



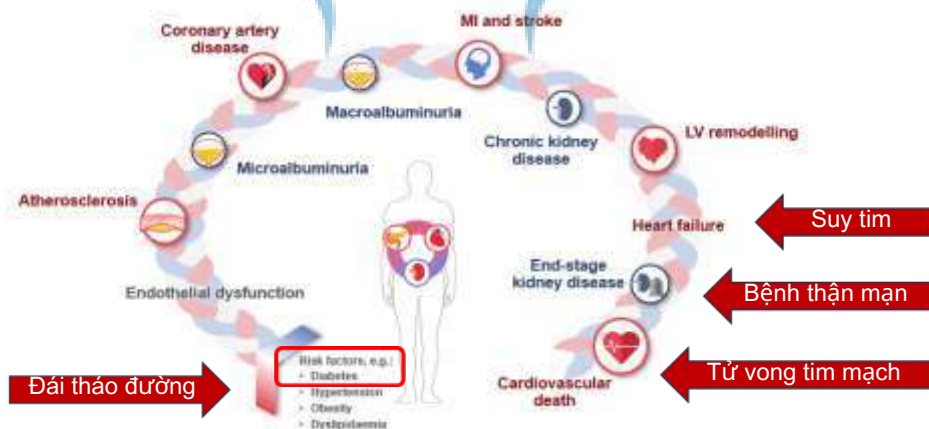
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

## Khởi trị SỚM - Cải thiện tiên lượng Tim mạch Thận cho bệnh nhân đái tháo đường típ 2

PGS.TS.BS. TRẦN THỊ THANH HÓA  
NGUYÊN PHÓ GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG

### Vòng xoắn bệnh lý Tim -Thận -Chuyển hóa

Sự tiến triển của các bệnh liên quan (ĐTĐ, bệnh tim mạch, Suy tim và Bệnh thận mạn) có thể xảy ra do sự rối loạn chức năng của hệ thống Tim-Thận-Chuyển hóa, từ đó có thể dẫn đến tăng nguy cơ tử vong do tim mạch<sup>2-4</sup>



CRM, cardio-renal-metabolic; LV, left ventricular Adapted from Dzau VJ et al.5 1. Sarafidis PA et al. J Cardiometa Syndr 2006;1:58; 2. Ronco C. Contrib Nephrol 2010;164:33; 3. Banerjee S and Panas R. Hellenic J Cardiol 2017;58:342; 4. Leon BM and Maddox TM. World J Diabetes 2015;6:1246; 5. Dzau VJ et al. Circulation 2006;114:2850



## Khuyến cáo điều trị ĐTĐ: Thay đổi theo thời gian



## ADA -2025: Điều trị ĐTĐ đặt BN làm trung tâm

### Đánh giá y tế toàn diện và bệnh đồng mắc





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



|             | Xét nghiệm                                   | Danh số bệnh nhân                   | Tần suất             |
|-------------|----------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| CKD         | eGFR                                         | • Bệnh nhân nguy cơ cao CKD         | • Theo dõi hằng năm  |
|             | Albumin niệu                                 | • Bệnh nhân nguy cơ cao CKD hoặc HF | • Theo dõi hằng năm  |
| ASCVD và HF | CAC score                                    | • Bệnh nhân nguy cơ cao ASCVD       | • Theo dõi mỗi 5 năm |
|             | Peptide lợi niệu natri (NT-proBNP hoặc BNP)* | • Bệnh nhân nguy cơ cao HF          | • Theo dõi nếu cần   |
|             | Siêu âm tim                                  | • Có triệu chứng hoặc nghi ngờ HF   | • Theo dõi nếu cần   |

\*For those with or at risk of HF, both natriuretic peptides are useful biomarkers to determine the presence, and severity of, 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.

Handelsman Y et al. J Diabetes Complications 2021;36:108101

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



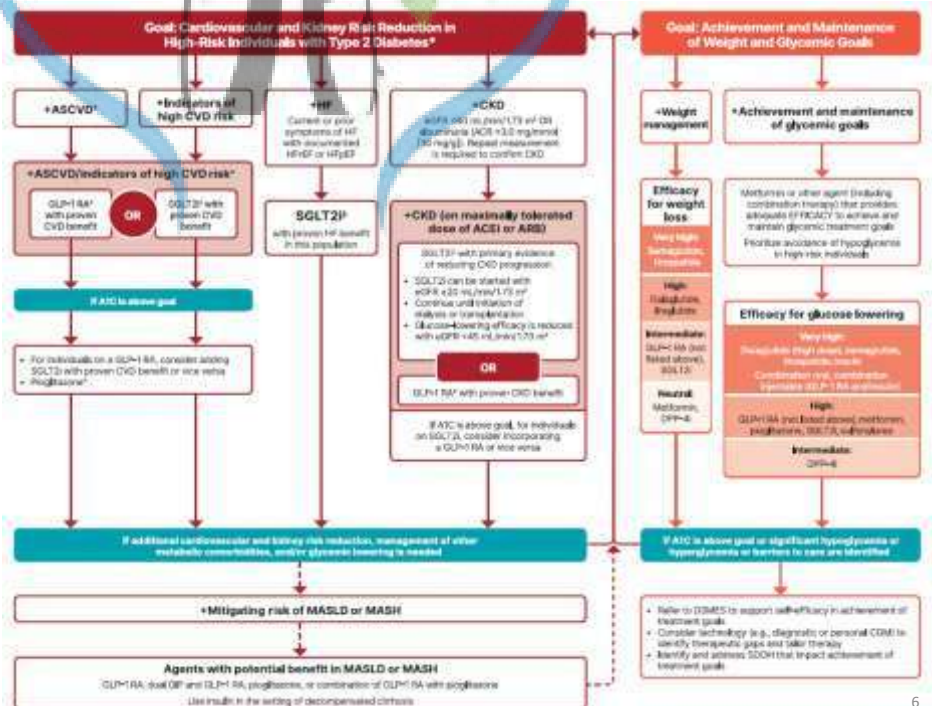
## ADA 2025

Lợi ích SGLT2i được khuyến cáo trên nhiều đối tượng bệnh nhân

Tim mạch-Thận-Chuyển Hóa

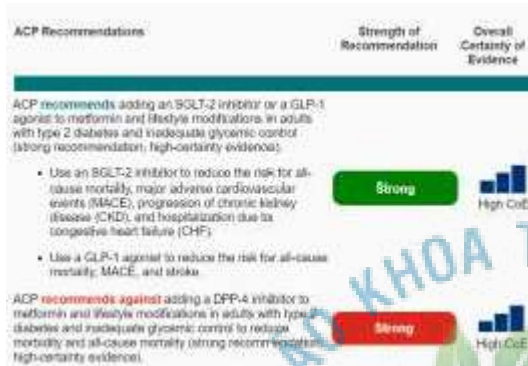
- Bệnh tim mạch xơ vữa
- Nguy cơ tim mạch cao
- Suy tim
- Bệnh thận mạn
- Giảm cân (trung bình)
- Kiểm soát ĐH (hiệu quả cao)

Diabetes Care 2025;48(Suppl. 1):S181-S206





## Hiệp Hội Bác sĩ Hoa Kỳ (ACP) 2024 cập nhật hướng dẫn điều trị ĐTD típ 2 nhấn mạnh ưu tiên SGLT2i trên phổ rộng BN



**ACP khuyến cáo thêm thuốc SGLT-2i** hoặc chủ vận GLP-1 vào metformin và điều chỉnh lối sống ở bệnh nhân ĐTD típ 2 người lớn chưa kiểm soát được đường huyết (khuyến cáo mạnh; bằng chứng cao).

• Sử dụng thuốc **SGLT-2i** để giảm nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân, các biến cố tim mạch lớn (MACE), tiến triển bệnh thận mạn tính (CKD) và nhập viện do suy tim sung huyết (CHF).

• Sử dụng thuốc chủ vận GLP-1 để giảm nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân, MACE và đột quỵ.

ACP khuyến cáo **không nên thêm thuốc DPP-4i** vào metformin và điều chỉnh lối sống ở bệnh nhân ĐTD típ 2 người lớn chưa kiểm soát được đường huyết để giảm tỷ lệ mắc và tử vong do mọi nguyên nhân (khuyến cáo mạnh; bằng chứng cao).

- Ủy ban Hướng dẫn Lâm sàng của ACP sử dụng phương pháp GRADE để đánh giá việc ưu tiên lựa chọn các thuốc điều trị (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation): tử vong do mọi nguyên nhân, các biến cố tim mạch lớn (MACE), nhồi máu cơ tim, đột quỵ, nhập viện vì suy tim sung huyết, tiến triển của bệnh thận mạn tính, các tác dụng phụ nghiêm trọng và hạ đường huyết nghiêm trọng.

<https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M24-0803>; Amir Qaseem et al., Ann Intern Med. 2024 Apr 19. doi: 10.7326/M23-2788

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



## Khuyến cáo ESC 2023: Cập nhật đánh giá nguy cơ tim mạch cho BN ĐTD

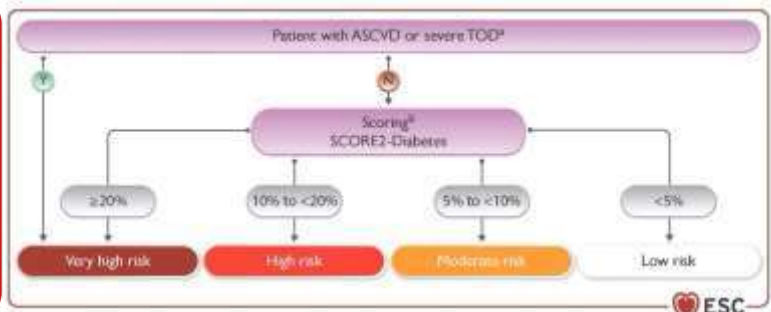
**Khuyến cáo IB** đánh giá thang điểm nguy cơ tim mạch 10 năm cho BN ĐTD (SCORE2-Diabetes) sau khi loại trừ BN không có BTMXV hay tổn thương cơ quan đích

### Định nghĩa tổn thương cơ quan đích (có một trong các điều kiện sau)

- eGFR < 45 ml/phút
- eGFR 45-59 ml/phút và UACR 30-300 mg/g
- UACR > 300 mg/g
- Có biến chứng vi mô ở ít nhất 3 cơ quan (VD đốm tiểu động mạch, biến chứng võng mạc & biến chứng thần kinh)

**Novel concept**  
For patients with T2DM without ASCVD or severe target-organ damage, a novel T2DM-specific risk score is introduced: **SCORE2-Diabetes**

### Cardiovascular risk categories in patients with type 2 diabetes



[www.escardio.org/guidelines](http://www.escardio.org/guidelines)

European Heart Journal (2023) 00, 1–25

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025





## ESC 2023: Quản lý bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ cao



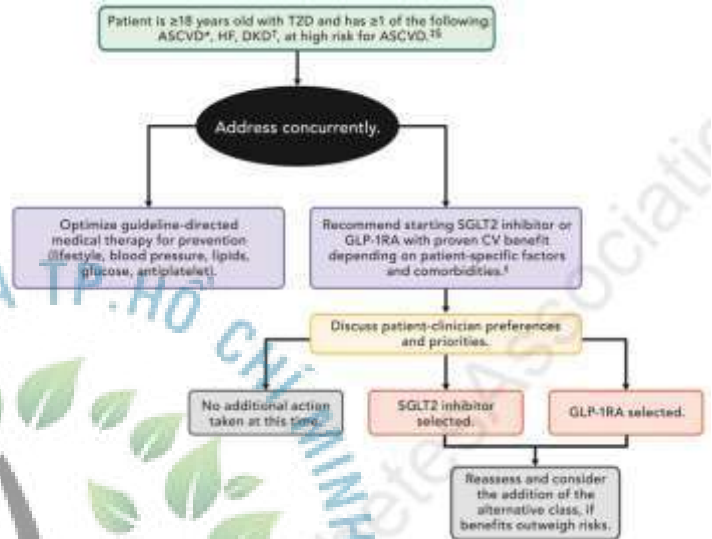
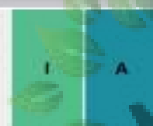
### Sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors

SGLT2 inhibitors with proven CV benefit<sup>2</sup> are recommended in patients with T2DM and ASCVD to reduce CV events, independent of baseline or target HbA1c and independent of concomitant glucose-lowering medication.<sup>79,150-152,155,189</sup>



### Glucagon-like peptide-1 receptor agonists

GLP-1 RAs with proven CV benefit<sup>2</sup> are recommended in patients with T2DM and ASCVD to reduce CV events, independent of baseline or target HbA1c and independent of concomitant glucose-lowering medication.<sup>70,72,161,163,184</sup>



European Heart Journal (2023) 00, 1–98



## Tổng quan lợi ích tim mạch của các SGLT2i, chỉ có Empagliflozin giảm tỷ lệ tử vong tim mạch

|                     | EMPA REG OUTCOME <sup>1</sup><br>(Empagliflozin) | CANVAS Program <sup>2</sup><br>(Canagliflozin) | DECLARE-TIMI 58 <sup>3</sup><br>(Dapagliflozin) | Luseogliflozin |
|---------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------|
| 3P-MACE             | ↓ 14% RRR                                        | ↓ 14% RRR                                      | NS                                              | No CVOT        |
| CV Death            | ↓ 38% RRR                                        | NS                                             | NS                                              | No CVOT        |
| HHF                 | ↓ 35% RRR                                        | ↓ 33% RRR                                      | ↓ 27% RRR                                       | No CVOT        |
| CV death or HHF     | ↓ 34% RRR                                        | ↓ 22% RRR                                      | ↓ 17% RRR                                       | No CVOT        |
| All-cause Mortality | ↓ 32% RRR                                        | NS                                             | NS                                              | No CVOT        |
| Renal Composite*    | ↓ 45% RRR                                        | ↓ 47% RRR                                      | ↓ 47% RRR                                       | No CVOT        |

Comparison of studies should be interpreted with caution due to differences in study design, populations and methodology  
1. Zinman et al. N Engl J Med 2015;373:2117–28. 2. Neal et al. N Engl J Med 2017;377:644–57. 3. N Engl J Med 2018; DOI: 10.1056/NEJMoA1812389



Trong các SGLT-2i, Empagliflozin đã được duyệt cho chỉ định giảm tử vong tim mạch ở BN ĐTD kèm bệnh tim mạch ở cả Việt Nam và trên thế giới

**Empagliflozin**

**FDA APPROVED**

**FDA approves Empagliflozin to reduce CVD death in adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease**

**Empagliflozin**

**VN APPROVED**

**Giảm tử vong tim mạch trên BN đái tháo đường típ 2 có bệnh tim mạch**

- <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-jardiance-reduce-cardiovascular-death-adults-tip-2-diabetes>
- Thông tin kê toa Empagliflozin tại VN

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



**Khuyến cáo ADA-lựa chọn đầu tay cho bệnh nhân ASCVD là Empagliflozin**

|                  | Efficiency   | Hypoglycemia | Weight change                     | CV effects                                                                                          |                                                                     | Heart | CKD            | Renal effects                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Additional considerations                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------|--------------|--------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  |              |              |                                   | ASCVD                                                                                               | HF                                                                  |       |                | Progression of CKD                                                                                              | Glucose considerations*                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Metformin        | High         | No           | Neutral potential for modest loss | Potential benefit                                                                                   | Neutral                                                             | Low   | OK             | Neutral                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Contraindicated with eGFR &lt;30 mL/min/1.73m<sup>2</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Gastrointestinal side effects common (diarrhea, nausea)</li> <li>Potential for B12 deficiency</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| SGLT2 inhibitors | Intermediate | No           | Low                               | Benefit: empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin, ertugliflozin                                 | Benefit: empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin, ertugliflozin | High  | OK             | Benefit: empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin, ertugliflozin                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>See labels for renal dose considerations of individual agents</li> <li>Glucose-lowering effect is lower for SGLT2 inhibitors at lower eGFR</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Should be discontinued before any scheduled surgery to avoid potential risk for DKA</li> <li>DKA risk (all agents, rare in T2D)</li> <li>Risk of bone fractures (canagliflozin)</li> <li>Genital mycotic infections</li> <li>Risk of volume depletion, hypotension</li> <li>↑ LDL cholesterol</li> <li>Risk of Fournier's gangrene</li> </ul>                                                                         |
| GLP-1 RA         | High         | No           | Low                               | Benefit: dulaglutide, liraglutide, semaglutide (SQ)<br>Neutral: exenatide once weekly, lixisenatide | Neutral                                                             | High  | OK (exenatide) | Benefit on renal and points in CVDRA driven by albuminuria outcomes: liraglutide, semaglutide (SQ), dulaglutide | <ul style="list-style-type: none"> <li>See labels for renal dose considerations of individual agents</li> <li>No dose adjustment for dulaglutide, liraglutide, semaglutide</li> <li>Caution when initiating or increasing dose due to potential risk of nausea, vomiting, diarrhea, or dehydration. Monitor renal function in patients reporting severe adverse GI reactions when initiating or increasing dose of therapy</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><b>FDA Black Box:</b> Risk of thyroid C-cell tumors in rodents; human relevance not determined (liraglutide, dulaglutide, exenatide extended release, semaglutide)</li> <li>GI side effects common (nausea, vomiting, diarrhea)</li> <li>Weight loss also seen</li> <li>Pancreatitis has been reported in clinical trials but causality has not been established. Discontinue if pancreatitis is suspected</li> </ul> |

ASCVD: atherosclerotic cardiovascular disease; HF: Heart Failure, CKD: Chronic Kidney Disease  
Diabetes Care 2022 Jan; 45(Supplement\_1):S125-S143

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025





## EMPA-REG OUTCOME: Empagliflozin làm giảm đáng kể các biến cố trên thận ở BN ĐTĐ típ 2

|                                              | Empagliflozin                   |                 | Placebo                         |                 | HR (95% CI)              | 39%<br>RRR | p-value*         |
|----------------------------------------------|---------------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|--------------------------|------------|------------------|
|                                              | n with event/<br>N analysed (%) | Rate/<br>100 PY | n with event/<br>N analysed (%) | Rate/<br>100 PY |                          |            |                  |
| <b>Bệnh thận mới mắc hoặc tiến triển xấu</b> | <b>525/4124 (12.7)</b>          | <b>47.8</b>     | <b>388/2061 (18.8)</b>          | <b>76.0</b>     | <b>0.61 (0.53, 0.70)</b> |            | <b>&lt;0.001</b> |
| •Tiến triển tiểu đái tháo đường              | 459/4091 (11.2)                 | 41.8            | 330/2033 (16.2)                 | 64.9            | 0.62 (0.54, 0.72)        |            | <0.001           |
| •Tăng gấp đôi creatinine huyết thanh †       | 70/4645 (1.5)                   | 5.5             | 60/2323 (2.6)                   | 9.7             | 0.56 (0.39, 0.79)        |            | <0.001           |
| •Khởi trị thay thế thận                      | 13/4687 (0.3)                   | 1.0             | 14/2333 (0.6)                   | 2.1             | 0.45 (0.21, 0.97)        |            | 0.04             |

Favours empagliflozin      Favours placebo

Cox regression analyses in patients treated with  $\geq 1$  dose of study drug. \*Analyses were prespecified except for the composite of doubling of serum creatinine, initiation of RRT or death from renal disease; †Accompanied by eGFR [MDRD]  $\leq 45$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> PY, patient-years;

Wanner C et al. N Engl J Med 2016;375:323

### EMPA-KIDNEY

ưu thế nhờ nghiên cứu trên phổ bệnh nhân rộng bệnh nhân hơn, bao gồm cả những người có albumin niệu thấp.

#### EMPA-KIDNEY

UACR  $\geq 200$  (for eGFR 45 to  $<90$ )  
Any UACR (for eGFR 20 to  $<45$ )

#### DAPA-CKD

eGFR  $\geq 25$  to  $\leq 75$   
UACR  $\geq 200$

#### Albuminuria stage (mg/g)

|        | ACR<br><10 | ACR<br>0-29 | ACR<br>30-299 | ACR<br>$\geq 300$ |
|--------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| >105   |            |             |               |                   |
| 90-105 |            |             |               |                   |
| 75-90  |            |             | 1.9           | 5.0               |
| 60-75  |            |             | 3.2           | 8.1               |
| 45-60  |            |             | 9.4           | 57.0              |
| 30-45  | 3.0        | 19.0        | 15.0          | 22.0              |
| 15-30  | 4.0        | 12.0        | 21            | 7.7               |

Very high risk      High risk      Moderately increased risk

#### Albuminuria stage (mg/g)

|        | ACR<br><10 | ACR<br>0-29 | ACR<br>30-299 | ACR<br>$\geq 300$ |
|--------|------------|-------------|---------------|-------------------|
| >105   |            |             |               |                   |
| 90-105 |            |             |               |                   |
| 75-90  |            |             |               |                   |
| 60-75  |            |             | 3.2           | 8.1               |
| 45-60  |            |             | 9.4           | 57.0              |
| 30-45  |            |             | 15.0          | 22.0              |
| 15-30  |            |             | 21            | 7.7               |

\*Each cell represents a pooled RR from a meta-analysis

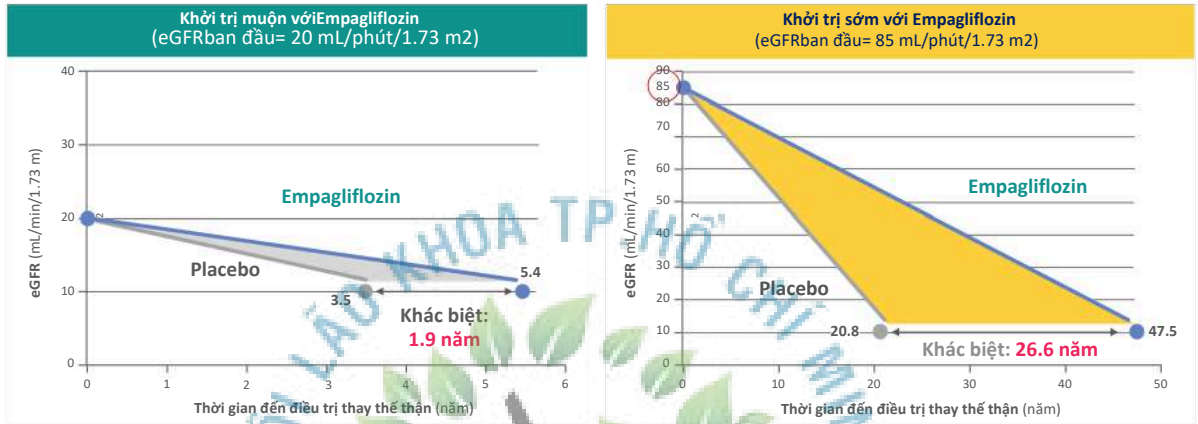
1. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl* 2013;3(1):1-150; 2. Heerspink HJL. N Engl J Med. 2020 Oct 8;383(15):1436-1446. 3. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. N Engl J Med 2022; in press





## EMPA-KIDNEY: Empagliflozin giúp kéo dài thời gian đến khi phải sử dụng các liệu pháp thay thế thận

Hiệu quả tiềm năng đến thời điểm điều trị thay thế thận so với giả dược sau khi khởi trị với Empagliflozin **SỚM** và **MUỘN** trong thử nghiệm **EMPA-KIDNEY**



Extrapolated data from the EMPA-KIDNEY trial. Based on hypothetical transformation of chronic eGFR slopes into time to kidney failure, defined as eGFR = 10 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>. The EMPA-KIDNEY trial included 3304 patients in the empagliflozin treatment group and 3305 patients in the placebo group. Graphical representation of representative chronic eGFR slopes from baseline to kidney failure, i.e., to the need for kidney replacement therapy. Hypothetical lines have been traced starting from extremes of the baseline eGFR inclusion criteria values (20 and 85 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>) to eGFR 10 mL/min/1.73 m<sup>2</sup>, corresponding to chronic eGFR slopes of participants on placebo and on empagliflozin within each baseline eGFR subgroup. CKD: chronic kidney disease; eGFR: estimated glomerular filtration rate. Fernández-Fernández B, et al. Clin Kidney J. 2023;16(8):1187–1198.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



**Tại Việt Nam, việc quản lý toàn diện Tim mạch-Thận-Chuyển hóa được đề cập đến ở các khuyến cáo của các Hiệp hội**



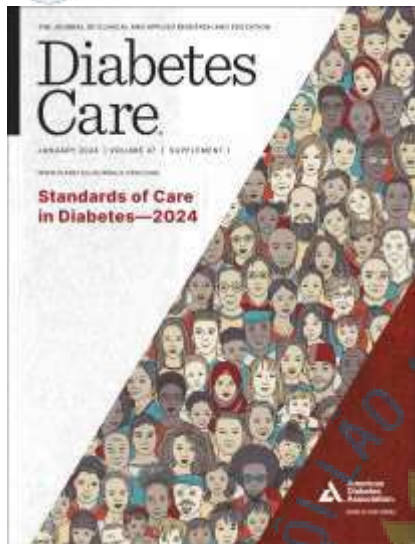
HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

**VUNA** - Hội Tiết Niệu -Thận học Việt Nam  
The Vietnam Urology & Nephrology Association

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



## Khuyến cáo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ - 2024



“Các mục tiêu điều trị đường huyết nên được cá thể hóa”

### Điều trị phối hợp sớm

Nên được cân nhắc ở bệnh nhân có mức HbA1c  
**cao hơn mục tiêu 1.5–2.0%**

Diabetes Care December 2023, Vol. 47, S1–S321.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



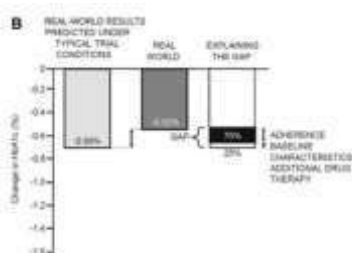
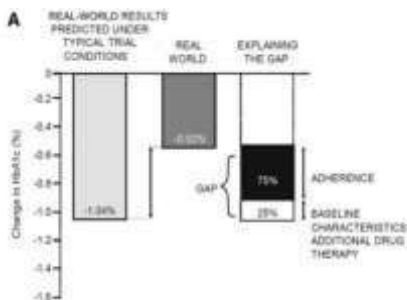
## Tuân trị kém là nguyên nhân quan trọng làm giảm hiệu quả điều trị

### KẾT QUẢ MÔ HÌNH THỰC TẾ

Kết quả so sánh kết quả trong nghiên cứu vs thực tế lâm sàng

Nhóm thuốc tiêm

Nhóm thuốc viên



**TUÂN TRỊ KÉM LÀ NGUYÊN NHÂN CHO**

**75%**

**KHOẢNG CÁCH VỀ HIỆU QUẢ GIỮA THỬ NGHIỆM VÀ THỰC TẾ.**

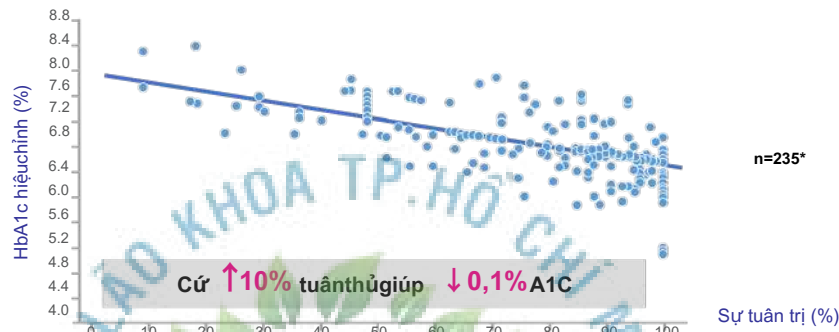
Abstract submitted to 76th ADA Scientific Sessions. June 10-14, 2016.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



## Phối hợp thuốc FDC cải thiện sự tuân trị

- Phác đồ đơn giản, số lần uống thuốc ít => tăng tuân trị, đặc biệt ở người già
- Cải thiện tuân trị => cải thiện kiểm soát đường huyết => giảm biến chứng



\*Người bệnh khởi đầu liệu pháp thuốc viên điều trị đái tháo đường với sulfonylurea, metformin, hoặc metformin phối hợp sulfonylurea

Rozenfeld Y et al. Am J Manag Care 2008;14:71

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



## Viên phối hợp liều cố định mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân



Giảm HbA1C **sớm và mạnh**.

**Tránh trì trệ lâm sàng** liên quan đến liệu pháp tiếp cận từng bước 1,2



Phối hợp các nhóm thuốc khác nhau với **cơ chế bổ sung**. 1,2



Phác đồ thuốc đơn giản hơn, **giảm số viên thuốc** và **cải thiện tuân trị**.

3-7



Có thể làm **giảm biến cố bất lợi** liên quan đến liều dùng. 1,8

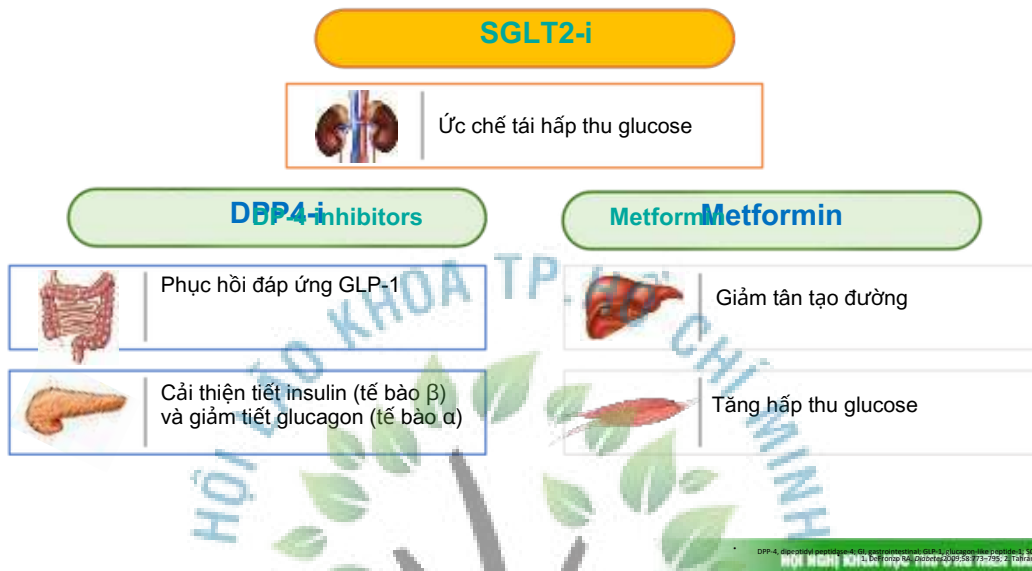


Có thể làm **chậm tiến triển bệnh**. 1,2

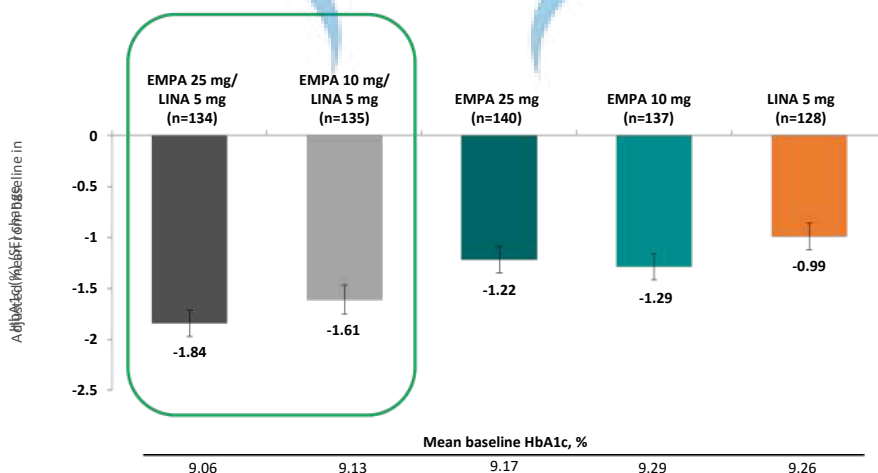
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



## Kết hợp SGLT-2i +DPP-4i hoặc SGLT-2i +metformin



**Viên phối hợp liều cố định empagliflozin/linagliptin: giúp giảm 1.8% HbA1c NHANH & MẠNH MỀ trên bệnh nhân có HbA1c ban đầu  $\geq 8.5\%$ \***

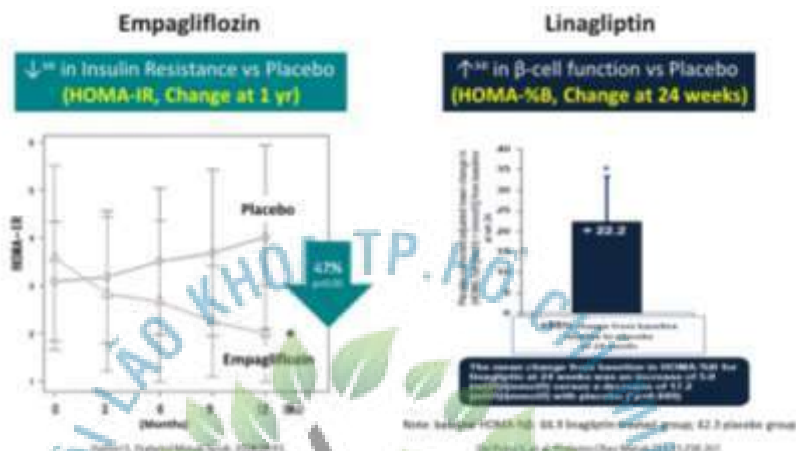


DeFronzo RA et al. Diabetes Care 2015;38:384





Viên phối hợp **Empagliflozin/Linagliptin** :  
giảm **trên** đề kháng insulin và cải thiện chức năng tế bào beta



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Không xảy ra trường hợp hạ đường huyết nghiêm trọng  
khi sử dụng **Empagliflozin/ Linagliptin**

BIẾN CỐ BẤT LỢI QUA 52 TUẦN NGHIÊN CỨU

|                      | Empagliflozin+Linagliptin<br>10/5 mg (n=102) | Empagliflozin+Linagliptin<br>25/5 mg (n=124) | Empagliflozin<br>10 mg (n=137) | Empagliflozin<br>25 mg (n=140) | Linagliptin<br>5 mg (n=128) |
|----------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| HẠ ĐƯỜNG HUYẾT*      | 2.2%                                         | 3.6%                                         | 1.4%                           | 3.5%                           | 2.3%                        |
| HẠ ĐƯỜNG HUYẾT NẶNG* | 0%                                           | 0%                                           | 0%                             | 0%                             | 0%                          |

- Biến cố bất lợi phổ biến nhất qua 52 tuần nghiên cứu là nhiễm trùng tiểu
- Tần suất xảy ra hạ đường huyết tương đương với từng thành phần riêng lẻ
- Ở bệnh nhân được điều trị với SGT2i được báo cáo về các biến cố nhiễm trùng sinh dục, hiếm gặp biến cố giảm thể tích, và nhiễm toan ceton do ĐTĐ. Vui lòng xem thông tin kê toa của Empagliflozin/Linagliptin để biết thêm thông tin về an toàn
- Ở bệnh nhân được điều trị với DPP4i, tác dụng phụ bao gồm: viêm mũi họng, tăng enzym lipase và viêm tụy. Vui lòng xem thông tin kê toa Empagliflozin/Linagliptin để biết thêm thông tin về an toàn

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



## Chỉ định Empagliflozin tại Việt Nam

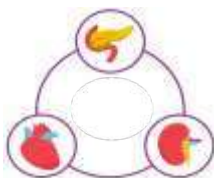


|           | <b>Đái tháo đường típ 2</b><br>Kiểm soát đường huyết                                                        | <b>Suy tim (bất kể EF)</b>                                                               | <b>Bệnh thận mạn</b>                                                                                                                                             |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Chỉ định  | Giảm nguy cơ tử vong tim mạch ở BN trưởng thành đái tháo đường típ 2 và có sẵn bệnh lý tim mạch             | Giảm nguy cơ tử vong tim mạch và nhập viện do suy tim ở bệnh nhân trưởng thành suy tim   | Giảm nguy cơ suy giảm eGFR kéo dài, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, tử vong tim mạch và nhập viện ở bệnh nhân trưởng thành mắc bệnh thận mạn có nguy cơ tiến triển |
| Liều dùng | <b>Khuyến cáo khởi trị:</b><br>Ở bệnh nhân với eGFR $\geq 30$ ml/phút/1.73m <sup>2</sup>                    | <b>Khuyến cáo khởi trị:</b><br>Ở bệnh nhân với eGFR $\geq 20$ ml/phút/1.73m <sup>2</sup> | <b>Khuyến cáo khởi trị:</b><br>Ở bệnh nhân với eGFR $\geq 20$ ml/phút/1.73m <sup>2</sup>                                                                         |
|           | <b>10 mg 1 lần/ngày</b><br>Có thể tăng liều lên 25 mg 1 lần/ngày nếu cần kiểm soát đường huyết chặt chẽ hơn | 10 mg 1 lần/ngày<br><b>10 mg 1 lần/ngày</b>                                              | <b>10 mg 1 lần/ngày</b>                                                                                                                                          |

Chống chỉ định empagliflozin trên bệnh nhân phải lọc thận

Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc empagliflozin tại Việt Nam

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



**Chân thành cảm ơn!**