



Bệnh tim mạch ở người Đái tháo đường

Chiến lược điều trị theo guideline 2023-2025

BS.CKII. Lương Võ Quang Đăng

Khoa Nội – BV ĐKQT Vinmec Phú Quốc

Thông tin minh bạch

- Báo cáo mang tính **khoa học – giáo dục**, không thay thế quyết định lâm sàng.
- Nội dung dựa trên **y văn và khuyến cáo chuyên môn hiện hành** và kinh nghiệm thực hành lâm sàng của tác giả.
- **Tác giả không có xung đột lợi ích** liên quan đến nội dung báo cáo.
- Các quan điểm trình bày **thuộc trách nhiệm cá nhân của tác giả**.

Nội dung chính



Chuyển dịch mô hình

Từ kiểm soát đường huyết đơn thuần sang quản lý toàn diện Tim mạch - Thận - Chuyển hóa (CKM).



Phân tầng nguy cơ

Áp dụng

SCORE2-Diabetes

để đánh giá chính xác nguy cơ tim mạch.



Cập nhật điều trị

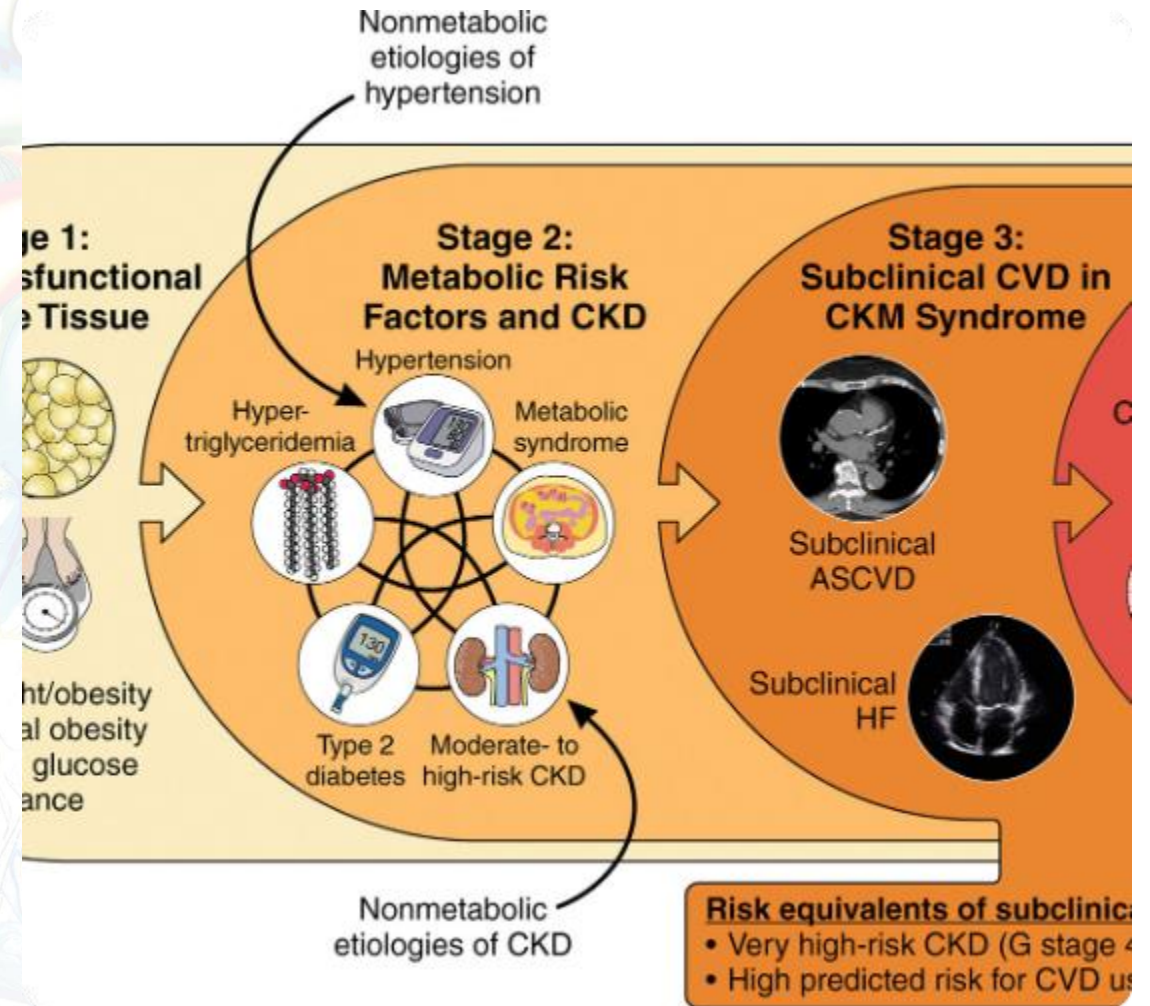
Vai trò chủ đạo của

SGLT2i, GLP-1 RA

và các thuốc bảo vệ tạng đích mới.

Hội chứng Tim mạch-Thận-Chuyển hóa (CKM)

- ⚠️ **Gánh nặng kép:** Nguy cơ mắc bệnh tim mạch (CVD) ở bệnh nhân ĐTĐ cao gấp 2-4 lần người bình thường.
- 🔄 **Mối liên kết đa chiều:** AHA 2023 định nghĩa hội chứng CKM nhấn mạnh sự tương tác bệnh lý giữa rối loạn chuyển hóa, bệnh thận và tim mạch.
- 🕒 **Kỷ nguyên mới (2023-2025):** Việc lựa chọn thuốc hạ đường huyết không chỉ dựa trên HbA1c mà dựa trên bằng chứng bảo vệ tim mạch từ các thử nghiệm CVOTs.



Phân tầng nguy cơ theo ESC 2023

Nguy cơ Rất Cao (*Very High Risk*)

- Đã có ASCVD lâm sàng hoặc hình ảnh.
- Tổn thương cơ quan đích nghiêm trọng (eGFR < 45, bệnh võng mạc, hoặc có vi đạm niệu...)
- Hoặc điểm SCORE2-Diabetes $\geq 20\%$.

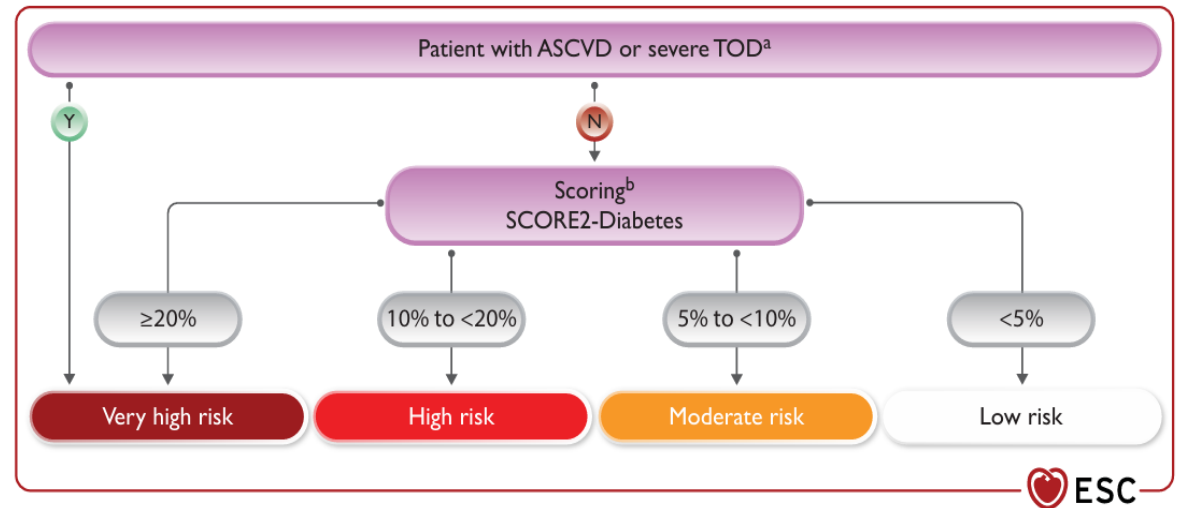
Nguy cơ Cao (*High Risk*)

- Chưa có ASCVD
- điểm SCORE2-Diabetes từ 10% đến < 20%.

Nguy cơ Trung bình & Thấp

- Trung bình: Điểm SCORE2-Diabetes từ 5% đến < 10%.
- Thấp: Điểm SCORE2-Diabetes < 5%.

ESC



Khuyến cáo IB đánh giá thang điểm nguy cơ tim mạch 10 năm cho BN ĐTĐ

SCORE2-Diabetes

sau khi loại trừ BN không có ASCVD hay tổn thương cơ quan đích

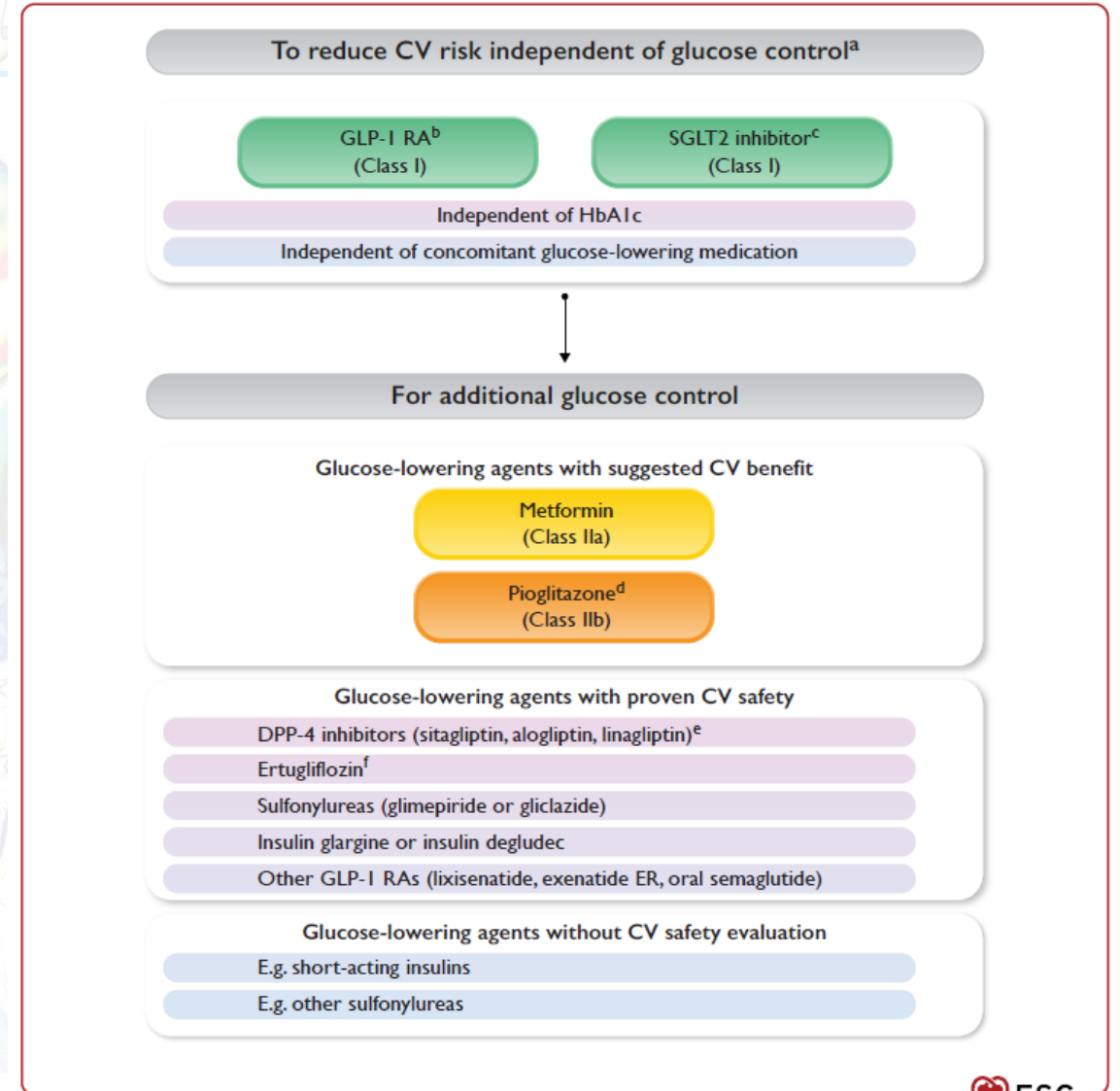
*SCORE2-Diabetes tích hợp: Tuổi, hút thuốc, HA tâm thu, Cholesterol, HDL, HbA1c, eGFR...

Nguyên tắc điều trị cốt lõi

“

Ở bệnh nhân T2DM có ASCVD hoặc nguy cơ tim mạch cao/rất cao, việc sử dụng **SGLT2i** và/hoặc **GLP-1 RA** là **BẮT BUỘC** và **ĐỘC LẬP** với mức HbA1c ban đầu.

(Đồng thuận ESC 2023 & ADA 2024)



Thuốc ức chế SGLT2 (SGLT2i)

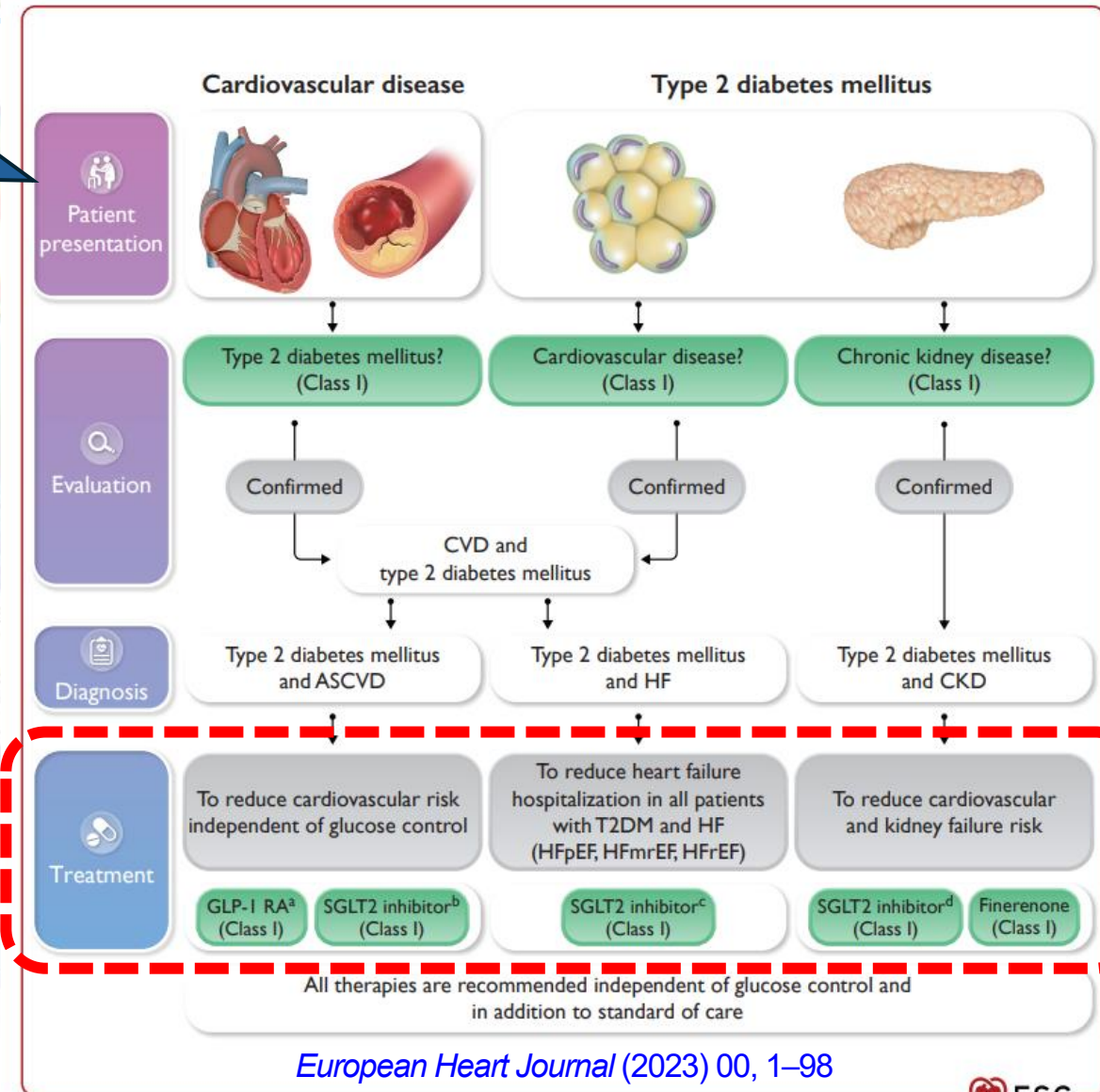
“SGLT2i are no longer glucose-lowering drugs
- they are cardiovascular and renal
protective therapies.”

Prof. John J.V. McMurray (ESC Congress - Heart Failure & Diabetes Sessions)

Chỉ định ưu tiên (Class I), cho ĐTĐ2 kèm:

- 📍 **Bệnh tim mạch xơ vữa (ASCVD):** Giảm biến cố tim mạch chính (MACE) và nhập viện do suy tim.
- 📍 **Suy tim (Heart Failure):** Giảm tử vong & nhập viện cho mọi phân suất tổng máu (HFrEF, HFmrEF, HFpEF).
- 📍 **Bệnh thận mạn (CKD):** Giảm tiến triển bệnh thận và tử vong tim mạch (DAPA-CKD, EMPA-KIDNEY).

*Đại diện: Dapagliflozin, Empagliflozin, Canagliflozin.



European Heart Journal (2023) 00, 1–98

Thuốc đồng vận thụ thể GLP-1 (GLP-1 RA)

“GLP-1 RA are cardiovascular risk-modifying therapies, not just glucose-lowering agents.”

Prof. Naveed Sattar (ESC / ADA Scientific Sessions)

“Treating obesity with GLP-1 RA is treating cardiovascular risk.”

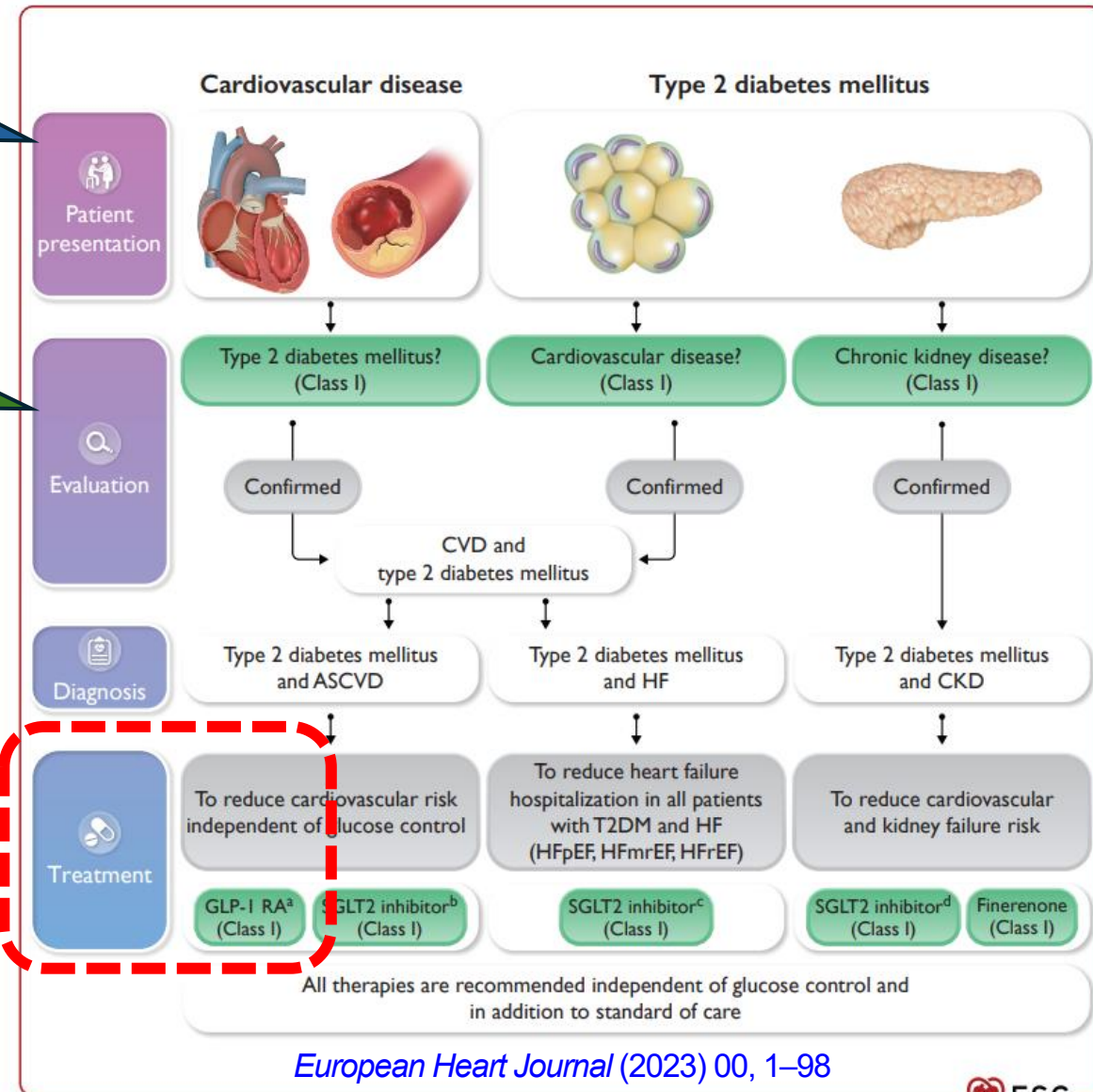
Prof. Robert Eckel (ADA Scientific Sessions)

Chỉ định ưu tiên (Class I), cho ĐTĐ2 kèm:

🫀 Bệnh tim mạch xơ vữa (ASCVD): Giảm biến cố tim mạch chính (MACE).

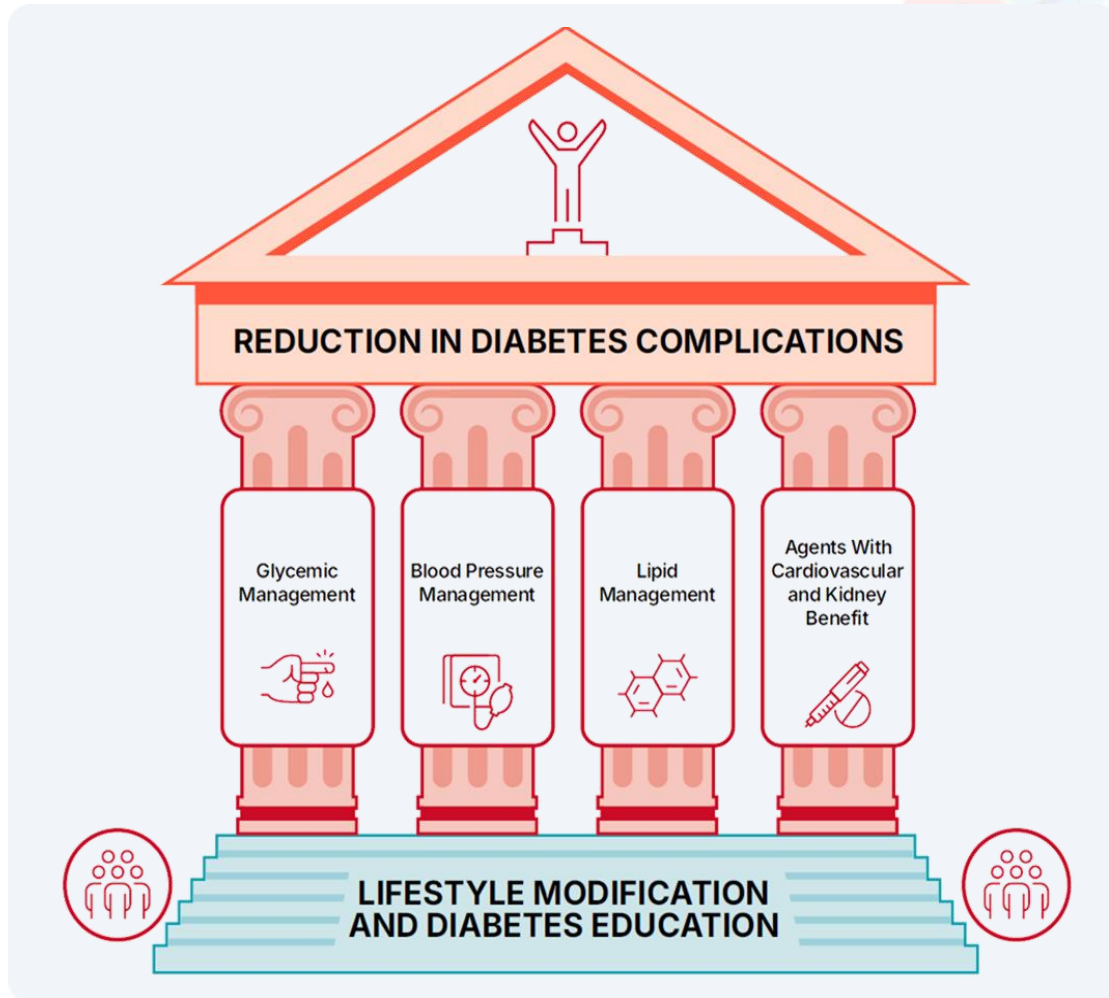
🫁 Béo phì: Hiệu quả vượt trội trong giảm cân và điều trị béo phì.

*Đại diện: Semaglutide (tiêm/uống), Liraglutide, Dulaglutide.



European Heart Journal (2023) 00, 1–98

Quản lý đa yếu tố trên BN ĐTĐ2



Mục tiêu HbA1c < 7%: giảm BC mạch máu nhỏ (A) và mạch máu lớn nếu không nguy cơ hạ ĐH

Mục tiêu HA < 130/80 mmHg (A)

- **Nguy cơ Rất cao:** LDL-C < 1.4 mmol/L VÀ giảm $\geq 50\%$ so với mức nền.
- **Nguy cơ Cao:** LDL-C < 1.8 mmol/L VÀ giảm $\geq 50\%$ so với mức nền.
- **Nguy cơ Trung bình:** LDL-C < 2.6 mmol/L. (B)
Dùng liều tối ưu Statin (B)

Sử dụng các thuốc lợi ích trực tiếp trên tim mạch và thận (A)

Bảo vệ Tim - Thận (Cardiorenal protection)



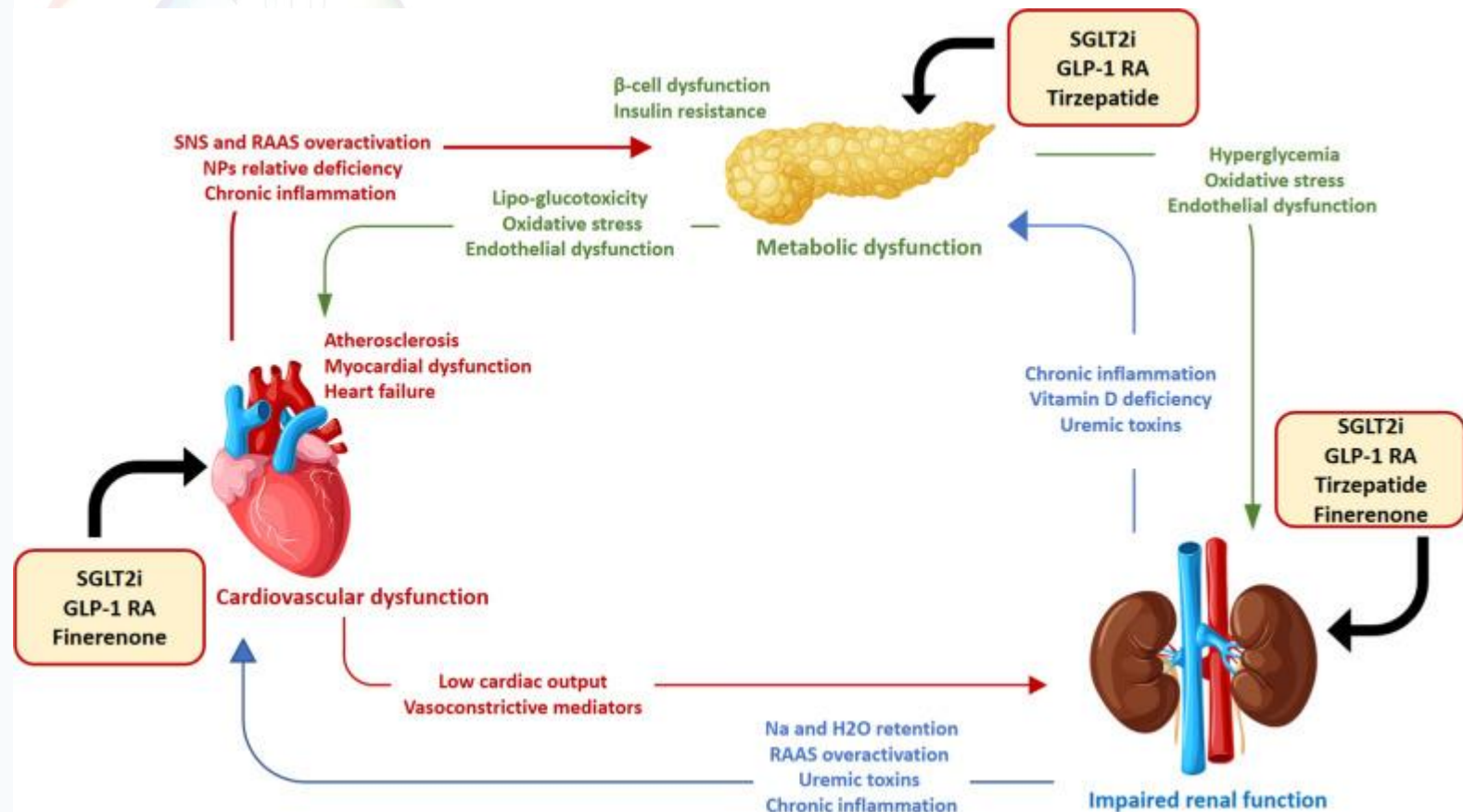
Điều trị Suy tim

SGLT2i là trụ cột điều trị đầu tay cho TẤT CẢ các thể suy tim (HFrEF, HFmrEF, HFpEF).



Bảo vệ Thận (DKD)

Phối hợp SGLT2i + Finerenone (ns-MRA) ở bệnh nhân có albumin niệu để giảm nguy cơ suy thận & tử vong.



Kết luận

- ✔ Chiến lược 2023–2025 đã chuyển từ "**Lấy đường làm trung tâm**" sang "**Lấy cơ quan đích làm trung tâm**".
- ✔ Đánh giá nguy cơ sớm bằng **SCORE2-Diabetes**.
- ✔ Phối hợp đa mô thức: với vai trò trung tâm của **SGLT2i / GLP-1 RA** là chìa khóa cải thiện ***kiểm soát đường huyết*** và ***bảo vệ tim mạch – thận***.

Xin chân thành cảm ơn!

