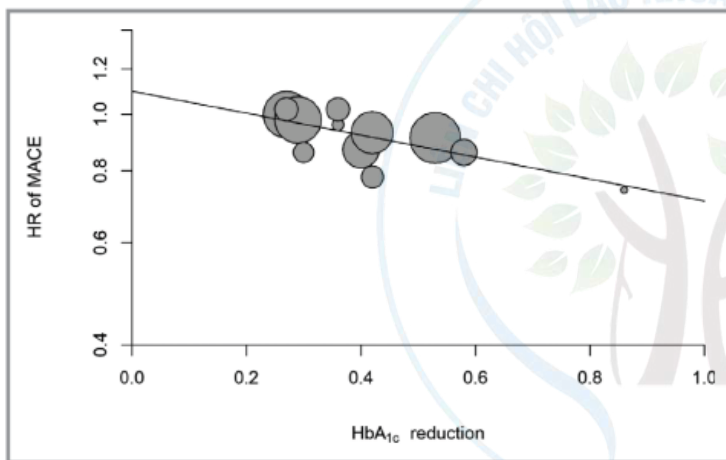
			NMCT	Biến cố TM bất kỳ
Dân số ĐTĐ tip 2 n=110,543 ¹	HbA _{1c} >7% trong 1 năm	Trì hoãn điều trị tích cực trong 6 tháng	26% HR: 1.26 (1.13 - 1.40)	20% HR: 1.2 (1.13 - 1.28)
Dân số ĐTĐ tip 2 n=93,522 ²	HbA _{1c} ≥7% trong 2 năm	Trì hoãn điều trị tích cực trong 1 năm	80% HR: 1.80 (1.45 - 2.22)	64% HR: 1.64 (1.45 - 1.85)

Treatment intensification was adding a second OAD or adding insulin to the first OAD

1. Paul S, et al. *Diabetologia* 2013;56(Suppl1):S534;
2. Paul S, et al. *Cardiovasc Diabetol* 2015 14:100



Meta-regression analysis between reduction of HbA1c and MACE risk in the 12 CVOTs

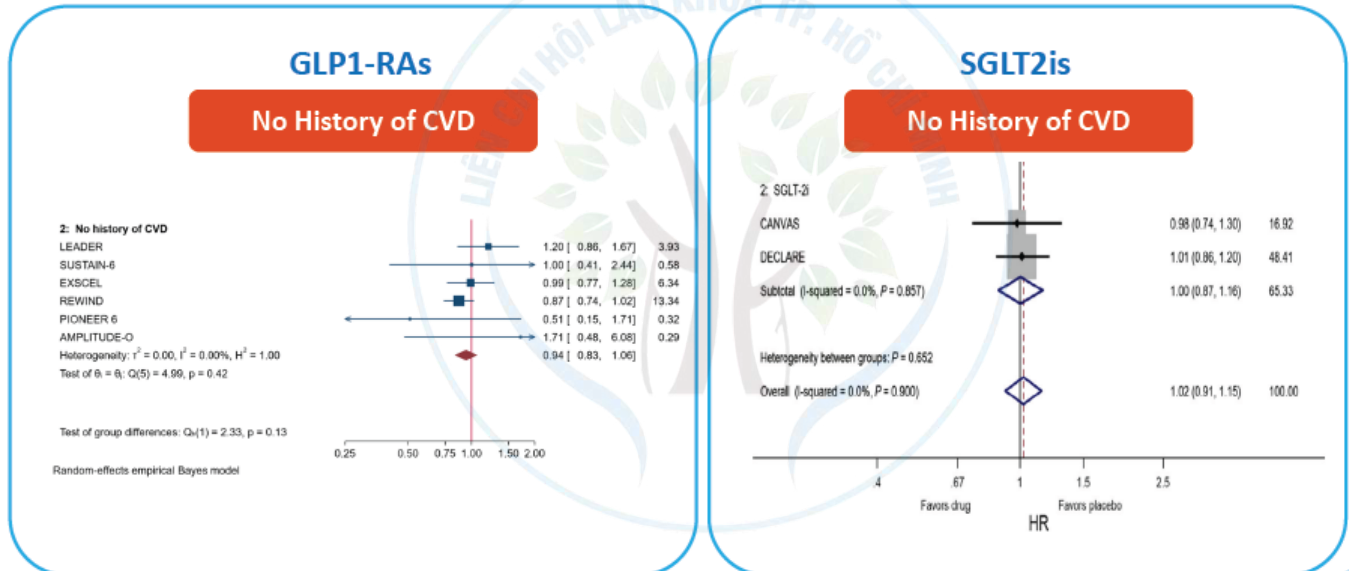


- Significant association between reductions of HbA1c and risk of MACE ($p=0.002$).
- Reduction of MACE expected if all CVOTs had achieved a 0.9% HbA1c reduction would have been 33% (expected $\beta=0.67$, 95% CI 0.49–0.93).

Adapted from Giugliano D, et al. *J Am Heart Assoc.* 2019;8(12):e012356.



MACE outcomes in Type 2 diabetes: Updated Meta-analysis according to CVD at baseline

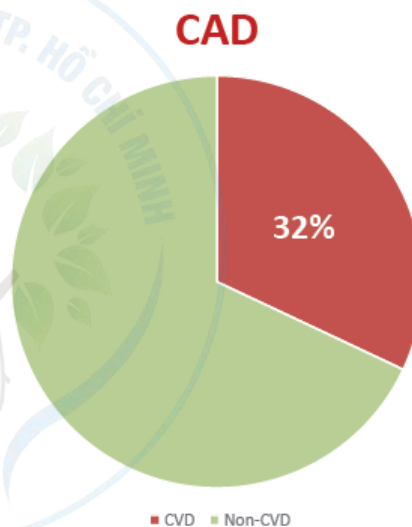


Giugliano et al. Cardiovasc Diabetol (2021) 20:189

Adapted from Giugliano D, et al. J Am Heart Assoc. 2019;8(12):e012356

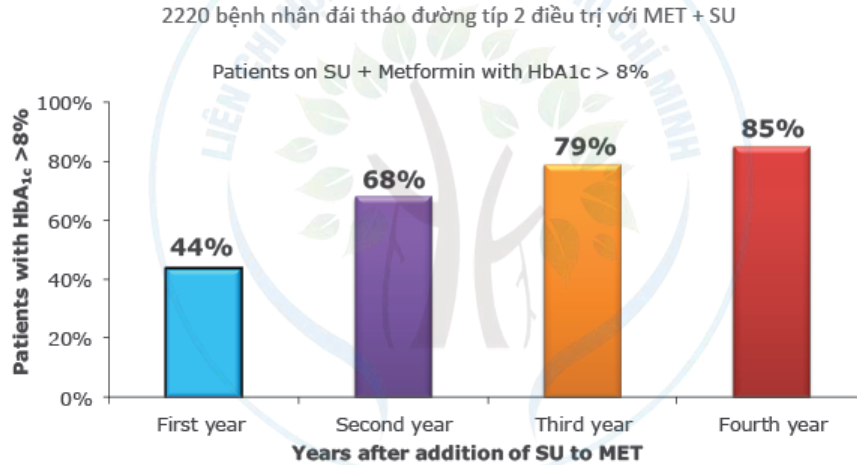
Prevalence of Cardiovascular Disease in T2DM

- 57 articles: Europe (46%), Western Pacific/China (21%), North America (13%)
- 4,549,481 persons with T2DM; Europ (4.3 mill), N Am (170k), WP/China (44k)
- 2007 – 2017



Einarson TR, Acs A, Ludwig C, Panton UH. Prevalence of CVD in type 2 diabetes: a systematic literature review of scientific evidence from across the world in 2007–2017. Cardiovasc Diabetol. 2018;17:83.

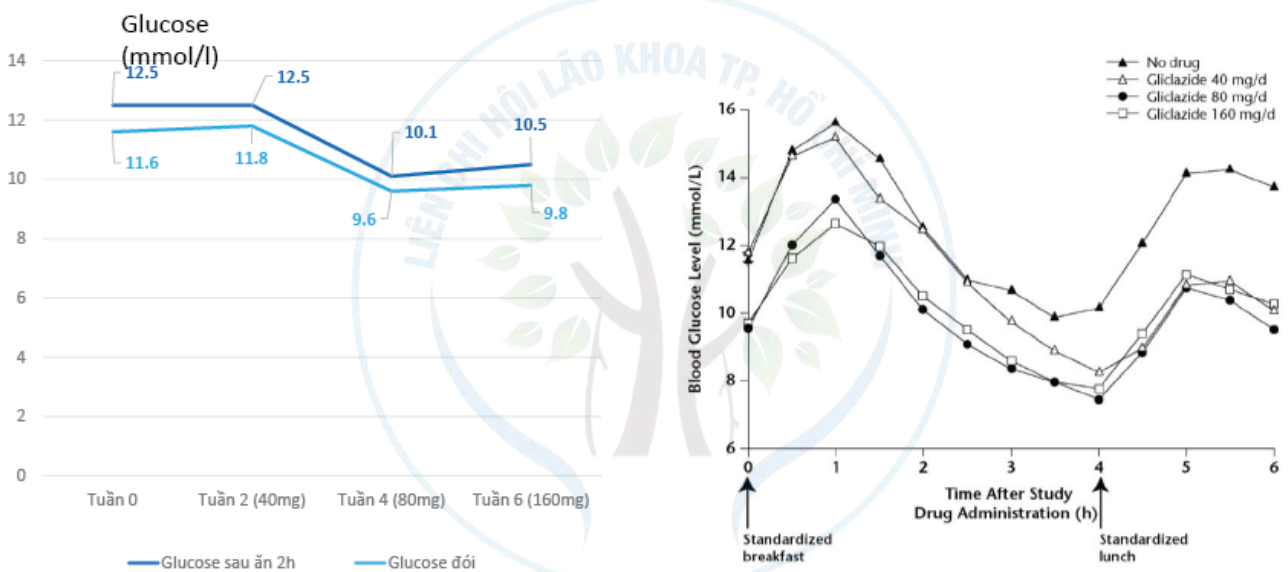
Thất bại điều trị với thuốc hạ ĐH uống



Cook et al. Diabetes Care 2005; 28:995-1000



Tăng liều gliclazide & hiệu quả

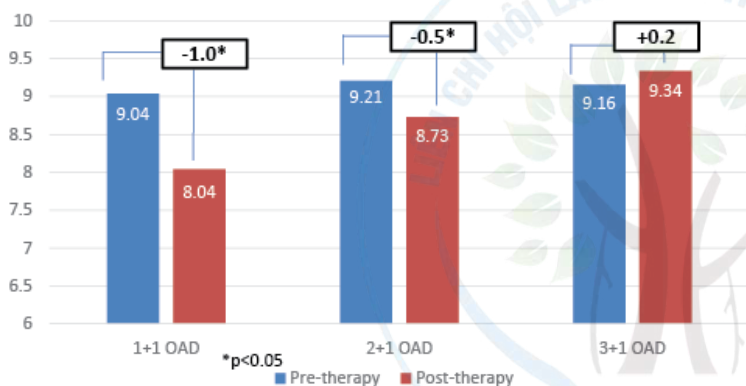


Poobalan Naidoo et al: Effects of gliclazide dose escalation on postprandial hyperglycemia in type 2 diabetes mellitus: A prospective, open-label, case-controlled, dose-escalation study. *Current Therapeutic Research* 67(2):81-102 · March 2006



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

Mức giảm HbA1c từ liệu pháp tăng cường thêm thuốc viên có đáp ứng được nhu cầu điều trị?

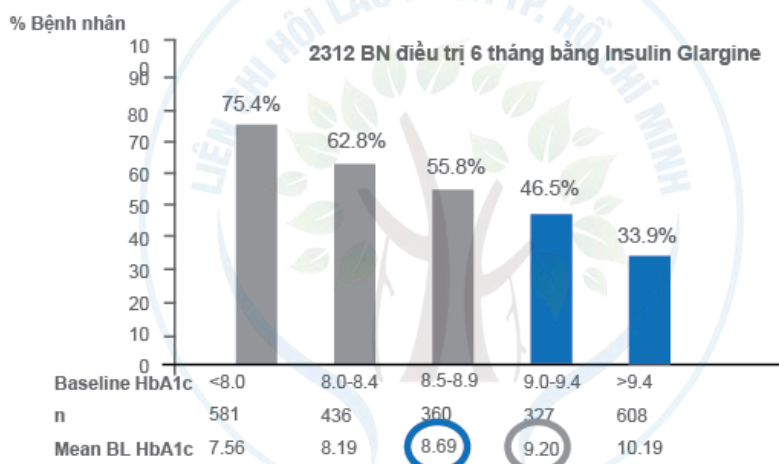


N/C hồi cứu trên 14,824 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 dựa trên dữ liệu 154 bệnh viện đa khoa tại Anh trong thời gian 1995 tới 2005. HbA1C được đo trong khoảng 6 tháng trước khi thêm thuốc viên và được đo 1 hay nhiều lần trong khoảng 6 tháng sau khi thêm thuốc viên.

Hầu hết bệnh nhân vẫn không đạt mức đường huyết mục tiêu sau khi tăng cường điều trị với thuốc viên



Tỉ lệ BN đạt HbA1c < 7% sau khi thêm insulin nền



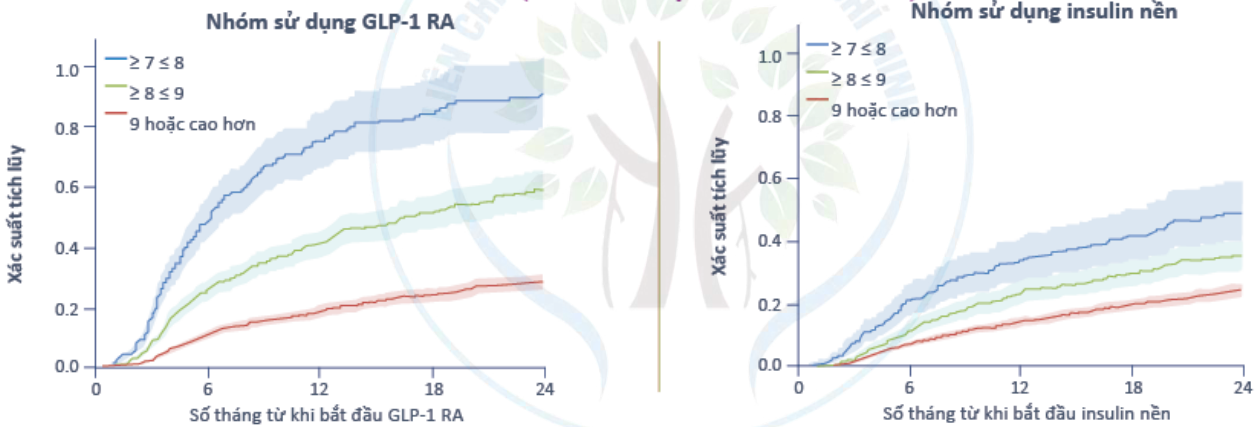
Riddle MC et al Diabetes 2009; 58(Suppl 1):A125



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

BN chỉ điều trị với GLP-1 RA hoặc insulin nền đơn thuần, tỷ lệ đạt được HbA1c <7% sau 12 tháng <25% nếu HbA1c ban đầu $\geq 9\%$

Hiệu quả thực tế của GLP-1 RAs hoặc insulin nền ở BN ĐTĐ típ 2 người lớn kiểm soát kém với OAD (Cơ sở dữ liệu CPRD của Anh)



- HbA1c ban đầu cao hơn có liên quan đến việc giảm khả năng đạt được HbA1c <7% trong tất cả các nhóm

Retrospective, observational, longitudinal cohort study of adults with T2D evaluating the effectiveness of initiating therapy with either a GLP-1 RA or basal insulin in real-world clinical practice. Outcomes included change in HbA1c and the percentage of people reaching HbA1c <7% in 24 months after initiation. CPRD, Clinical Practice Research Datalink. Peng XV, et al. Diabetes Ther 2020;11:2629–45.

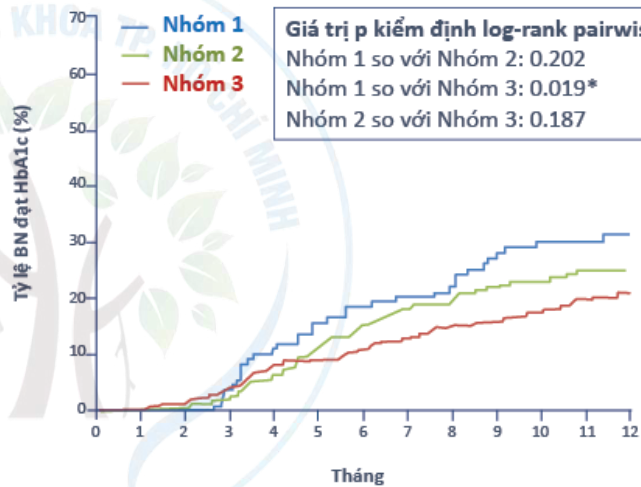


Khởi trị đồng thời insulin nền và GLP-1 RA giúp cải thiện kiểm soát đường huyết so với dùng tuần tự

Nhóm 1 (n=109)
BN chưa kiểm soát ĐH (HbA1c $\geq 7.0\%$)
khởi trị đồng thời cả insulin nền và GLP-1 RA

Nhóm 2 (n=301)
BN chưa kiểm soát ĐH (HbA1c $\geq 7.0\%$)
được khởi trị với insulin nền,
sau đó thêm GLP-1 RA trong vòng ≤ 3 tháng

Nhóm 3 (n=459)
BN chưa kiểm soát ĐH (HbA1c $\geq 7.0\%$)
được khởi trị với insulin nền,
sau đó thêm GLP-1 RA trong vòng > 3 tháng

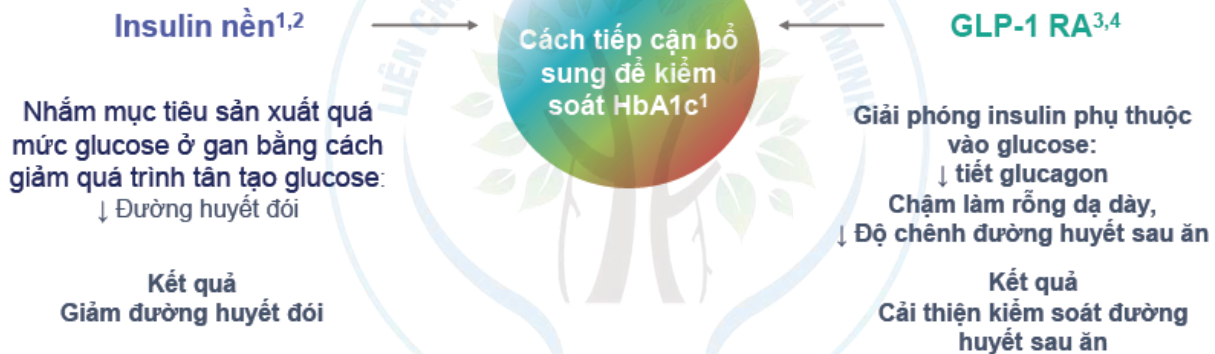


*p<0.05. A significantly greater proportion of individuals in Cohort 1 achieved HbA1c <7.0% at 12 months, compared with Cohort 3 (33.4% vs 20.9%, respectively; p=0.0186).

[†]Study analysed retrospective observational data from the regional US electronic medical records database, REACHnet, on 869 adults with T2D who had encounter dates from 2011–2017. Primary endpoints were proportion of people achieving HbA1c <7.0% (estimated via Kaplan–Meier analysis) and HbA1c change within 12 months. Index date defined as the date of initiation of basal insulin. BI, basal insulin; REACHnet, Research Action for Health Network. Peng XV, et al. Diabetes Ther 2020;11:995–1005.



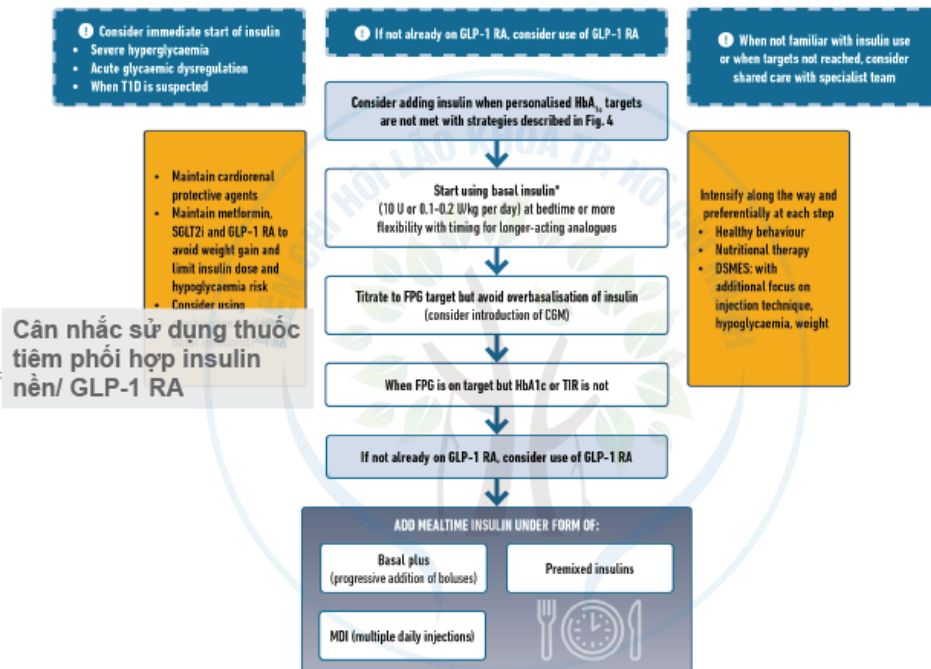
Phương thức tác động hỗ trợ nhau của insulin nền và GLP-1 RA tạo cơ sở cho việc kết hợp thuốc



Please note, two fixed-ratio combinations of basal insulin and a GLP-1 RA are available: iGlarLixi (insulin glargine 100 U/mL + lixisenatide) and iDegLira (insulin degludec + liraglutide).
1. Balena R, et al. Diab Obes Metab 2013;15:485-502; 2. Wang Z, et al. Diabetes Care 2010;33:1555-60; 3. Baggio LL and Drucker DJ. Gastroenterol 2007;132:2131-57; 4. Holst JJ, et al. Physiol Rev 2007;87:1409-39.



FIGURE 5: PLACE OF INSULIN¹



*NPH insulin or preferably analogue to reduce nocturnal hypoglycaemia risk
CGM, Continuous Glucose Monitoring; DSMES, Diabetes Self-Management Education and Support; FPG, Fasting Plasma Glucose; GLP-1 RA, Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist; SGLT2i, Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor; T1D, Type 1 Diabetes; TIR, Time in Range.

1. More details can be found in Davies M, D'Alessio DA, Fradkin J et al. Management of Hyperglycaemia in Type 2 Diabetes, 2018. A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the American Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetologia 2018 61(12):2461-2499, and American Diabetes Association Professional Practice Committee, Draznin B, Aroda VR et al. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care. 2022 Jan 1;45(Suppl 1):S125-43.



Davies MJ, Aroda 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/dci22-0034. Diabetologia 2022; https://doi.org/10.1007/s00125-022-05787-2. Copyright ADA/EASD 2022



European Association for the Study of Diabetes

Achievement and Maintenance of Glycemic Management Goals in T2D

Glycemic 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 hypoglycemia a priority in high-risk individuals



In general, higher efficacy approaches have greater likelihood of achieving glycemic goals

Efficacy for glucose lowering

Very High:

Dulaglutide (high dose), Semaglutide, Tirzepatide

Insulin

Combination Oral, Combination Injectable (GLP-1 RA/Insulin)

High:

GLP-1 RA (not listed above), Metformin, SGLT2i, Sulfonylurea, TZD

Intermediate:

DPP-4i

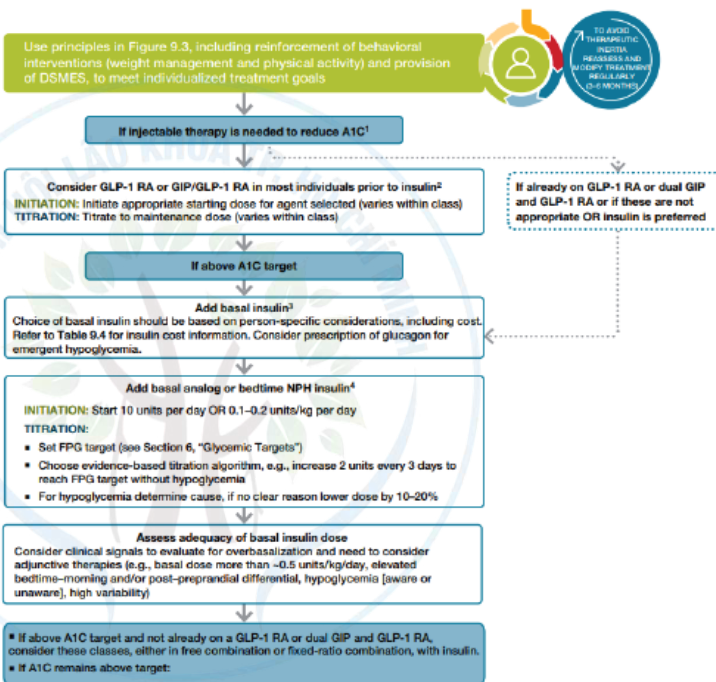
Thuốc tiêm phối hợp (GLP-1 RA/insulin) có hiệu quả rất cao trong kiểm soát đường huyết



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



European Association for the Study of Diabetes



Thuốc tiêm phối hợp (GLP-1 RA/insulin) lựa chọn tăng cường nếu insulin nền hoặc GLP-1 RA thất bại



Copyright ADA/EASD 2022



European Association for the Study of Diabetes

LixiLan-O: Thử nghiệm pha 3 so sánh iGlarLixi với iGlar và lixisenatide ở bệnh nhân chưa kiểm soát với thuốc viên

Mục tiêu

Sự vượt trội của iGlarLixi so với lixisenatide và sự không thua kém của iGlarLixi so với iGlar (nếu đạt tiêu chí không thua kém thì phân tích tiêu chí vượt trội) về thay đổi HbA_{1c} từ ban đầu đến tuần 30

Thiết kế

Thử nghiệm ngẫu nhiên, nhãn mở, thiết kế song song 30 tuần

BN ĐTD típ 2

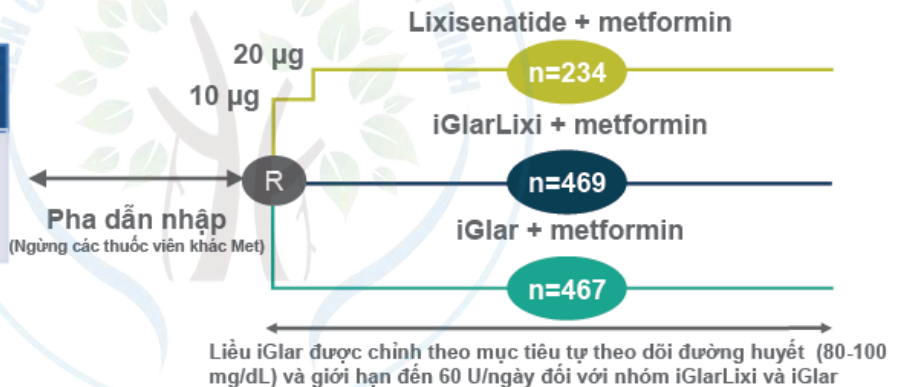
- Đang dùng metformin ± thuốc viên thứ 2
- HbA_{1c} 7–9% nếu dùng 2 thuốc viên
- HbA_{1c} 7.5–10% nếu chỉ dùng metformin đơn thuần

Tiêu chí chính:

► Thay đổi HbA_{1c} ở tuần 30

Tiêu chí phụ:

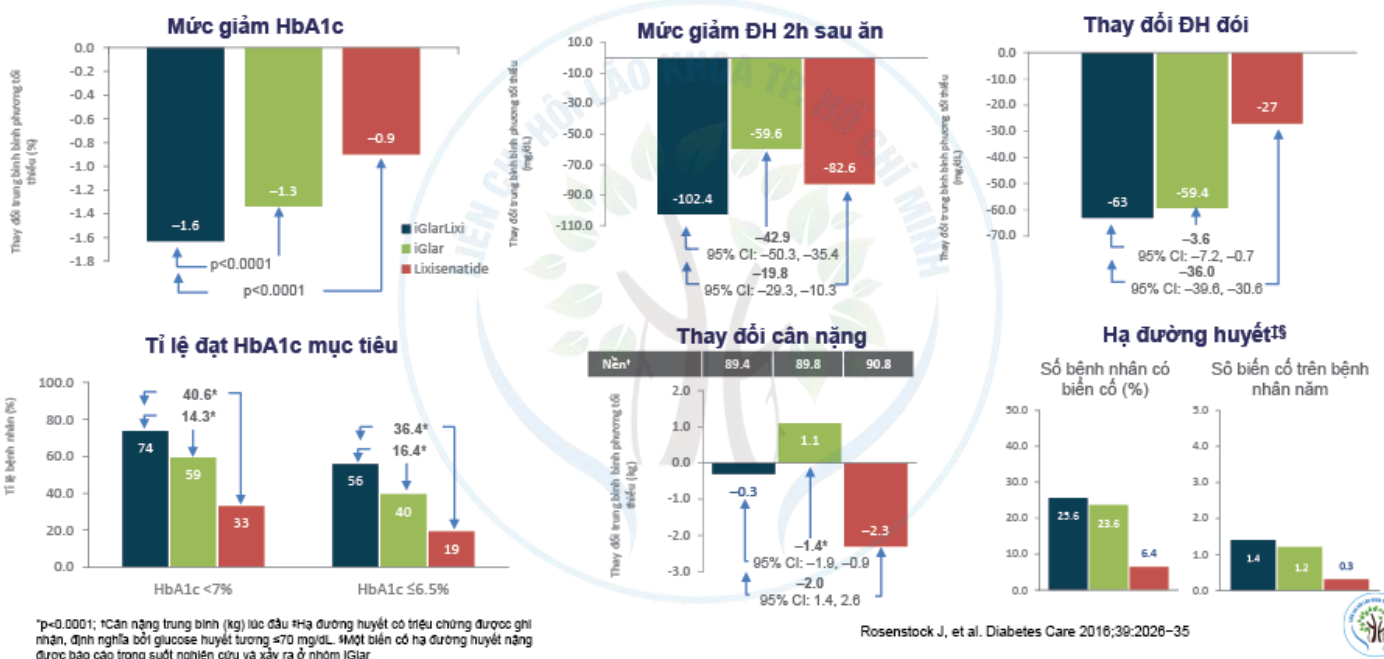
- % BN đạt HbA_{1c} <7% và ≤6.5%, 2-h PPG, cân nặng, SMPG và FPG
- HbA_{1c} <7% không tăng cân và không HĐH có triệu chứng được ghi nhận trong quá trình NC
- Các tiêu chí an toàn



iGlar, insulin glargine; R, randomization; SMPG, self-measured plasma glucose Rosenstock J, et al. Diabetes Care 2018;39:2026–35



LixiLan-O: Kết quả chính



Biến cố ngoại ý chung và dạ dày-ruột với iGlarLixi so với từng thành tố

Bệnh nhân, n (%), với ít nhất một biến cố ngoại ý phải điều trị khẩn cấp	Biến cố ngoại ý chung		
	iGlarLixi (n=469)	Lixisenatide (n=233)	iGlar (n=467)
Biến cố ngoại ý bất kỳ	267 (56.9)	157 (67.4)	227 (48.6)
Biến cố ngoại ý nghiêm trọng	18 (3.8)	9 (3.9)	19 (4.1)
Biến cố ngoại ý dẫn đến tử vong*	2 (0.4)	1 (0.4)	3 (0.6)
Biến cố ngoại ý dẫn đến ngưng điều trị	12 (2.6)	21 (9)	9 (1.9)

Bệnh nhân, n (%), với ít nhất một biến cố ngoại ý trên...	Biến cố ngoại ý trên dạ dày-ruột		
	iGlarLixi (n=469)	Lixisenatide (n=233)	iGlar (n=467)
Dạ dày-ruột phải điều trị khẩn cấp			
Buồn nôn	45 (9.6)	56 (24.0)	17 (3.6)
↳ Ngưng điều trị	2 (0.4)	6 (2.6)	0
Nôn	15 (3.2)	15 (6.4)	7 (1.5)
↳ Ngưng điều trị	2 (0.4)	4 (1.7)	0
Tiêu chảy	42 (9.0)	21 (9.0)	20 (4.3)
↳ Ngưng điều trị	1 (0.2)	2 (0.9)	0

Rối loạn dạ dày-ruột với iGlarLixi nhìn chung từ nhẹ đến vừa và chỉ dẫn đến ngưng điều trị ở một vài bệnh nhân

Dân số an toàn. *Tử vong ở nhóm iGlarLixi (n=2); ung thư phổi di căn (n=1); suy tim sung huyết (n=1). Tử vong ở nhóm iGlar (n=3): nhồi máu cơ tim cấp và phù phổi cấp (n=1), suy tim cấp (n=1), ung thư tế bào vảy được chẩn đoán trong thời gian điều trị (n=1). Tử vong do biến cố ngoại ý sau điều trị ở nhóm iGlar: xuất huyết dạ dày-ruột (n=1), nhóm Lixi: không rõ nguyên nhân 208 ngày sau liều đầu tiên (n=1). AE, biến cố ngoại ý; TEAE, biến cố ngoại ý cần điều trị khẩn cấp.

Rosenstock J, et al. Diabetes Care 2016;39:2026-35

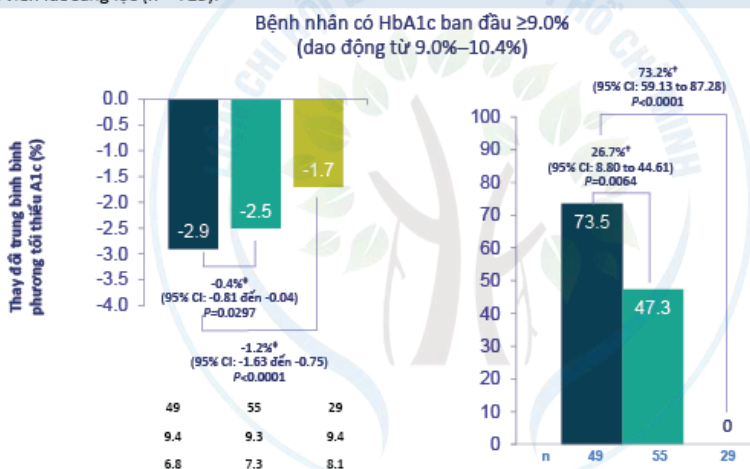


Phân tích hậu kiểm LixiLan-O: Sử dụng iGlarLixi giúp giảm 2,9% HbA1c ở nhóm BN có HbA1c ban đầu ≥9.0%

Mục tiêu & Thiết kế

Phân tích hậu kiểm của thử nghiệm LixiLan-O ở những BN ĐĐT tip 2 chưa dùng insulin không kiểm soát với metformin, kèm hoặc không kèm thuốc viên thứ 2, tính hiệu quả và tính an toàn của iGlarLixi khi so sánh với từng thành tố riêng lẻ được đánh giá thông qua hai dưới nhóm bệnh nhân: nhóm 1) HbA1c ban đầu ≥9% (n = 134); nhóm 2) kiểm soát không đạt (HbA1c ≥7.0% và ≤9.0%) mặc dù đã sử dụng hai thuốc viên lúc sàng lọc (n = 725).

■ iGlarLixi ■ iGlar ■ i



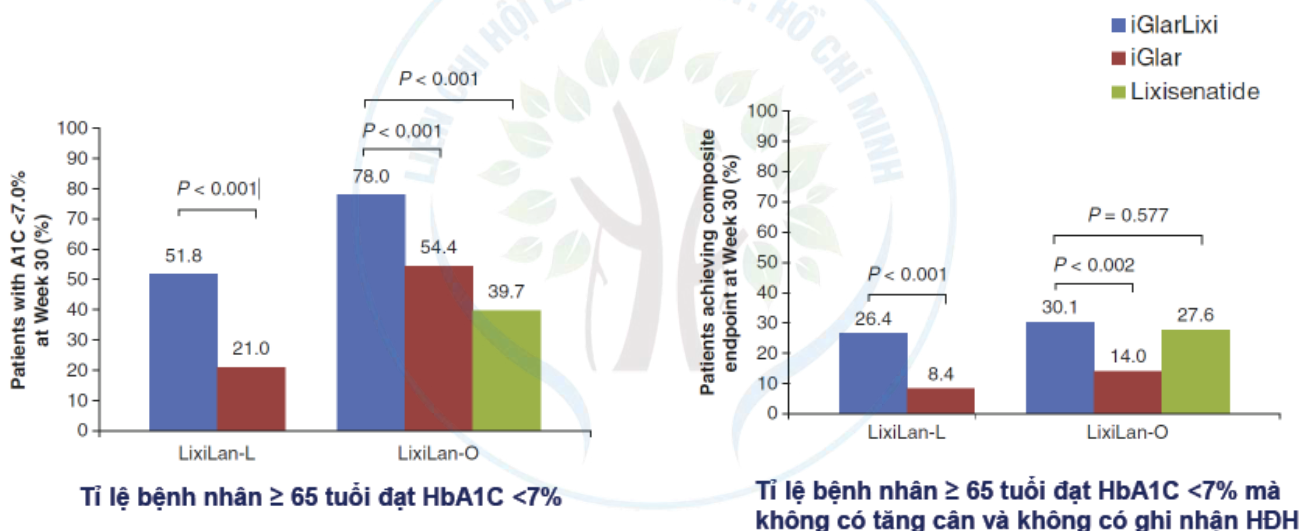
Nhóm dùng iGlarLixi có 73,5% bệnh nhân đạt HbA1c dưới 7% ở tuần 30

*Dân số đã hiệu chỉnh theo phân bố ngẫu nhiên ban đầu. †Dữ liệu chung của LixiLan-O dựa trên mô hình hiệu ứng hỗn hợp bằng các phương pháp lặp đi lặp lại. ‡Khác biệt trung bình bình phương tối thiểu của iGlarLixi so với iGlar hoặc Lixi đơn thuần, ANCOVA; LOCF được sử dụng để xử lý những dữ liệu bị mất. ANCOVA, phân tích phương sai; BL, dữ liệu nền; CI, khoảng tin cậy; iGlar, insulin glargine; iGlarLixi, insulin glargine:lixisenatide; Lixi, lixisenatide; LOCF, last observation carried forward; LS, bình phương tối thiểu; OAD, thuốc hạ đường huyết uống.

Davies MJ, et al. Diabetes Obes Metab 2019;21:1967-72



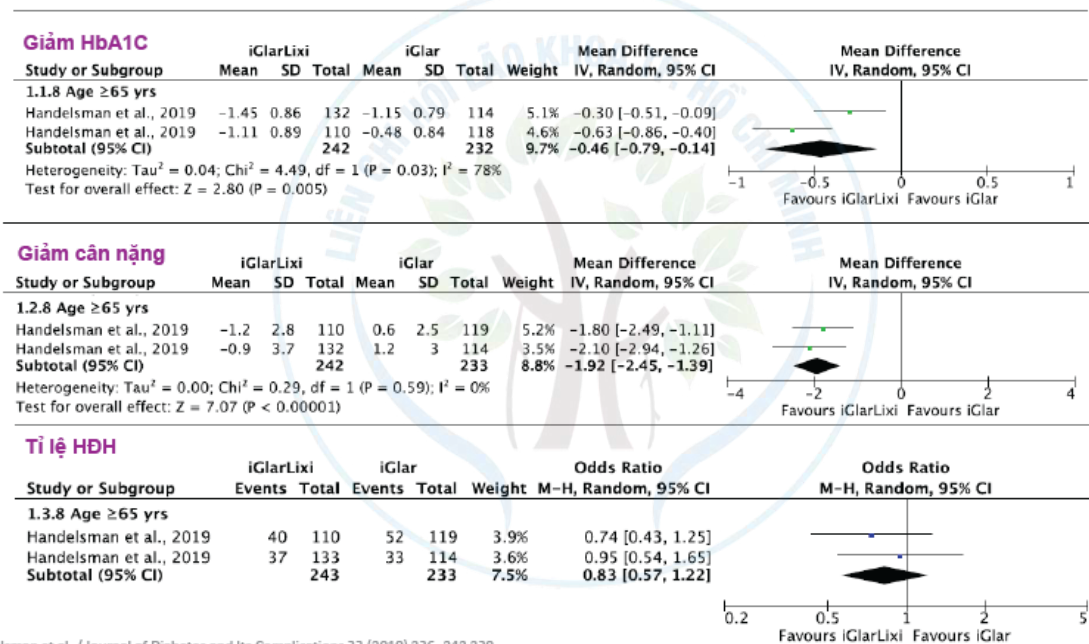
Phân tích subgroup LixiLan: iGlarLixi có tỉ lệ BN ≥ 65 tuổi đạt mục tiêu điều trị mà không tăng cân và không hạ đường huyết cao hơn so với đơn thành phần



Y. Handelsman et al. / Journal of Diabetes and Its Complications 33 (2019) 236–242 239



Phân tích subgroup LixiLan: iGlarLixi giảm HbA1C và cân nặng nhiều hơn và có tỉ lệ HDH tương tự so với insulin nền ở nhóm BN lớn tuổi

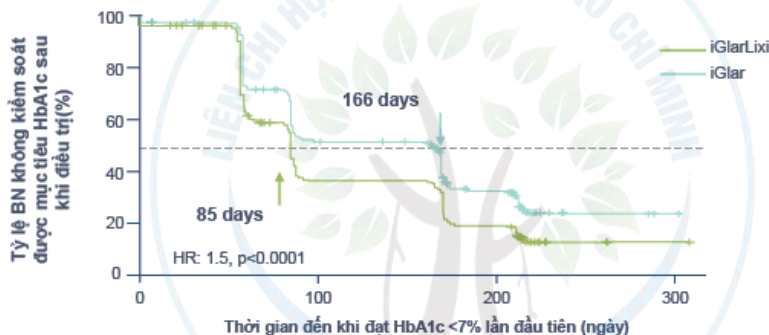


Y. Handelsman et al. / Journal of Diabetes and Its Complications 33 (2019) 236–242 239



BN ĐTĐ típ 2 thất bại với thuốc viên đạt được kiểm soát đường huyết nhanh hơn khi dùng iGlarLixi so với insulin Glargin U100

Nghiên cứu LixiLan-O



Trong nghiên cứu LixiLan-O, mục tiêu HbA1c đã đạt được bởi 50% số bệnh nhân trong khoảng một nửa thời gian ở nhóm iGlarLixi so với iGlar

Post hoc analysis of two 30-week clinical trials compared efficacy and hypoglycemia outcomes at early study visits with iGlarLixi vs iGlar alone in adults with T2D uncontrolled on OADs (LixiLan-O) or basal insulin (LixiLan-L). Kaplan-Meier method used to estimate time to control, defined as time (days) to first achieving HbA1c <7% or FPG ≤130 mg/dL. p-values for time to control calculated using log-ranked test. HR estimated using a Cox regression model with treatment as the only factor. LixiLan-L and LixiLan-O primary studies previously described. FPG, fasting plasma glucose; HR, hazard ratio. Frias J, et al. Diabetes Obes Metab 2018;20:2314-8.



Liều khởi đầu iGlarLixi phụ thuộc vào điều trị trước đó

		Liệu pháp trước đây		
		Điều trị với thuốc uống hạ đường huyết (bệnh nhân chưa từng sử dụng insulin)	Insulin glargine (100 đơn vị/ml)** ≥20 đến <30 đơn vị	Insulin glargine (100 đơn vị/ml)** ≥30 đến ≤60 đơn vị
Liều khởi đầu và bút tiêm	Bút iGlarLixi (10-40)	10 bước phân liều (10 đơn vị/5 mcg)*	20 bước phân liều (20 đơn vị/10 mcg)*	
	Bút iGlarLixi (30-60)			30 bước phân liều (30 đơn vị/10 mcg)*

* Đơn vị insulin Glargine U100/ mcg Lixisenatide

** Đối với insulin nền khác bất kỳ, áp dụng quy luật tương tự Glargine U100

** Đối với insulin nền 2 lần/ngày hoặc Glargine U300, lấy 80% tổng liều hằng ngày làm liều khởi đầu iGlarlix

iGlarLixi nên được tiêm 1 lần/ngày trong vòng 1 giờ trước bữa ăn thuận tiện nhất. Nên tiêm trước cùng một bữa ăn mỗi ngày

1.Thông tin kê toa iGlarLixi Việt Nam được BYT phê duyệt tháng 4/2022

2. SmPC Soliqua. Available at https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/soliqua-epar-product-information_en.pdf



iGlarLixi được chỉnh liều theo mục tiêu đường huyết đói

Theo NC LixiLan-O¹ và LixiLan-L²: iGlarLixi được **chỉnh liều hàng tuần** để đạt mục tiêu ĐH đói (80-100 mg/dL (4.4 - 5.6 mmol)):

FPG mg/dL	Liều điều chỉnh
>140	+ 4 đơn vị
100 < FPG ≤ 140	+ 2 đơn vị
80 ≤ FPG ≤ 100	Không điều chỉnh
FPG < 80	giảm 2 – 4 đơn vị và tìm hiểu nguyên nhân

Lưu ý:

- iGlarlix không được khuyến cáo ở những bệnh nhân suy thận nặng (eGFR: 15 – 29 ml/ph) và bệnh thận giai đoạn cuối (eGFR < 15 ml/ph)³
- Không cần chỉnh liều cho bệnh nhân suy thận nhẹ và trung bình nhưng cần theo dõi đường huyết thường xuyên để chỉnh liều³
- Tần suất tác dụng không mong muốn liên quan đến điều trị tương tự ở nhóm dùng iGlarLixi và nhóm dùng insulin Glargine ở cả nhóm BN có chức năng thận bình thường và nhóm BN có suy thận nhẹ⁴.

Rosenstock J et al. Diabetes Care 2016; 2. Aroda V et al. Diabetes Care 2016; 3. Thông tin kê toa iGlarLixi Việt Nam được BYT phê duyệt tháng 4/2022 4. Frias J.P. et al. Diabetes Ther. 2019;10:21 – 33



Lưu ý khi kết hợp iGlarLixi với các thuốc viên

Diabetes Ther (2020) 11:1029–1043
<https://doi.org/10.1007/s13300-020-00777-2>

PRACTICAL APPROACH

Expert Opinion on the Therapeutic Use of the Fixed-Ratio Combination of Insulin Glargine 100 U/mL and Lixisenatide: a Central/Eastern European Perspective

- DPP-4i: ngưng sử dụng
- SU: nên ngưng (vì tăng nguy cơ hạ đường huyết) hay giảm liều dần
- AGI: nên ngưng vì làm tăng tác dụng phụ đường tiêu hóa của GLP-1RA
- Glitazone: cân nhắc nguy cơ phù, tăng cân khi dùng chung với insulin
- SGLT-2i: phối hợp không có chống chỉ định, có thể có lợi theo cơ chế tác dụng
- Metformin: có thể duy trì nếu không làm tăng nguy cơ tác dụng phụ đường tiêu hóa

M. Haluzi¹, Diabetes Ther (2020) 11:1029–1043



Ca lâm sàng



Các vấn đề

- Đái tháo đường típ 2 lâu năm kiểm soát kém (Glucose 212mg/dl, HbA1c 9.1%)
- Tăng huyết áp
- Béo phì

Điều trị kiểm soát đường huyết trên bệnh nhân này:

- Metformin 850mg viên x 2
- Gliclazide 60mg 1 viên
- **IGlarLixi khởi đầu 10 đơn vị, tăng dần đến 18 đơn vị**
- Peridopril / Amlodipin 5/5 mg 1 viên
- Rosuvastatin 10mg 1 viên

Sau 3 tháng điều trị

- Glucose 124 mg/dl, HbA1c 7,4%



Kết luận

- Đối với người bệnh thất bại với thuốc viên điều trị, cần thiết can thiệp sớm kiểm soát đường huyết
- Điều trị bằng insulin nền hoặc GLP-1 RA đơn thuần trên bệnh nhân thất bại với thuốc uống có HbA1c cao trên 9% khó có thể đạt mục tiêu đường huyết.
- Dạng phối hợp liều cố định insulin nền + GLP-1 RA giúp đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết tốt hơn, ít hạ đường huyết và không ảnh hưởng cân nặng so với insulin nền.





**Cám ơn quý thầy, cô và các anh
chị đồng nghiệp đã lắng nghe**