

Những điểm mới về sử dụng thuốc trong “Hướng dẫn điều trị đái tháo đường của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2022”

Standards of medical care in diabetes—2022

Lĩnh vực chăm sóc và điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường đang thay đổi nhanh chóng khi các nghiên cứu, công nghệ và phương pháp điều trị mới phát triển mạnh mẽ. Tháng 12/2021, Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) đã ban hành “Hướng dẫn điều trị đái tháo đường 2022” để cập nhật những thực hành tốt nhất trong lĩnh vực này.

Một số điểm thay đổi so với phiên bản ADA 2021 cụ thể trong bảng dưới đây:

Khuyến cáo của ADA - 2022	Khuyến cáo của ADA - 2021
Phân loại và chẩn đoán đái tháo đường	
2.9 Với tất cả các đối tượng, tầm soát đái tháo đường nên bắt đầu từ 35 tuổi. B	2.9 Với tất cả các đối tượng, tầm soát đái tháo đường nên bắt đầu từ 45 tuổi. B
Điều trị tiền đái tháo đường	
<i>Tiêu chuẩn chẩn đoán tiền đái tháo đường: đường huyết đói 5.6-6.9 mmol/l hoặc A1C 5.7-6.4% hoặc glucose huyết tương 2h sau liệu pháp dung nạp glucose 7.8-11 mmol/l.</i>	
3.6 Điều trị bằng metformin để phòng ngừa đái tháo đường typ 2 nên được xem xét ở những người tiền đái tháo đường, đặc biệt là những người từ 25-59 tuổi có BMI ≥ 35 kg/m ² , đường huyết đói ≥ 6.1 mmol/l, A1C $\geq 6,0\%$, và phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ. A	3.6 Điều trị bằng metformin để phòng ngừa đái tháo đường typ 2 nên được xem xét ở những người tiền đái tháo đường, đặc biệt đối với những người có BMI ≥ 35 kg/m ² dưới 60 tuổi và phụ nữ có tiền sử đái tháo đường thai kỳ. A
Quản lý béo phì và cân nặng để ngăn ngừa và điều trị đái tháo đường typ 2	
FDA chấp thuận thêm một đồng vận thụ thể GLP-1 là semaglutide 2.4 mg/tuần, bên cạnh liraglutide 3 mg/ngày trong điều trị béo phì	
Các thuốc kiểm soát đường huyết (Hình 1)	
9.4a Liệu pháp ban đầu phụ thuộc vào các bệnh mắc kèm, các yếu tố điều trị lấy bệnh nhân làm trung tâm và nhu cầu kiểm soát đường huyết. Liệu pháp ban đầu thường bao gồm metformin và thay đổi lối sống toàn diện. A	9.4 Metformin được ưu tiên lựa chọn ban đầu để điều trị bệnh đái tháo đường typ 2. A
9.4b Các thuốc khác (thuốc đồng vận thụ thể GLP-1, ức chế SGLT ₂), kết hợp hoặc không kết hợp với metformin dựa trên nhu cầu kiểm soát đường huyết, là liệu pháp ban đầu thích hợp cho người bệnh đái tháo đường typ 2 đã mắc hoặc có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch xơ vữa, suy tim, hoặc bệnh thận mạn tính (Hình 1). A	
9.5 Metformin nên được tiếp tục khi bắt đầu điều trị bằng insulin (trừ khi có chống chỉ định hoặc không dung nạp) để có lợi ích kiểm soát đường huyết và chuyển hóa. A	9.5 Sau khi khởi đầu với metformin, nên tiếp tục metformin miễn là thuốc được dung nạp và không có chống chỉ định; các tác nhân khác, kể cả

Khuyến cáo của ADA - 2022	Khuyến cáo của ADA - 2021
	insulin, nên được thêm vào metformin. A
9.11 Nếu sử dụng insulin, điều trị kết hợp với chất đồng vận thụ thể GLP-1 được khuyến cáo để đạt hiệu quả điều trị tốt hơn và ổn định. A	
Bệnh tim mạch và quản lý các yếu tố nguy cơ	
10.24 Đối với bệnh nhân đái tháo đường và bệnh tim mạch do xơ vữa được coi là có nguy cơ tim mạch rất cao, nếu LDL-c ≥ 3.9 mmol/L với liều statin tối đa dung nạp, hãy cân nhắc thêm liệu pháp giảm LDL-c (như ezetimibe hoặc thuốc ức chế PCSK9). A	10.24 Đối với bệnh nhân đái tháo đường và bệnh tim mạch do xơ vữa được coi là có nguy cơ rất cao, nếu LDL-c ≥ 3.9 mmol/L với liều statin tối đa dung nạp, cân nhắc thêm liệu pháp giảm LDL-c (như ezetimibe hoặc chất ức chế PCSK9). A Ezetimibe có thể được ưu tiên do chi phí thấp hơn.
10.42c Ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và đã mắc hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch xơ vữa, liệu pháp kết hợp thuốc ức chế SGLT2 với lợi ích tim mạch đã được chứng minh và thuốc đồng vận thụ thể GLP1 với lợi ích tim mạch đã được chứng minh có thể được xem xét để giảm nguy cơ biến cố tim mạch và biến cố thận. A	
Bệnh thận mạn tính và quản lý nguy cơ	
11.3a Đối với bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và bệnh thận do đái tháo đường, xem xét sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở những bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính ≥ 25 mL/phút/1,73 m ² và albumin niệu/creatinin ≥ 300 mg/g được khuyến cáo để giảm tiến triển bệnh thận mạn tính và các biến cố tim mạch. A	11.3a Đối với bệnh nhân đái tháo đường typ 2 và bệnh thận do đái tháo đường, xem xét sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở những bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính ≥ 30 mL/phút/1,73 m ² và albumin niệu/creatinin > 300 mg/g. A
Người cao tuổi	
13.6 Người cao tuổi khỏe mạnh có ít bệnh mạn tính mắc kèm, chức năng nhận thức và tình trạng chức năng còn nguyên vẹn nên đặt mục tiêu đường huyết thấp hơn (A _{1c} < 7,0–7,5%), trong khi những người có nhiều bệnh mạn tính mắc kèm, suy giảm nhận thức hoặc phụ thuộc chức năng nên có các mục tiêu đường huyết ít nghiêm ngặt hơn (A _{1c} < 8,0%). C	12.6 Người cao tuổi khỏe mạnh với ít bệnh mạn tính mắc kèm, chức năng nhận thức và tình trạng chức năng còn nguyên vẹn nên có mục tiêu đường huyết thấp hơn (A _{1c} < 7,0– 7,5%), trong khi những người có nhiều bệnh mạn tính mắc kèm, suy giảm nhận thức, hoặc phụ thuộc chức năng nên có các mục tiêu đường huyết ít nghiêm ngặt hơn (A _{1c} < 8,0–8,5%). C

SGLT2 - sodium-glucose cotransporter 2, GLP-1 – glucagon like peptide 1, PCSK9 - proprotein convertase subtilisin/kexin type 9

THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG ĐƯỜNG HUYẾT CHO BN ĐĐT TYP 2

Điều trị đầu tay phụ thuộc vào bệnh mắc kèm, các yếu tố điều trị lấy bệnh nhân làm trung tâm, bao gồm chi phí và tiếp cận, cùng với các yếu tố cân quản lý. Điều trị đầu tay thường bao gồm metformin và thay đổi lối sống toàn diện^a.



KHÔNG

CÓ NGUY CƠ CAO hoặc ĐÁ CÓ BTMDXV, CKD hoặc SUY TIM†

KHUYẾN CÁO ĐỌC LẬP VỚI MỨC A1C BAN ĐẦU, MỨC TIÊU A1C ĐƯỢC CẢ THỂ HÓA HOẶC SỬ DỤNG METFORMIN ‡

Phối hợp các thuốc nhằm tạo ra đủ HIỆU LỰC giúp đạt được hoặc duy trì mục tiêu đường huyết.
 Các liệu pháp có hiệu quả trên đường huyết cao: GLP-1 RA; insulin; phương pháp phối hợp (Bảng 9.2)
 • Cân nhắc các bệnh kèm khác, các yếu tố điều trị lấy bệnh nhân làm trung tâm và các yếu tố cần quản lý trong lựa chọn liệu pháp như dưới đây:

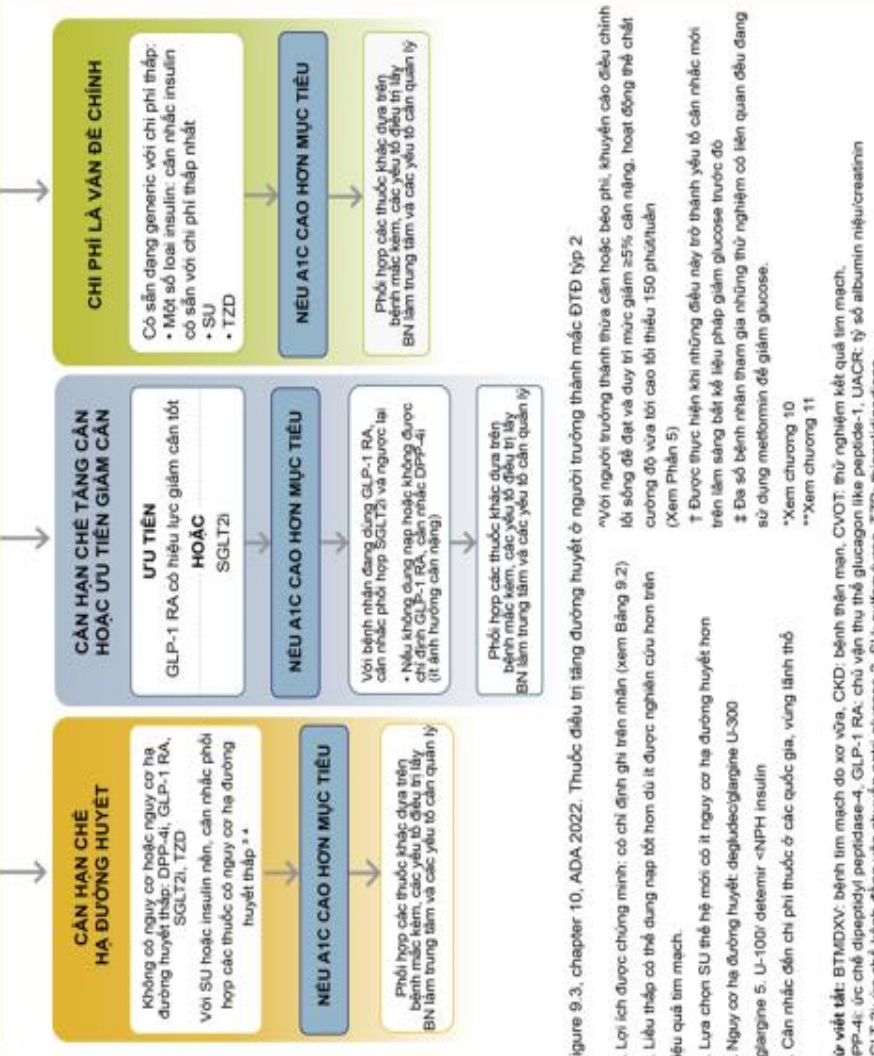


Figure 9.3, chapter 10, ADA 2022. Thuốc điều trị tăng đường huyết ở người trưởng thành mắc ĐĐT typ 2

- Lợi ích được chứng minh: có chỉ định ghi trên nhãn (xem Bảng 9.2)
 - Liều thấp có thể dùng nạp tốt hơn dù ít được nghiên cứu hơn trên hiệu quả tim mạch.
 - Lựa chọn SU thế hệ mới có ít nguy cơ hạ đường huyết hơn
 - Nguy cơ hạ đường huyết: degludecoglargine U-300 <glargine 5. U-100/ delemir <NPH insulin
 - Cân nhắc đến chi phí thuốc ở các quốc gia, vùng lãnh thổ
- Từ viết tắt: BTMDXV: bệnh tim mạch do xơ vữa, CKD: bệnh thận mạn, CVOT: thử nghiệm kết quả tim mạch, DPP-4i: ức chế dipeptidyl peptidase-4, GLP-1 RA: chủ vận thụ thể glucagon like peptide-1, UACR: tỷ số albumin niệu/creatinin SGLT-2i: ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2, SU: sulfonylurea, TZD: thiazolidinedione.

Nguồn: Fb Dược lâm sàng – Thông tin thuốc