



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Vai trò của tầm soát sớm bệnh thận mạn ở người bệnh có bệnh lý tim mạch và đái tháo đường

PGS.TS.BS. Đặng Thị Việt Hà

Phó Giám đốc Trung tâm Thận-Tiết niệu và Lọc máu
BV Bạch Mai

SC-VN-05017



Bệnh thận mạn (CKD) là gì?



Bệnh thận mạn

là những **bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận**, kéo dài trên 3 tháng và tác động lên sức khỏe người bệnh

Tiêu chuẩn bệnh thận mạn (một trong số tiêu chí kéo dài > 3 tháng)



Chỉ dấu tổn thương thận

- Albumin niệu (A/C ≥ 30 mg/g)
- Bất thường cận nước tiểu (vd: hồng cầu niệu dạng, hồng cầu gai)
- Bất thường điện giải và các bất thường khác do bệnh ống thận
- Bất thường mô học
- Bất thường cấu trúc trên hình ảnh
- Tiền sử thay thế thận



Giảm chức năng đào thải

- eGFR < 60 ml/phút/1.73 m² da



Tại sao chúng ta cần quan tâm đến bệnh thận mạn (CKD)?

Bệnh thận mạn là vấn đề toàn cầu



Bệnh thận mạn (CKD) ảnh hưởng đến khoảng 1 trong 10 người trưởng thành hoặc ước tính khoảng **850 triệu người** và gần đây đã được công nhận là '**dịch bệnh tiềm ẩn**'

Gần **90%** người trưởng thành mắc bệnh thận mạn không nhận biết được điều này.

Sự gia tăng nguy cơ **tử vong trong 10 năm có thể vượt quá 47%** và ước tính **5-10 triệu người tử vong** mỗi năm do CKD.

CKD làm gia tăng **tỷ lệ nhập viện**, tiêu tốn **nguồn lực y tế** và làm gia tăng tỷ lệ suy thận, gây áp lực lớn lên các cơ sở lọc máu.

Ở những đất nước phát triển và trung bình, CKD thường do diễn tiến của **tăng huyết áp và đái tháo đường**.

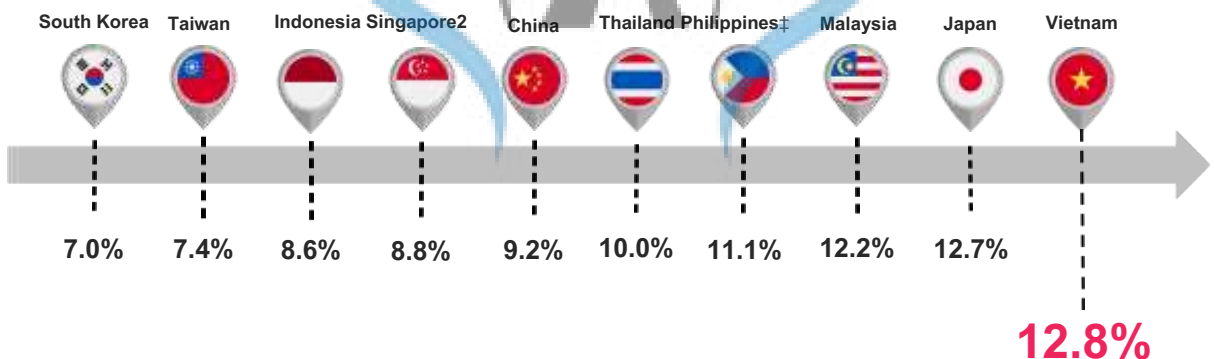
KidneyInt Suppl 2013;3:S1. 2. American Society of Nephrology. The Hidden Epidemic: Worldwide, Over 850 Million People Suffer From Kidney Diseases, 2018. https://www.asn-online.org/news/2018/0626-Joint_Hidden_Epidem.pdf (accessed Oct 2023); 3. Jager KJ et al. *Nephrol Dial Transplant* 2019;34:1803; 4. Alfego D et al. *Diabetes Care* 2021;44:2026; 5. Alkarian M et al. *J Am Soc Nephrol* 2013;24:302; 6. Luyckx VA et al. *Bull World Health Organ* 2018;96:414; 7. United States Renal Data System. 2022 USRDS Annual Data Report. 2023. <https://www.USRDS.org> (accessed Oct 2023); 8. Lancet 2017;389:1238



Tỷ lệ lưu hành Bệnh thận mạn tại châu Á và Việt Nam

Đánh giá và phân tích có hệ thống thông qua Tổ chức hợp tác thận Châu Á (ARC) khu vực Châu Á - Thái Bình Dương

Tỷ lệ mắc BTM (%):



*Defined as eGFR <60 mL/min/1.73 m² or evidence of proteinuria.

†Prevalence of CKD was estimated based on data from others countries included in the same cluster for which CKD prevalence data were available using random effects meta-analysis.

CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate.

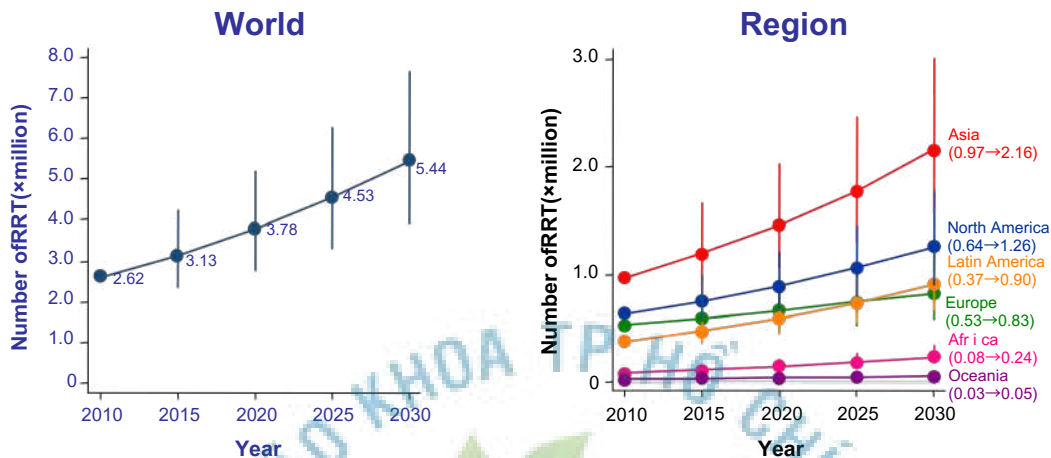
1. Lyanage T, Toyama T, Hockham C, et al. Prevalence of chronic kidney disease in Asia: a systematic review and analysis. *BMJ Global Health* 2022;7:e007525. doi:10.1136/bmjgh-2022-007525

Survey 2020

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Số BN cần điều trị thay thế thận ngày càng tăng ở châu Á



Liyanage T, et al. *Lancet* 2015;385(9981):1975-1982.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Bệnh thận mạn liên quan đến tiến triển của các kết cục tử vong tim mạch

Bệnh nhân CKD lớn tuổi có nguy cơ tử vong vì bệnh tim mạch cao gấp 6 lần so với tiến triển sang bệnh thận giai đoạn cuối và lọc máu



^a ≥65 years of age. ^b During median 9.7 years of follow-up. KRT, kidney replacement therapy. Dalrymple L, et al. *J Gen Intern Med*. 2011;26:379-385.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Tại Việt Nam, chi phí điều trị thay thế thận cao gấp 3 lần chi phí điều trị bệnh thận mạn giai đoạn sớm

Bệnh thận mạn giai đoạn 1-3

CP trực tiếp 2,358.9 USD



Điều trị lọc máu

CP trực tiếp 9,028.5 USD



CP Y tế trực tiếp 6,832.3 USD

- Lọc máu hoặc phẫu thuật 3,788.1 USD
- Thuốc + chất tạo máu 4,486.1 USD

CP trực tiếp ngoài Y tế 2,196.2 USD

(Đi lại, ăn uống, chỗ ở ...)

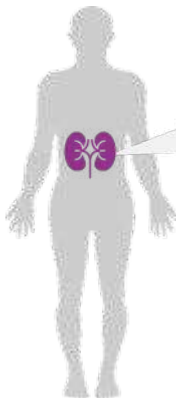
Nguyễn Q.T et al. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2018 Jun (Suppl-1), Vol-12(6):LC99-LC105

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

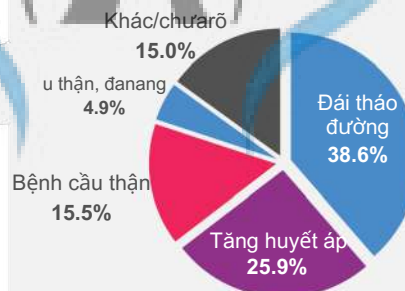
7



Nguyên nhân của bệnh thận mạn



Nguyên nhân của BTM tại Mỹ



ESKD is generally defined as the chronic need for kidney replacement therapy (>3 months)

*Percentages do not equal 100% due to rounding

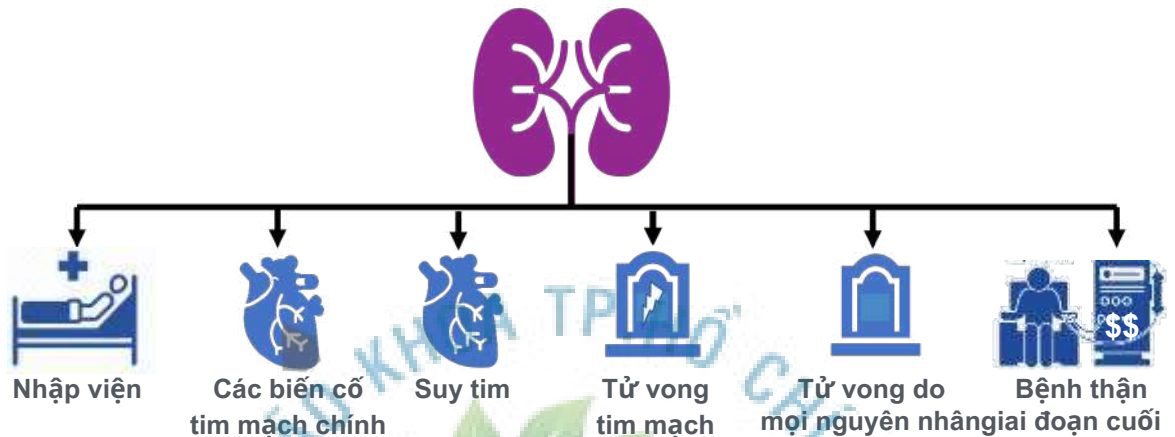
ESKD, end-stage kidney disease

United States Renal Data System. 2019 Annual Data Report. https://www.usrds.org/2019/view/USRDS_2019_ES_final.pdf

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



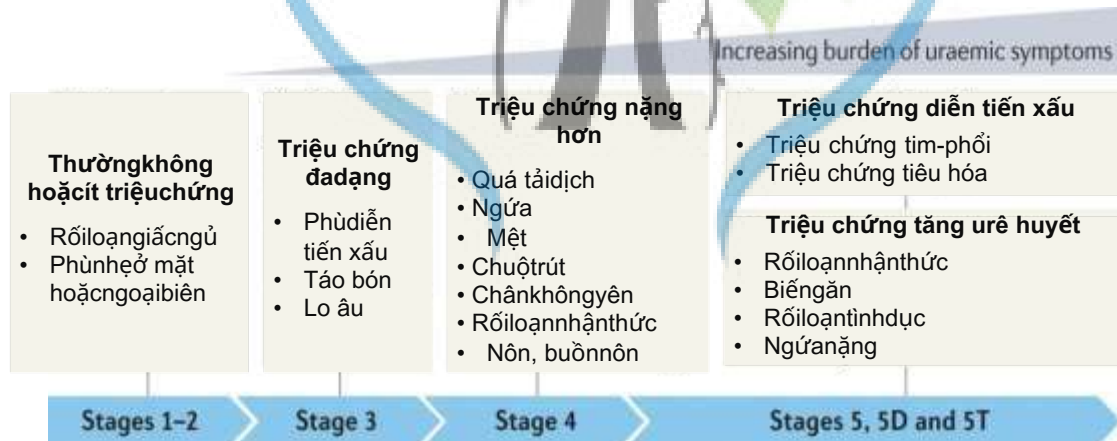
Bệnh thận mạn liên quan tới nhiều biến chứng nguy hiểm



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



BTM thường không có hoặc ít triệu chứng ở giai đoạn đầu



Nature Reviews Nephrology volume 18, pages185–198 (2022)

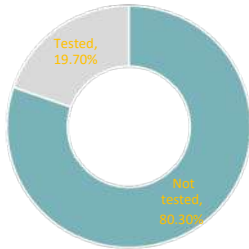
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



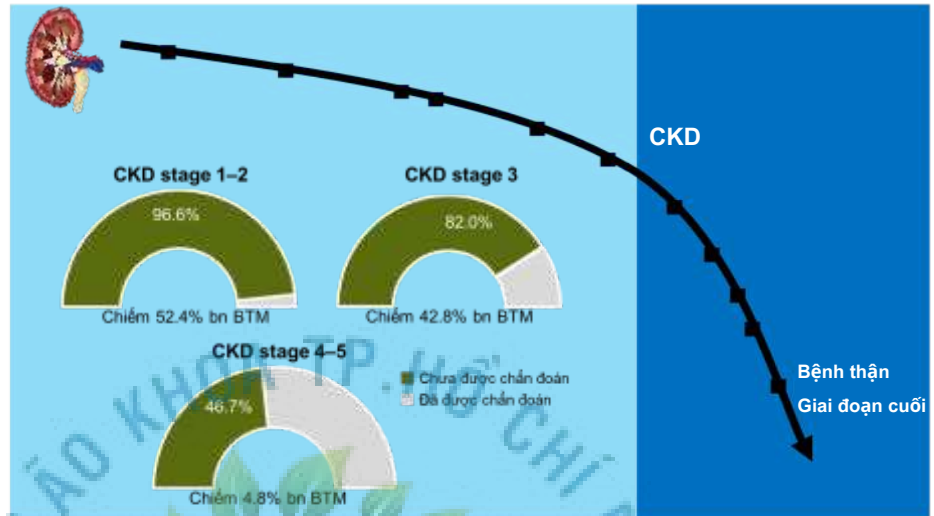
Bệnh thận mạn thường được chẩn đoán **TRỄ**

TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN

ĐIỀU TRỊ



80.3% bệnh nhân có nguy cơ cao bệnh thận mạn (ĐTĐ và/hoặc tăng huyết áp) **không được thực hiện** các xét nghiệm tầm soát/ chẩn đoán bệnh thận theo khuyến cáo



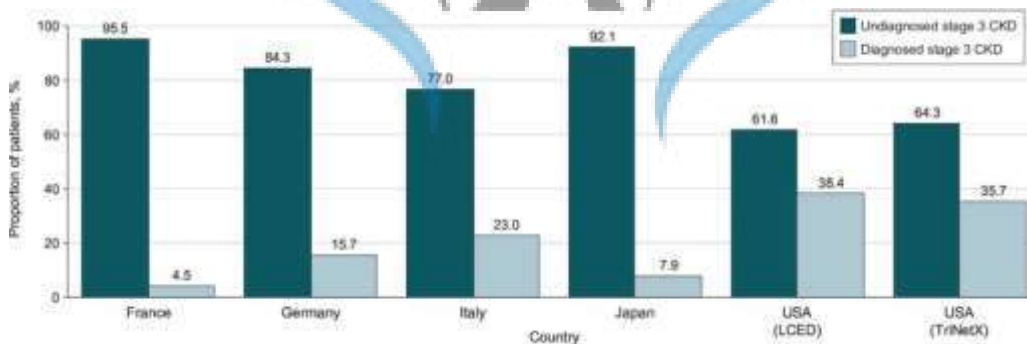
Spectrum Graphic Adapted from: Dzau V, et al. Am Heart J 1991;121:1244-1263

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Rất nhiều bệnh nhân bệnh thận mạn chưa được phát hiện

Tần suất bệnh thận mạn giai đoạn 3 ở Pháp, Đức, Italy, Nhật Bản và Mỹ:
kết quả từ nghiên cứu quan sát REVEAL-CKD



Tangri N, et al. BMJ Open 2023;13:e067386. doi:10.1136/bmjopen-2022-067386

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



BTM là gánh nặng kinh tế rất lớn cho BN và xã hội (Dữ liệu tại Việt Nam)

Chronic Kidney Disease-Economic Impact: A Vietnamese Hospital Perspective, 2014-2017

The Economic Burden of Chronic Kidney Disease in Vietnam

Hai-Yen Nguyen-Thi, Thanh-Nhan Le-Phuc, Nhan Tri Phat, Dai-Truong Van, Thuy-Trang Le-Thi, Nguyen Dang Tu Le, Hong-Nguyen Tran-Thi and Luyen-Pham Dinh

SAHJ
© The Author(s) 2021
https://doi.org/10.1007/s12020-021-00811-1
SAGE

- Chi phí điều trị cao hơn đáng kể đối với bệnh nhân chạy thận nhân tạo
- Chi phí y tế trực tiếp mỗi năm cho mỗi bệnh nhân chạy thận nhân tạo hoặc không chạy thận tại khoa ngoại trú lần lượt là 2.401 USD và 957 USD; bệnh nhân điều trị tại khoa nội trú lần lượt là 611 USD và 202 USD.
- Chi phí điều trị tăng lên khi tình trạng của bệnh nhân xấu đi (trừ giai đoạn 1 và 2 CKD).
- Chi phí điều trị CKD cao hơn GDP bình quân đầu người của Việt Nam năm 2019 và các yếu tố chính ảnh hưởng đến chi phí là bệnh đi kèm và lọc máu

Chiến lược sàng lọc để phát hiện CKD ở giai đoạn sớm sẽ giúp giảm gánh nặng kinh tế cho điều trị.

1. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2018 Jun (Suppl-1), Vol-12(6):LC72-LC78
2. Health Services Insights Volume 14: 1-6

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



KDIGO 2024: Cần chẩn đoán CKD và can thiệp SỚM, ngay từ các BS chăm sóc ban đầu giúp mang lại lợi ích cho bệnh nhân và giảm gánh nặng về kinh tế

BS chăm sóc SK ban đầu

BS Tim mạch

BS Nội tiết

BS Thận

Importantly, slowing CKD progression at early stages should provide economic benefits and prevent the development of kidney failure and cardiovascular complications. A systematic review of care models in LMIC found that those supporting primary care providers or allied health workers achieved effectiveness in slowing GFR decline, as opposed to interventions centered on specialty care alone.^{3,2} Where there are resource limitations, it is logical to deploy resources where they will be most cost-effective, for example, to higher-risk, preventable stages.

Quan trọng, cần làm chậm sự tiến triển của CKD ở giai đoạn đầu sẽ mang lại lợi ích kinh tế và ngăn ngừa tiến triển suy giảm chức năng thận và các biến chứng tim mạch. Một đánh giá có hệ thống về các mô hình chăm sóc ở LMIC cho thấy rằng những hỗ trợ của các bác sĩ chăm sóc ban đầu hoặc các nhân viên y tế đã đạt được hiệu quả trong việc làm chậm sự suy giảm GFR, so với các biện pháp can thiệp chỉ tập trung vào chăm sóc đặc biệt.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Các hướng dẫn điều trị khuyến cáo kiểm tra định kỳ chức năng thận ở bệnh nhân Tim mạch–Thận–Chuyển hóa

KDIGO^{1,2}

- Tầm soát bệnh thận mạn ở các **BN tăng huyết áp, ĐTD, hoặc bệnh tim mạch**
- Sàng lọc BTM nên được thực hiện ở những BN có nguy cơ cao dựa trên các bệnh đi kèm, phơi nhiễm môi trường và các yếu tố rủi ro di truyền
- Khởi trị, **tăng suất**, và kết thúc sàng lọc BTM cần được **cá thể hóa dựa trên nguy cơ tim mạch, thận** và mong muốn cá nhân
- Nên có sàng lọc đối với nhóm BN nguy cơ cao trong chính sách y tế cộng đồng

ESC/ESH³

- Đánh giá lâm sàng và đánh giá tổn thương cơ quan đích bao gồm các kết quả **SCr, eGFR, và UACR ở tất cả BN tăng huyết áp**
- Với **BN BTM**, các biện pháp trên nên được lặp lại **ít nhất hằng năm**

ADA⁴

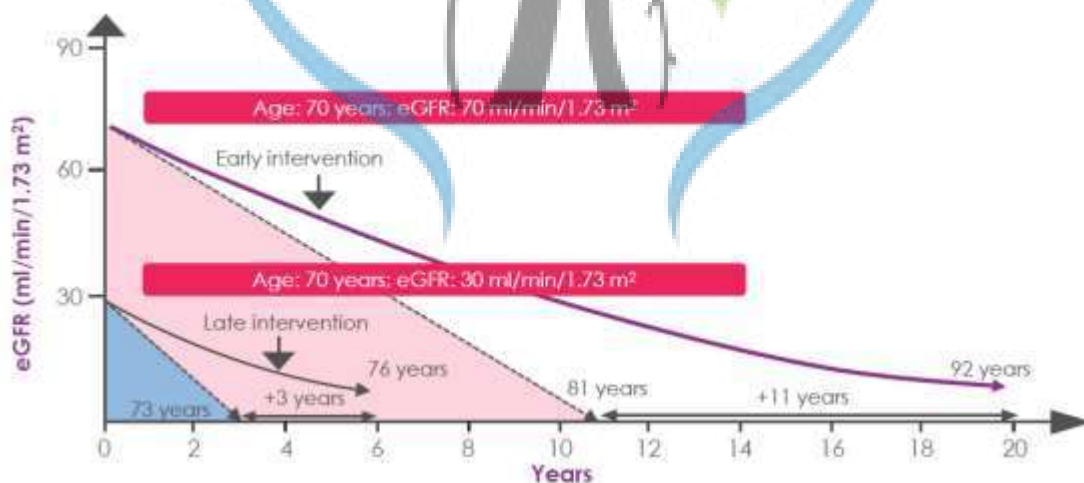
- Kiểm tra albumin niệu (UACR) và eGFR **ít nhất hằng năm** ở các BN:
- **ĐTD típ 1 ≥ 5 năm**
- **ĐTD típ 2 từ lúc được chẩn đoán**

1. Shlipak MG, et al. Kidney Int. 2021;99:34–47; 2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. Kidney Int Suppl. 2013;3:1–150; 3. Williams B et al. Eur Heart J. 2018;39(33):3021–3104; 4. American Diabetes Association. Diabetes Care. 2023;46:S1–S291

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Phát hiện SỚM và can thiệp SỚM với BTMs sẽ giúp giảm nguy cơ tiến triển bệnh

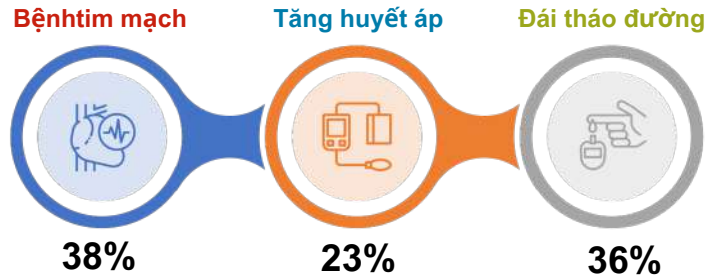


CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate
Gohda T & Murakoshi M. Int J Mol Sci 2022;23:13749

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Các đối tượng BN nguy cơ cao mắc bệnh thận mạn theo ISN và KDIGO



Xét nghiệm **eGFR** và **UACR**
để phát hiện sớm Bệnh thận mạn
cho các BN nguy cơ cao

1. International Society of Nephrology. Kidney Disease: Improving Global Outcomes. CKD Early Identification & Intervention Toolkit. Available at: https://www.theisn.org/wp-content/uploads/2021/10/ISN_KDIGO_EarlyScreeningBooklet_WEB_updatedOct11.pdf (Accessed April 2023); 2. United States Renal Data System (USRDS). 2021 Annual Data Report. Available at: <https://usrds-nidr.nih.gov/2021> (Accessed April 2023); 3. Schneider MP, et al. Presented at World Congress of Nephrology (WCN), February 24–27, 2022. Virtual and Kuala Lumpur, Malaysia. Poster WCN22-0472; 4. Sultan AA, et al. Presented at American Diabetes Association (ADA) 81st Scientific Sessions, June 25–29, 2021. Virtual. Poster 998-P; 5. Virgitti JB, et al. Presented at American Society of Nephrology (ASN) Kidney Week, November 4–7, 2021. Virtual. Poster PO2337

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

BỘ Y TẾ

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

Số: 2388 /QĐ-BYT

Hà Nội, ngày 12 tháng 8 năm 2024

QUYẾT ĐỊNH

Về việc ban hành tài liệu chuyên môn

“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn và một số bệnh lý thận”

2.1. Các yếu tố nhạy cảm: tăng khả năng bị tổn thương thận

- Tuổi cao (thường trên 60)
- Tiền sử gia đình có BTM hoặc bệnh thận di truyền
- Tiền sử có tổn thương thận cấp
- Giảm khối lượng mô thận
- Nhẹ cân khi sinh
- Người da đen và các chủng tộc thiểu số khác
- Tăng huyết áp
- Đái tháo đường
- Béo phì
- Điều kiện kinh tế xã hội thấp

2.2. Các yếu tố khởi động: trực tiếp khởi động tổn thương thận

- Suy thận cấp
- Bệnh tự miễn
- Nhiễm trùng hệ thống (bao gồm cả HBV, HCV, HIV, SARS-CoV-2)
- Nhiễm trùng đường tiết niệu
- Sỏi thận
- Tắc nghẽn đường tiết niệu dưới
- Các thuốc gây độc thận
- Tăng huyết áp
- Đái tháo đường

➤ Tầm soát BTM **chủ động** bằng cách xác định eGFR và xét nghiệm UACR nước tiểu 1 năm 1 lần.

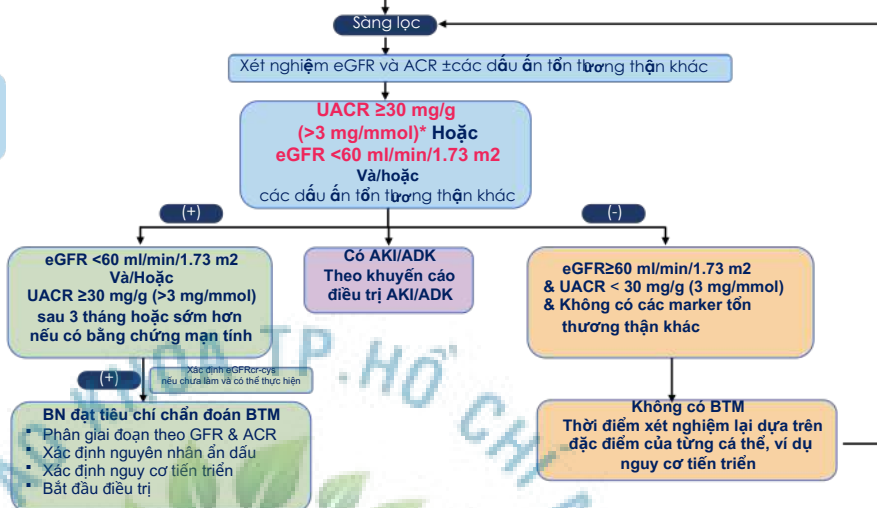
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

KDIGO 2024: Các bước sàng lọc, chẩn đoán BTM

Bước 1:
Xác nhận bệnh nhân có nguy cơ

Những yếu tố bệnh lý là nguy cơ chính dẫn đến BTM*:
 THA  ĐTD  Bệnh TM  Tiền sử gia đình BTM

Bước 2: Tiến hành test cho bệnh nhân nguy cơ cao



Bước 3: Chẩn đoán CKD

* Nếu không định lượng được calbunin niệu có thể thay (theo thứ tự ưu tiên) bằng: 1. định lượng protein niệu; 2. định tính albumin niệu; 3. định tính protein niệu; 4. Chuyển BS chuyên khoa Thận

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Chức năng và tổn thương thận được đánh giá dựa trên cả eGFR và albumin niệu

- Bệnh thận giai đoạn đầu thường không có triệu chứng, cần một số xét nghiệm để phát hiện sớm



UACR urine test^{1,2,4}

Xét nghiệm albumin trong nước tiểu, đây là một trong những dấu hiệu sớm nhất của tổn thương thận



eGFR blood test^{1,2}

Đánh giá chức năng thận

UACR, urine albumin-to-creatinine ratio

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. Kidney Int Suppl 2022;102:S1; 2. Polkinghorne KR et al. Clin Biochem Rev 2014;35:67; 3. Shang N et al. NPJ Digit Med 2021;4:70; 4. Liu R et al. J Clin Lab Anal 2011;25:324

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



BS chăm sóc ban đầu cần biết về xét nghiệm eGFR như một công cụ sàng lọc bệnh thận mạn

Mức lọc cầu thận (GFR) được coi là chỉ số tổng thể tốt nhất về chức năng thận

GFR thay đổi tùy theo độ tuổi, giới tính, thể chất và giảm dần theo tuổi

eGFR có thể được ước (eGFR) từ SCr, tuổi và giới tính của bn bằng cách sử dụng các phương trình đã được công nhận và xác thực (ví dụ: CKD-EPI)



eGFR blood test^{1,2}

Đo lường phần chức năng của Thận

eGFR đôi khi được báo cáo cùng với SCr

Trong trường hợp chỉ có một thông số SCr, eGFR vẫn có thể được tính toán một cách dễ dàng

Hiện tại eGFR đã có thể được tính toán nhanh bằng các công cụ online

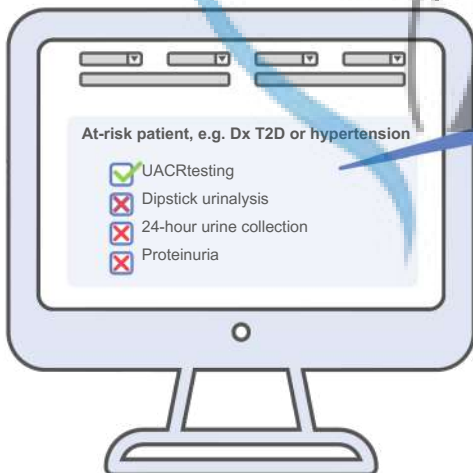
Cần thận trọng khi xem xét eGFR ở những người đang ăn kiêng/giảm cơ, đã từng phẫu thuật cắt cụt chi, có SCr không ổn định, béo phì hoặc người trẻ tuổi hoặc người lớn tuổi

1. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. *Kidney Int Suppl* 2022;102:S1. 2. Polkinghorne KR et al. *Clin Biochem Rev* 2014;35:67. 3. Oltmann A. Guide to CKD Screening and Evaluation. <https://www.kidney.org/sites/default/files/Final%20Session%204%20Oltmann%20Guide%20to%20CKD%20Screening%20and%20Evaluation.pdf> (Accessed Oct 2023). 4. UK Kidney Association.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



UACR: chưa phổ biến ở Việt Nam nhưng khá phổ biến trên thế giới



Mẫu nước tiểu ngẫu nhiên³



- Xét nghiệm UACR được khuyến cáo vì nó đặc hiệu với albumin, loại protein quan trọng nhất bị mất qua nước tiểu ở CKD.
- UPCR có thể được sử dụng thay thế, tuy nhiên nó không nhạy trong việc phát hiện protein niệu tăng vừa phải

Dx, diagnosis; T2D, type 2 diabetes; UACR, urine albumin-to-creatinine ratio; UPCR, urinary protein-to-creatinine ratio

1. National Kidney Foundation. Tests to Check Your Kidney Health. <https://www.kidney.org/atoz/content/kidneytests> (accessed Oct 2023); 2. National Kidney Foundation. Urinalysis (urine test). <https://www.kidney.org/atoz/content/what-urinalysis> (accessed Oct 2023); 3. American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2023;46:S1. 4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. *Kidney Int* 2013;3:S1; 5. Park JJ et al. *PLOS One* 2017;12:e0171106; 6. Nielsen CB et al. *Diagnostics (Basel)* 2022;12:457

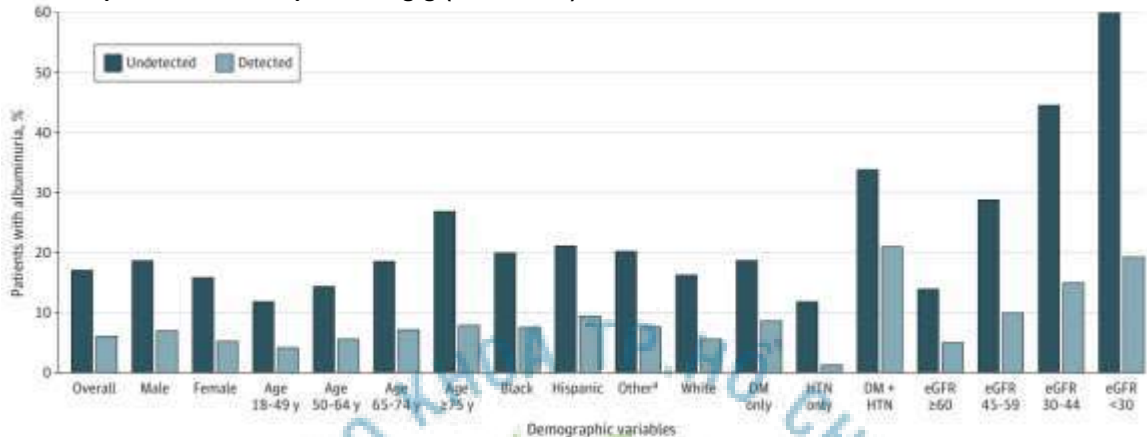
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

22



Thực tế, ~2/3 bệnh nhân có albumin niệu* chưa được phát hiện

Tần suất ước tính albumin niệu và tỉ lệ % bệnh nhân tăng huyết áp ± Đái tháo đường phát hiện được có albumin niệu ≥ 30 mg/g (N=192,108)



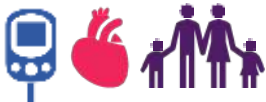
Cần xét nghiệm UACR cho những đối tượng nguy cơ để phát hiện SỚM và điều trị SỚM CKD

- Chu et al JAMA Network Open. 2023;6(7):e2326230. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.26230 (Published July 27 2023)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Bệnh thận mạn: Các giai đoạn, phân tầng nguy cơ và tần suất tái khám hàng năm theo KDIGO 2024



Các đối tượng BN cần sàng lọc:

- DT Đ típ 1 hoặc típ 2
- Tăng huyết áp
- Bệnh tim mạch
- Tiền sử gia đình bị bệnh thận mạn

		Phân tầng đạm niệu		
		A1 <30 mg/g <3 mg/mmol	A2 30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	A3 ≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol
Phân tầng GFR (mL/min/1.73 m)	≥ 90 G1	Tầm soát(1)	Điều trị (1)	Điều trị & Tầm soát(3)
	60-89 G2	Tầm soát(1)	Điều trị (1)	Điều trị & Tầm soát(3)
	45-59 G3a	Điều trị (1)	Điều trị (2)	Điều trị & Tầm soát(3)
	30-44 G3b	Điều trị (2)	Điều trị & Tầm soát(3)	Điều trị & Tầm soát(3)
	15-29 G4	Điều trị & Tầm soát(3)	Điều trị & Tầm soát(3)	Điều trị & Tầm soát(4+)
	<15 G5	Điều trị & Tầm soát(4+)	Điều trị & Tầm soát(4+)	Điều trị & Tầm soát(4+)

Không thể chẩn đoán BTM giai đoạn 1 hoặc 2 nếu không xét nghiệm UACR

Low risk*

Moderately increased risk

High risk

Very high risk

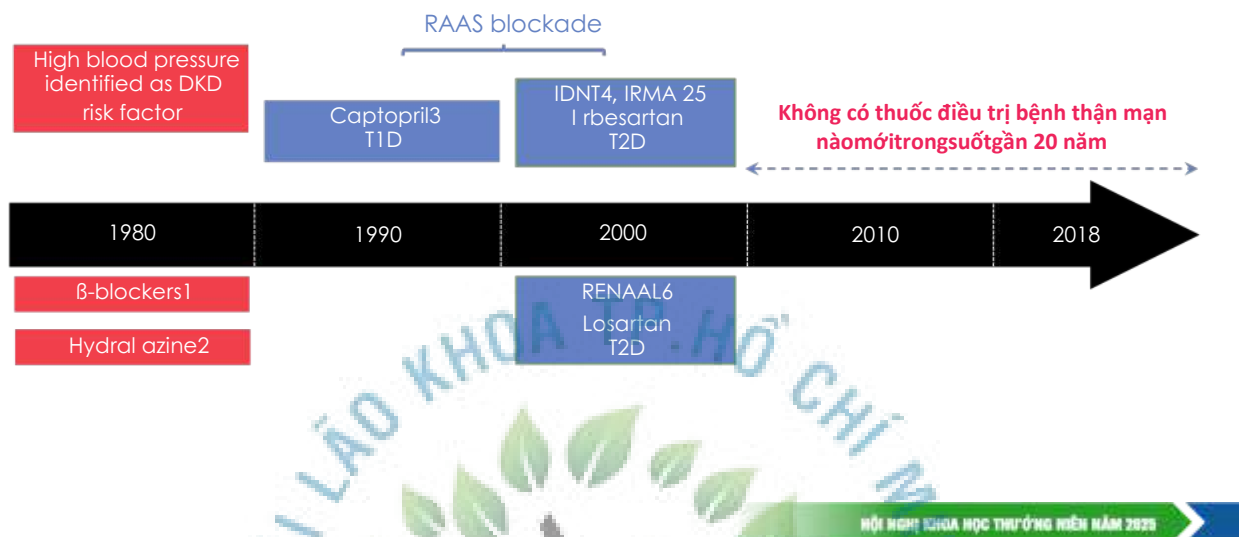
*If no other markers of kidney disease, no CKD.

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S): S117-S314.

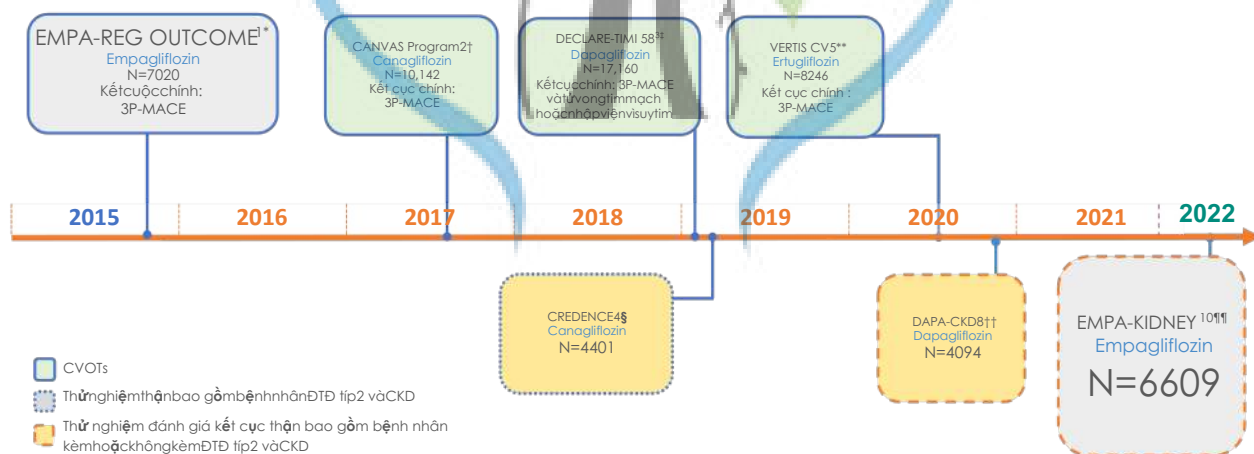
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Không có tiến bộ về điều trị bệnh thận mạn trong thời gian dài (~20 năm)



Các nghiên cứu của SGLT2i chứng minh lợi ích bảo vệ tim mạch –thận, khởi đầu với EMPA-REG OUTCOME, và gần đây nhất là NC EMPA-KIDNEY



1. Zinman B et al. N Engl J Med 2015;373:2117 (NCT01131676); 2. Neal B et al. N Engl J Med 2017;377:644 (NCT01032629); 3. Wiviott SD et al. N Engl J Med 2019;380:347 (NCT01730534); 4. Perkovic V et al. N Engl J Med 2019;380:2295 (NCT02065791); 5. Cannon CP et al. N Engl J Med 2020;383:1425 (NCT01986881); 6. McMurray JJV et al. N Engl J Med 2019;381:1995 (NCT03361241); 7. Perkovic M et al. N Engl J Med 2020;383:1115 (NCT03057977); 8. Wheeler DC et al. Nephrol Dial Transplant 2020;35:170 (NCT03036150); 9. Anker SD et al. Eur J Heart Fail. 2019;21:1279 (NCT03057951); 10. EMPA-KIDNEY (NCT03594110) (accessed March 2021).



Các nghiên cứu CVOT của SGLT2i ở bệnh nhân ĐTD đái tháo đường Empagliflozin mang lại lợi ích trên tim mạch và thận cho bệnh nhân

	EMPA-REG OUTCOME ^{1,2} (empagliflozin)	CANVAS Program ³ (canagliflozin)	DECLARE-TIMI 584 (dapagliflozin)	VERTIS CV5 (ertugliflozin)
	ĐTD đái tháo đường + bệnh tim mạch	ĐTD đái tháo đường + ASCVD hoặc ≥2 YTN tim mạch	ĐTD đái tháo đường + ASCVD đã được chẩn đoán hoặc đa YTN	ĐTD đái tháo đường + ASCVD đã được chẩn đoán
Kết cục chính: 3P-MACE*	▼ 14%	▼ 14%	NS	NS
Tử vong tim mạch†	▼ 38%‡	NS§	NS§	NS§
Nhập viện vì suy tim†	▼ 35%‡	▼ 33%§	▼ 27%§	▼ 30%§
Kết cục thận†	▼ 39%‡	▼ 40%§	▼ 47%§	NS§

So sánh kết quả giữa các nghiên cứu nên được giải thích một cách thận trọng do sự khác biệt trong thiết kế, đối tượng và phương pháp nghiên cứu. *p<0.05 and/or upper 95% CI<1. †Giảm nguy cơ tử vong tim mạch. ‡Giảm nguy cơ tử vong tim mạch. §Giảm nguy cơ nhập viện vì suy tim.

NS, không đáng kể; SGLT2, sodium-glucose transport protein 2; ĐTD, đái tháo đường. Tài liệu tham khảo trình bày ở phần ghi chú dưới slide. **Giá trị không được báo cáo riêng: 3/4P-MACE, các biến cố tim mạch chính ¼ điểm; ASCVD, bệnh tim mạch xơ vữa; eGFR, bệnh thận mạn đã được chẩn đoán; HHF, nhập viện vì suy tim; NS, không đáng kể; SGLT2, sodium-glucose transport protein 2; ĐTD, đái tháo đường.**

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



2022: Nghiên cứu EMPA-KIDNEY dừng sớm do bằng chứng rõ ràng về hiệu quả

EMPA-KIDNEY
The study of heart and kidney protection with empagliflozin

30–48 months
Event driven: study continues until ≥1–70 primary outcome events occur

MRC Population Health Research Unit
University of Oxford

16 March 2022

End of treatment

EMPA-KIDNEY trial stops early due to evidence of efficacy

Randomisation (1:1)
Double-blind
N=5000

Every 6 months thereafter, until required number of events has accrued

*Single RAS inhibition in clinical appropriate dose and management of CV risk factors and other existing comorbidities, including hypertension and diabetes. CV, cardiovascular; RAS, renin-angiotensin system. PACE-CME symposium. ERA-EDTA2018; EMPA-KIDNEY trial stops early due to evidence of efficacy —EMPA-KIDNEY (empakidney.org)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

28



CÁC NGHIÊN CỨU CHUYÊN BIỆT VỀ CKD CỦA SGLT-2 Empagliflozin thu nhận số lượng BN lớn nhất phổ BN rộng nhất

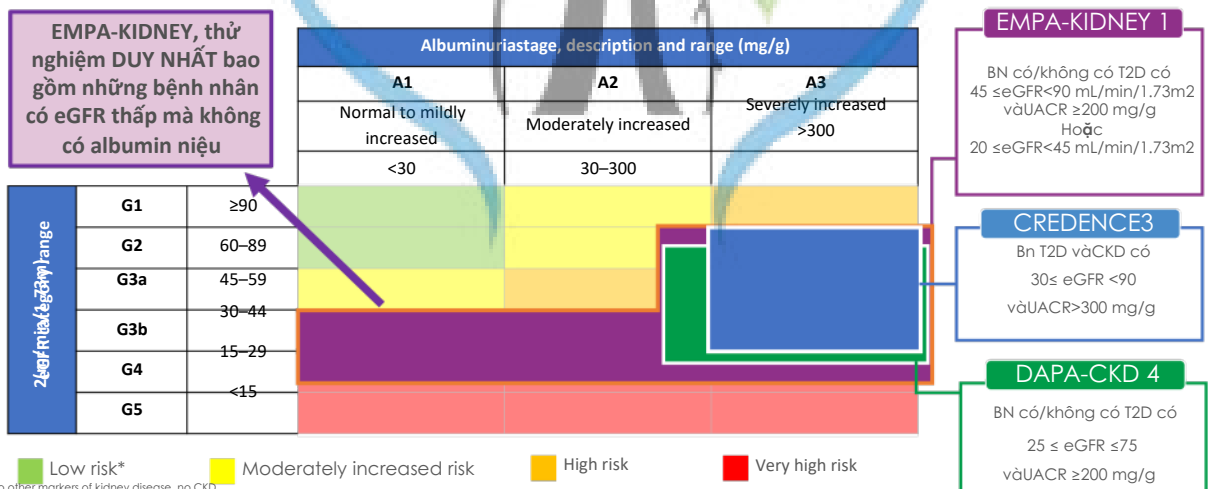
	EMPA-KIDNEY ¹ (2022)	CREDENCE ³ (2019)	DAPA-CKD ⁴ (2020)
SGLT2 inhibitor	Empagliflozin	Canagliflozin	Dapagliflozin
Dân số nghiên cứu	BN CKD, bao gồm ✓ Có ĐTD* Không kèm ĐTD Không có albumin niệu	BN CKD, bao gồm ✓ T2D x Không kèm T2D x Không có albumin niệu	BN CKD, bao gồm ✓ T2D x Không kèm T2D x Non-albuminuric
Số lượng BN BN Châu Á	6609 2393	4401 877	4304 1467
Tiêu chuẩn lựa chọn	eGFR ≥20 đến <45 ml/min/1.73 m2 hoặc eGFR ≥45 đến <90 ml/min/1.73 m2 và UACR ≥200 mg/g	eGFR ≥30 đến <90 ml/min/1.73 m2 và UACR >300 to 5000 mg/g	eGFR ≥25 đến ≤75 ml/min/1.73 m2 và UACR ≥200 to 5000 mg/g
Kết cục chính	Tổ hợp biến cố thận hoặc tử vong tim mạch	Tổ hợp biến cố thận hoặc tử vong tim mạch	Tổ hợp biến cố thận hoặc tử vong tim mạch
Kết cục phụ	•Tử vong do TM hoặc nhập viện do suy tim •Nhập viện do mọi nguyên nhân •Tử vong do mọi nguyên nhân	•Tử vong do TM hoặc nhập viện do suy tim •Biến cố gộp trên thận •Tử vong do mọi nguyên nhân	•Tử vong do TM hoặc nhập viện do suy tim •Biến cố gộp trên thận •Tử vong do mọi nguyên nhân

1. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. N Engl J Med 2022; DOI: 10.1056/NEJMoa2202233. 2. Perkovic V, et al. N Engl J Med 2019; 380:2295-2306. 3. Wheeler DC, et al. Nephrol Dial Transplant 2020;35:1700.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



THỬ NGHIỆM SGLT2I TRÊN BỆNH THẬN MẠN Empagliflozin thu nhận phổ bệnh nhân rộng nhất



*If no other markers of kidney disease, no CKD.

CKD, chronic kidney disease; eGFR, estimated glomerular filtration rate; UACR, urine albumin-to-creatinine ratio; T2D, type 2 diabetes.

1. The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. [Published online ahead of print March 3, 2022]. Nephrol Dial Transplant. 2022; DOI:10.1093/ndt/gfac054. 2. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int Suppl. 2013;3(1):1–150. 3. Perkovic V, et al. N Engl J Med. 2019; 380:2295-2306. 4. Wheeler DC, et al. Nephrol Dial Transplant 2020;35:1700.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

A Kaplan-Meier plot showing the cumulative incidence of cardiovascular death over 2.5 years. The y-axis represents 'Participants with Event (%)' from 0 to 40. The x-axis represents 'Years of Follow-up' from 0 to 2.5. Two curves are shown: a grey line for the Placebo group and a yellow line for the Empagliflozin 10 mg group. The Placebo curve is consistently above the Empagliflozin curve, indicating a higher cumulative incidence of cardiovascular death. Text annotations provide the number of participants (N) and the event rate per 100 person-years (PY) for each group.

Group	N (%)	Events/100 PY
Placebo	558 (16.9%)	8.96
Empagliflozin 10 mg	432 (13.1%)	6.85

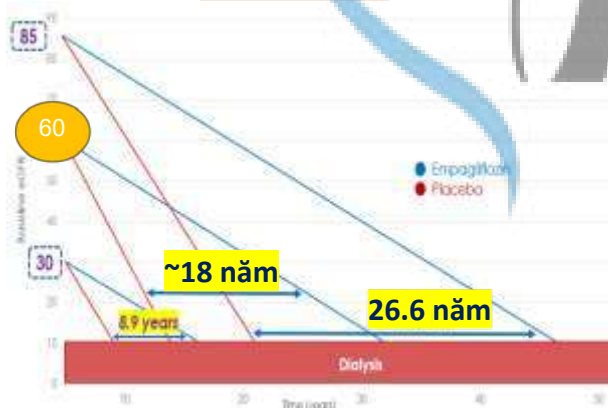
$$NNT=28^*$$

ARRT: 28 (95% CI 19, 53) per 2 years at risk
ARRT: The primary composite outcome of kidney disease progression or CV death is 3.6% per patient year at risk
Kidney disease progression defined as end-stage kidney disease, a sustained decline in eGFR to <10 mL/min/1.73 m² renal, or a sustained decline of ≥40% in eGFR from randomization
ARR: absolute risk reduction; CV, cardiovascular; eGFR, estimated glomerular filtration rate; NNT, number needed to treat; RRR, relative risk reduction; UACR, urine albumin-to-creatinine ratio

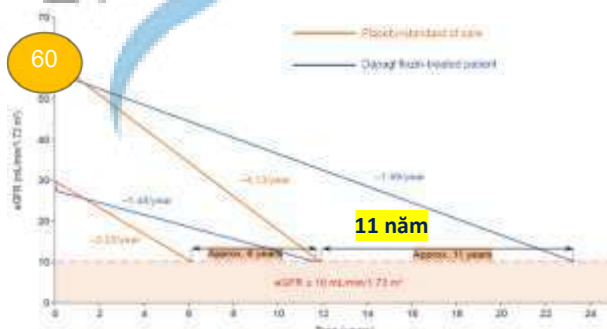
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Khởi trị SỚM với Empagliflozin là chìa khóa kéo dài sự sống cho bệnh nhân CKD

DAPA-CKD



Fernández-Fernández, Beatriz, et al. "EMPA-KIDNEY: expanding the range of kidney protection by SGLT2 inhibitors." *Clinical Kidney Journal* (2023): sfad082.

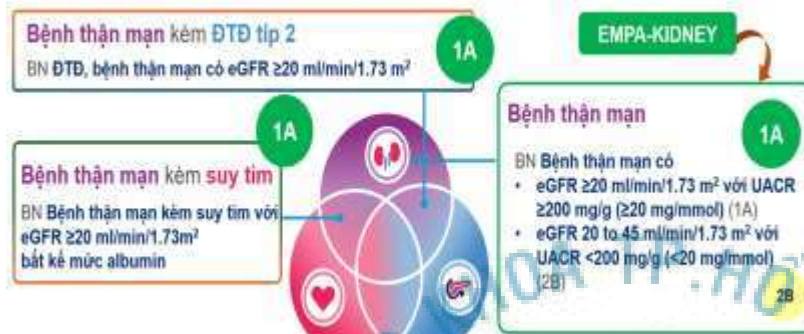


Kidney Med. 6(8):100851. Published online June 8, 2024. Doi: [10.1016/j.xkme.2024.100851](https://doi.org/10.1016/j.xkme.2024.100851)



Năm 2024, KDIGO và Bộ Y tế khuyến cáo SGLT2i trong đó có Empagliflozin là liệu pháp hàng đầu cho hầu hết các bệnh nhân có Bệnh thận mạn

Khuyến cáo sử dụng SGLT2i cho bệnh nhân:



1. Kidney International (2024) 105 (Suppl 4S), S117–S314; 2. Bộ Y tế ban hành Quyết định số 2388/QĐ-BYT, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh thận mạn.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Chỉ định Empagliflozin tại Việt Nam (cập nhật ngày 04/11/2024)

	ĐTĐ típ2	Suytim (bất kể EF)	Bệnh thận mạn
Chỉ định	Kiểm soát đường huyết Giảm nguy cơ tử vong tim mạch ở bệnh nhân trưởng thành ĐTĐ típ2 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 tính có nguy cơ tiến triển
Liều dùng	10 mg 1 lần/ngày Có thể tăng liều lên 25 mg 1 lần/ngày nếu cần kiểm soát đường huyết chặt chẽ hơn	10 mg 1 lần/ngày	10 mg 1 lần/ngày

- Không khuyến cáo sử dụng thuốc ở bệnh nhân có eGFR <30 ml/phút/1.73m² để kiểm soát đường huyết
- Các nghiên cứu về hiệu quả và tính an toàn của empagliflozin không thu nhận bệnh nhân có eGFR <20 ml/phút/1.73m² hoặc có tổn thương thận nặng, bệnh nhân trưởng thành trong các nghiên cứu EMPA-REG OUTCOME, EMPEROR-Reduced, EMPEROR-Preserved và EMPA-KIDNEY không yêu cầu dùng điều trị vì lý do eGFR giảm xuống dưới 20 ml/phút/1.73m² hoặc bắt đầu phải lọc thận

Tổ hợp dẫn sử dụng thuốc empagliflozin tại Việt Nam, 11/2024

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



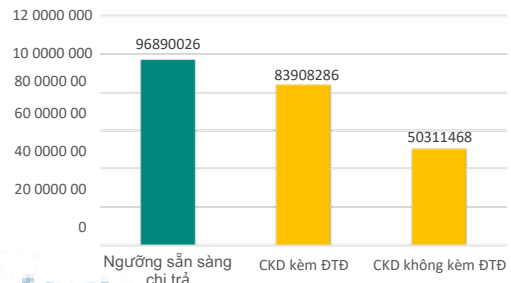
Nghiên cứu tại Việt Nam: Empagliflozin là liệu pháp đạt chi phí hiệu quả cho bệnh nhân bệnh thận mạn



Empagliflozin có hiệu quả chi phí
sv. Điều trị chuẩn đơn thuần, trên bệnh nhân
Bệnh thận mạn, và
Tỉ số chi phí-hiệu quả tăng thêm
(ICER):

78 triệu VND/QALY

Ngưỡng chấp nhận chi trả tại Việt Nam là
1 GDP/ người = 96,890,026 VND



Điều trị với **Empagliflozin** giúp tiết kiệm chi phí về lâu dài do ngăn ngừa, trì hoãn tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối, đòi hỏi các liệu pháp thay thế thận (KRT)

1. JOURNAL OF MEDICAL ECONOMICS 2024, VOL. 27, NO. 1, 836-848 <https://doi.org/10.1080/13696998.2024.2368990> Article 0035-RT/2368990

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Tóm tắt



- Bệnh thận mạn là biến chứng xuất hiện sớm và thường gặp ở ĐTD típ 2 và bệnh tim mạch. **Tầm soát, chẩn đoán và điều trị sớm** bệnh thận mạn sẽ giúp trì hoãn diễn tiến bệnh thận mạn, bảo vệ tim mạch cho bệnh nhân.
- Thực hiện tầm soát BTM cần cả 2 xét nghiệm **eGFR và UACR** để tránh bỏ sót chẩn đoán



- **Empagliflozin** đã chứng minh hiệu quả **bảo vệ thận sớm** ở bệnh nhân ĐTD qua nghiên cứu EMPA REG-OUTCOME
- Nghiên cứu EMPA-KIDNEY một lần nữa khẳng định lợi ích trên **phổ rộng bệnh nhân** bệnh thận mạn, bất kể có/không có ĐTD



- Hướng dẫn điều trị quốc tế như và Bộ Y Tế Việt Nam đều khuyến cáo khởi trị SGLT-2i trong đó có **Empagliflozin** là thuốc nền tảng cho bệnh nhân **bệnh thận mạn**.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Xin trân trọng cảm ơn!

