



European Association
for the Study of Diabetes



ĐỒNG THUẬN VỀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 CỦA CHÂU ÂU (EASD) VÀ MỸ (ADA) 2022

FILE PDF ĐỂ TẢI VỀ
tại fanpage Dược lâm sàng - Thông tin thuốc



Hiệu đính

DS. Phạm Trần Thu Trang

DS. Vũ Phương Thảo

DS. Lê Thùy Dung

DS. Lê Trần Yến Nhi

DS. Nguyễn Võ Phương Minh

Cộng tác viên

1. Đinh Thị Thủy	ĐH Dược Hà Nội
2. Nguyễn Thùy Trang	ĐH Dược Hà Nội
3. Vũ Hồng Nhung	ĐH Dược Hà Nội
4. Phan Thanh Hưng	ĐH Dược Hà Nội
5. Hồ Tuấn Kiều Trinh	ĐH Y Dược TPHCM
6. Nguyễn Thị Mai Thư	ĐH Y Dược TPHCM

MỤC LỤC

TÓM TẮT MỘT SỐ ĐIỂM ĐÁNG CHÚ Ý CỦA ĐỒNG THUẬN EASD/ADA 2022	4
TÓM TẮT MỘT VÀI ĐIỂM NỔI BẬT VỀ DƯỢC ĐIỀU TRỊ CỦA ĐỒNG THUẬN ADA/EASD 2022.....	5
I. TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ LẤY BN LÀM TRUNG TÂM TRONG ĐTD TYP 2	6
HÌNH 1: CHU TRÌNH RA QUYẾT ĐỊNH LẤY BN LÀM TRUNG TÂM TRONG ĐTD TYP 2.....	6
II. CÁC LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ TRONG ĐTD TYP 2.....	7
HÌNH 2: TẦM QUAN TRỌNG CỦA HÀNH VI THỂ CHẤT TRONG 24 GIỜ ĐỐI VỚI ĐTD TYP 2 ..	7
HÌNH 3: DƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐTD TYP 2.....	8
BẢNG 1: CÁC NHÓM THUỐC ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐTD TYP 2	9
HÌNH 4: VỊ TRÍ CỦA METFORMIN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐTD TYP 2	10
HÌNH 5: VAI TRÒ CỦA INSULIN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐTD	11
III. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH CHĂM SÓC TOÀN DIỆN	12
HÌNH 6: CÁC CHIẾN LƯỢC CỤ THỂ TRONG QUYẾT ĐỊNH LẤY BN LÀM TRUNG TÂM TRONG ĐTD TYP 2	12

TÓM TẮT MỘT SỐ ĐIỂM ĐÁNG CHÚ Ý CỦA ĐỒNG THUẬN EASD/ADA 2022

Cập nhật từ TS.BS. Nguyễn Quang Bảy

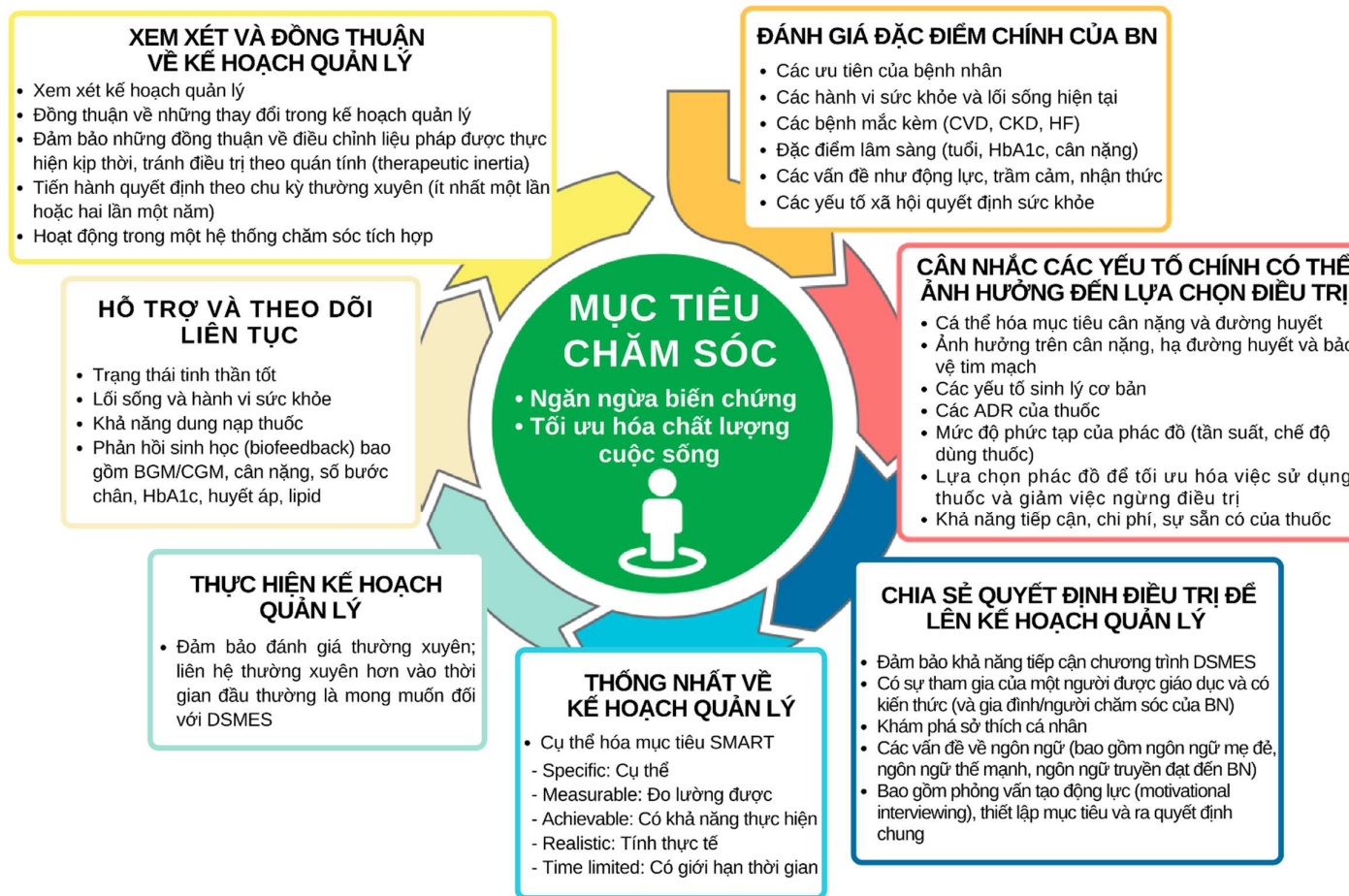
- Phải lưu tâm đến các yếu tố xã hội quyết định đến sức khỏe, hệ thống chăm sóc sức khỏe, chăm sóc toàn diện, lấy người bệnh làm trung tâm, chất lượng chăm sóc và quản lý cân nặng "như một điều cần thiết thành phần của chăm sóc toàn diện" (*xem hình 1 và hình 6*).
- Các yếu tố xã hội bao gồm tình trạng kinh tế xã hội, điều kiện sống và làm việc, các lĩnh vực đa yếu tố (chẳng hạn như nhà ở và giáo dục), bối cảnh văn hóa xã hội và bối cảnh chính trị xã hội, chẳng hạn như hệ tư tưởng xã hội và các chính sách có thể dẫn đến sự khác biệt về chăm sóc
- Khuyến khích sự chăm sóc lấy người bệnh làm trung tâm.
- Chăm sóc toàn diện bao gồm bảo vệ tim mạch, quản lý yếu tố nguy cơ tim mạch, kiểm soát cân nặng và đường huyết, coi tất cả các yếu tố này đều quan trọng như nhau (*xem hình 1 và hình 6*).
- Đề cập tình trạng trì trệ trong điều trị cần được giải quyết
- Lần đầu tiên có đề cập đến các biến chứng về gan ở người bệnh ĐTĐ
- Nhắc lại tầm quan trọng của tăng cường tập luyện thể chất suốt cả ngày và đêm, bao gồm hạn chế ngồi lâu, tăng số bước đi và thêm các bài tập đối kháng ngoài tập thể dục thông thường (*xem hình 2*).
- Một yếu tố mới được nhắc đến là giấc ngủ - cả chất lượng và số lượng – cố gắng có được giấc ngủ tự nhiên (*xem hình 2*).
- Không còn khuyến nghị metformin là thuốc đầu tay mặc định cho mọi BN ĐTĐ tít 2, thừa nhận rằng các loại thuốc khác có thể phù hợp hơn khi BN có nhu cầu mạnh cần giảm nguy cơ tim mạch và/hoặc thận hoặc giảm cân (*xem hình 3*).
- Với những người trẻ tuổi, những người có tiến triển nhanh của bệnh ĐTĐ tít 2 và nguy cơ tim mạch rất cao, có thể cân nhắc điều trị tích cực bằng phối hợp thuốc sớm như trong thử nghiệm VERIFY.
- Ngược lại, cũng cần phải xem xét tình trạng ốm yếu ở người lớn tuổi và khả năng gây ra các tác dụng phụ, khi kê đơn ở nhóm dân số này.
- Hướng dẫn cũng cho biết những lỗ hổng bằng chứng, bao gồm các nghiên cứu so sánh về các phương pháp giảm cân, tầm soát và phòng ngừa bệnh ĐTĐ trong dân số hiện nay

MỘT VÀI ĐIỂM NỔI BẬT KHÁC VỀ DƯỢC ĐIỀU TRỊ CỦA ĐỒNG THUẬN ADA/EASD 2022

- Dù cho ngày càng có nhiều bằng chứng ủng hộ vị trí của SGLT2i và GLP-1 RA trong điều trị ĐTĐ tít 2 dựa trên hiệu lực bảo vệ cơ quan nhưng các chuyên gia vẫn thừa nhận cho đến nay các thuốc này vẫn rất đắt tiền. Hai nhóm thuốc SGLT-2i và GLP-1 RA có thể được khởi trị bất kể việc sử dụng metformin trước đó hay mức HbA_{1c} ban đầu. Trong điều kiện nguồn lực tại cơ sở y tế của bạn hạn chế, các thuốc này nên được ưu tiên trên nhóm BN có nguy cơ cao nhất, cần cân nhắc dựa trên độ giảm nguy cơ tuyệt đối (ARR) bên cạnh độ giảm nguy cơ tương đối (RRR).
- Đồng thuận mới khuyến nghị việc lựa chọn thuốc hạ đường huyết phải dựa trên nhu cầu cá nhân của từng BN ĐTĐ tít 2 ví dụ như giảm nguy cơ biến cố tim mạch hoặc thận lần đầu hoặc tái phát, kiểm soát đường huyết cao hoặc giảm cân (*xem hình 3*).
- Nhìn chung, metformin vẫn là lựa chọn đầu tay trên hầu hết các BN mắc ĐTĐ tít 2 nhưng không phải mặc định cho mọi trường hợp (*xem hình 4*). Tuy vậy, metformin đơn trị thường không đủ để duy trì mức đường huyết mục tiêu. Do vậy, các đồng thuận trước đó cũng đã đề xuất các nhóm thuốc khác có thể mang lại lợi ích trong việc phối hợp với metformin hoặc khi metformin bị chống chỉ định hay không dung nạp. Việc lựa chọn thuốc trong điều trị ĐTĐ tít 2 nên cân bằng giữa hiệu lực hạ đường huyết và hồ sơ an toàn của từng thuốc.
- Bằng chứng mới về lợi ích của các thuốc cụ thể trên một số bệnh mắc kèm đã được công bố những năm gần đây.
 - a. Đối với BN mắc gan nhiễm mỡ không do rượu (NAFLD/NASH) có nguy cơ xơ hóa cao, pioglitazone có thể là lựa chọn tốt.
 - b. Có thể lựa chọn các loại thuốc mới như tirzepatide (Đồng vận GIP và GLP-1) để vừa làm hạ đường huyết vừa giảm cân.
 - c. Trên BN CKD và eGFR ≥ 20 ml/phút/1,73 m² và UACR $> 3,0$ mg/mmol (> 30 mg/g), nên khởi trị SGLT2i với lợi ích đã được chứng minh trong giảm MACE, cải thiện suy tim và các kết cục trên thận.
- Cân nhắc sử dụng GLP-1 RA trước khi khởi trị bằng insulin. Khi đã khởi trị bằng insulin, tiếp tục sử dụng các thuốc hạ đường huyết bảo vệ cơ quan và metformin.

I. TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ LẤY BN LÀM TRUNG TÂM TRONG ĐTĐ TYP 2

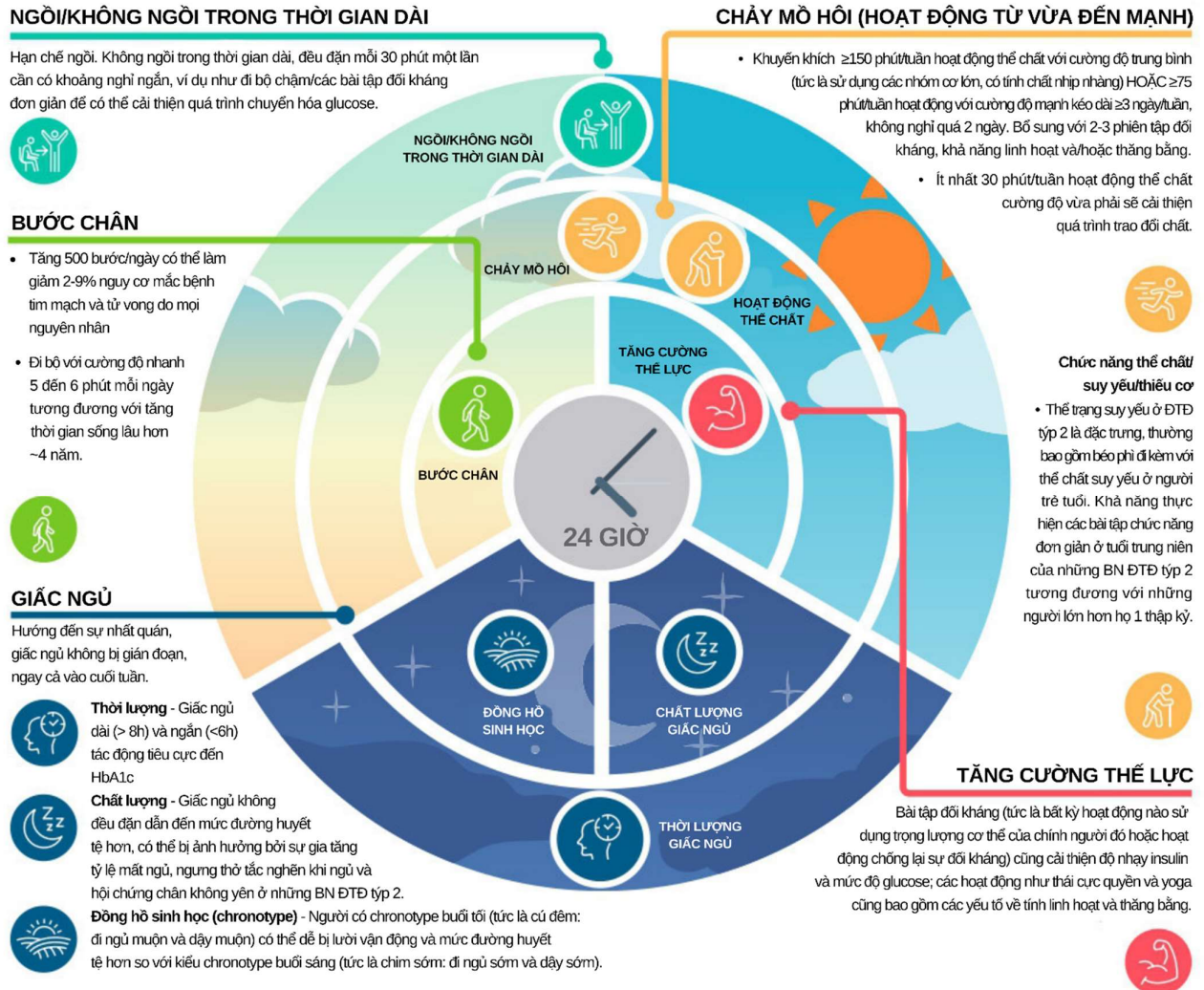
HÌNH 1: CHU TRÌNH RA QUYẾT ĐỊNH LẤY BN LÀM TRUNG TÂM TRONG ĐTĐ TYP 2



BGM, theo dõi đường huyết; BP, huyết áp, CGM: theo dõi đường huyết liên tục; DSMES, chương trình giáo dục và hỗ trợ tự quản lý bệnh ĐTĐ; HF, suy tim, CVD, bệnh tim mạch; CKD, bệnh thận mạn

II. CÁC LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ TRONG ĐTĐ TYP 2

HÌNH 2: TẦM QUAN TRỌNG CỦA HÀNH VI THỂ CHẤT TRONG 24 GIỜ ĐỐI VỚI ĐTĐ TYP 2

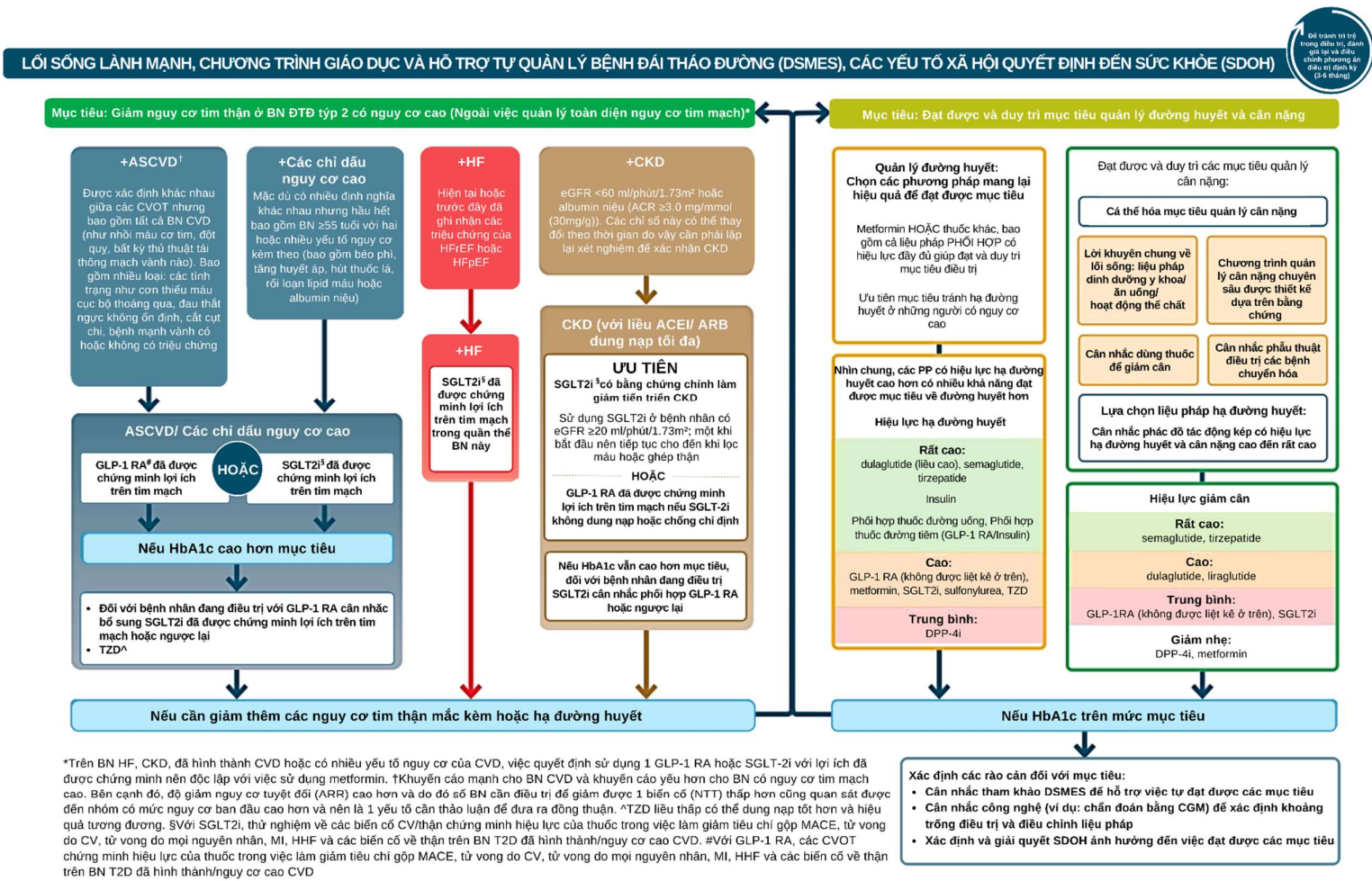


	Đường huyết/insulin	Huyết áp	HbA1c	Lipid máu	Hoạt động thể chất	Trầm cảm	Chất lượng cuộc sống
NGỒI/HẠN CHẾ NGỒI TRONG THỜI GIAN DÀI	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↑
BƯỚC CHÂN	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↑
CHẠY MỒ HÔI (HOẠT ĐỘNG TỪ VỪA ĐẾN MẠNH)	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↑
TĂNG CƯỜNG THỂ LỰC	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↑
NGỦ ĐỦ GIẤC	↓	↓	↓	↓	?	↓	↑
CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ TỐT	↓	↓	↓	↓	?	↓	↑
ĐỒNG HỒ SINH HỌC (CHRONOTYPE)/ THỜI GIAN NHẤT QUẢN	↓	?	↓	?	?	↓	?

TÁC ĐỘNG CỦA CÁC HÀNH VI THỂ CHẤT ĐẾN SỨC KHỎE TIM MẠCH CHUYỂN HÓA Ở BN ĐTĐ TYP 2

↑Mức cao hơn/cải thiện (chức năng thể chất, chất lượng cuộc sống); ↓Mức thấp hơn/cải thiện (glucose/insulin, huyết áp, HbA1c, lipid máu, trầm cảm); ? Không có dữ liệu; ↓Mũi tên xanh = bằng chứng mạnh; ↓Mũi tên vàng = bằng chứng có độ mạnh trung bình; ↓Mũi tên đỏ = bằng chứng hạn chế.

HÌNH 3: DƯỢC ĐIỀU TRỊ ĐTD TYP 2



ACEi, thuốc ức chế men chuyển; ACR, tỷ lệ albumin/creatinin; ARB, thuốc chẹn thụ thể angiotensin; ASCVD, bệnh tim mạch và xơ; CGM, theo dõi glucose liên tục; CKD, bệnh thận mạn; CV, tim mạch; CVD, bệnh tim mạch; CVOT, thử nghiệm kết quả tim mạch; DPP-4i, chất ức chế dipeptidyl peptidase-4; eGFR, mức lọc cầu thận ước tính; GLP-1 RA, chất chủ vận thụ thể likeglucagon peptide-1; HF, suy tim; HFpEF, suy tim phân suất tống máu được bảo tồn; HFrEF, suy tim phân suất tống máu giảm; HHF, nhập viện vì suy tim; MACE, biến cố tim mạch nghiêm trọng; MI, nhồi máu cơ tim; SDOH, các yếu tố xã hội quyết định sức khỏe; SGLT2i, ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2; T2D, ĐTD typ 2; TZD, thiazolidinedione

Fanpage Dược lâm sàng - Thông tin thuốc

Credit: Yến Nhi, Thùy Dung, Đinh Thủy, Mai Thư

BẢNG 1: CÁC NHÓM THUỐC ĐƯỢC SỬ DỤNG TRONG ĐTĐ TYP 2

	Hiệu lực	Nguy cơ hạ ĐH	Cân nặng	Tác động lên tim mạch		Giá	PO/SQ	Tác động trên thận		Cần nhắc làm sáng
				BTMDXV	Suy tim			Tiến triển bệnh thận do ĐTĐ	Cần nhắc liều/sử dụng*	
Metformin	Cao	Không	Không ảnh hưởng (Có thể giảm nhẹ)	Có thể có lợi	Không ảnh hưởng	Thấp	PO	Không ảnh hưởng	• CCB: eGFR <30 mL/phút/1,73m ²	<ul style="list-style-type: none"> ADR thường gặp trên đường tiêu hóa, cần nhắc chỉnh liều từ từ, dùng dạng giải phóng kéo dài và uống cùng thức ăn để hạn chế ADR Có thể gây thiếu hụt B12; theo dõi định kỳ
Nhóm ức chế SGLT-2	Trung bình - cao	Không	Giảm (mức độ trung bình)	Có lợi: empagliflozin, canagliflozin	Có lợi: empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin, ertugliflozin	Cao	PO	Có lợi: canagliflozin, empagliflozin, dapagliflozin	<ul style="list-style-type: none"> Xem thông tin sản phẩm để cân nhắc liều trên thận đối với từng thuốc Tác dụng hạ đường huyết thấp ở bệnh nhân có eGFR thấp 	<ul style="list-style-type: none"> Nguy cơ DKA, hiếm gặp ở ĐTĐ typ 2; ngưng thuốc, đánh giá và điều trị kịp thời nếu nghi ngờ; lưu ý các yếu tố nguy cơ và biểu hiện lâm sàng (bao gồm DKA euglycaemic); ngưng thuốc trước khi phẫu thuật theo lịch trình (ví dụ 3-4 ngày), trong thời gian bệnh nặng, hoặc trong thời gian nhịn ăn kéo dài để giảm nguy cơ tiềm ẩn Tăng nguy cơ nhiễm trùng niệu dục Nguy cơ hoại tử Fournier Chú ý tình trạng thể tích tuần hoàn, huyết áp; điều chỉnh các tác nhân khác ảnh hưởng đến thể tích dịch nếu có
Chủ vận thụ thể GLP-1	Cao - rất cao	Không	Giảm (mức độ trung bình-rất cao)	Có lợi: dulaglutide, liraglutide, semaglutide (SQ) Không ảnh hưởng: exenatide 1 lần/tuần, lixisenatide	Không ảnh hưởng	Cao	SQ, PO (semaglutide)	Lợi ích trên thận trong các thử nghiệm lâm sàng (chỉ phối bởi các kết cục trên albumin niệu); liraglutide, semaglutide (SQ), dulaglutide	<ul style="list-style-type: none"> Xem thông tin sản phẩm để cân nhắc liều trên thận đối với từng thuốc Không cần chỉnh liều Theo dõi chức năng thận của bệnh nhân được báo cáo có tác dụng phụ nghiêm trọng trên tiêu hóa khi bắt đầu hoặc tăng liều 	<ul style="list-style-type: none"> Nguy cơ u tế bào C tuyến giáp với loại giảm nhắm, liên quan đến người chưa được xác định (liraglutide, dulaglutide, exenatide ER, semaglutide) Tư vấn cho BN về các ADR có thể xảy ra với GI và tinh thần thời của ADR này; cung cấp hướng dẫn về việc thay đổi chế độ ăn uống để giảm thiểu ADR trên GI (giảm khẩu phần ăn, thực hành ăn uống có chủ đích (ví dụ: ngưng ăn khi no), giảm ăn nhiều chất béo hoặc thức ăn cay); Cần nhắc việc điều chỉnh liều chậm hơn cho những BN có nguy cơ gặp ADR trên GI Viêm tụy cấp đã được báo cáo trong các thử nghiệm lâm sàng nhưng mối quan hệ nhân-quả chưa được thiết lập. Ngưng dùng thuốc nếu nghi ngờ viêm tụy cấp Đánh giá bệnh túi mật nếu nghi ngờ có sỏi mật hoặc viêm túi mật
GIP và GLP-1RA	Rất cao	Không	Giảm (mức độ rất cao)	Đang được nghiên cứu	Đang được nghiên cứu	Cao	SQ	Đang được nghiên cứu	<ul style="list-style-type: none"> Xem thông tin sản phẩm để cân nhắc liều trên thận Không cần chỉnh liều Theo dõi chức năng thận của bệnh nhân được báo cáo có tác dụng phụ nghiêm trọng trên tiêu hóa khi bắt đầu hoặc tăng liều 	<ul style="list-style-type: none"> Nguy cơ u tế bào C tuyến giáp với loại giảm nhắm, liên quan đến người chưa được xác định Tư vấn cho BN về các ADR có thể xảy ra với GI và tinh thần thời của ADR này; cung cấp hướng dẫn về việc thay đổi chế độ ăn uống để giảm thiểu ADR trên GI (giảm khẩu phần ăn, thực hành ăn uống có chủ đích (ví dụ: ngưng ăn khi no), giảm ăn nhiều chất béo hoặc thức ăn cay); Cần nhắc việc điều chỉnh liều chậm hơn cho những BN có nguy cơ gặp ADR trên GI Viêm tụy cấp đã được báo cáo trong các thử nghiệm lâm sàng nhưng mối quan hệ nhân-quả chưa được thiết lập. Ngưng dùng thuốc nếu nghi ngờ viêm tụy cấp Đánh giá bệnh túi mật nếu nghi ngờ có sỏi mật hoặc viêm túi mật
Ức chế DPP-4	Trung bình	Không	Không ảnh hưởng	Không ảnh hưởng	Có thể có nguy cơ: saxagliptin	Cao	PO	Không ảnh hưởng	<ul style="list-style-type: none"> Cần điều chỉnh liều theo chức năng thận (sitagliptin, saxagliptin, alogliptin); có thể sử dụng khi suy giảm chức năng thận Không cần điều chỉnh liều đối với linagliptin 	<ul style="list-style-type: none"> Đau khớp Viêm tụy cấp đã được báo cáo trong các thử nghiệm lâm sàng nhưng mối quan hệ nhân-quả chưa được thiết lập. Ngưng dùng thuốc nếu nghi ngờ viêm tụy cấp Pemphigoid bong nước (dữ liệu hậu mại sau khi thuốc đưa ra thị trường; ngưng thuốc nếu nghi ngờ)
Thiazolidinedione	Cao	Không	Tăng	Có thể có lợi: pioglitazone	Tăng nguy cơ	Thấp	PO	Không ảnh hưởng	<ul style="list-style-type: none"> Không cần điều chỉnh liều Thường không khuyến cáo khi suy giảm chức năng thận vì có thể giữ dịch 	<ul style="list-style-type: none"> Suy tim sung huyết (pioglitazone, rosiglitazone) Giữ dịch (phù, suy tim) Lợi ích trên bệnh nhân NASH Nguy cơ gãy xương Tăng cân: cần nhắc dùng liều thấp hơn để giảm tình trạng tăng cân và phù nề
Sulfonylurea (Thế hệ 2)	Cao	Có	Tăng	Không ảnh hưởng	Không ảnh hưởng	Thấp	PO	Không ảnh hưởng	<ul style="list-style-type: none"> Glyburide: thường không khuyến cáo cho suy thận mạn Glipizide và glimepiride: thận trọng khi bắt đầu để tránh hạ đường huyết 	<ul style="list-style-type: none"> FDA cảnh báo đặc biệt về tăng nguy cơ tử vong do tim mạch dựa trên các nghiên cứu trên nhóm sulfonylurea thế hệ cũ (tolbutamide), glimepiride cho thấy an toàn trên tim mạch Thận trọng khi sử dụng trên người có nguy cơ hạ đường huyết
Insulin	Human Insulin Insulin Analog	Rất cao Có	Tăng	Không ảnh hưởng	Không ảnh hưởng	Thấp (SQ) Cao	SQ; hit SQ	Không ảnh hưởng	<ul style="list-style-type: none"> Dùng liều thấp hơn khi giảm eGFR; điều chỉnh liều theo đáp ứng lâm sàng 	<ul style="list-style-type: none"> Phản ứng tại chỗ tiêm Tăng nguy cơ hạ đường huyết với human insulin (NPH hoặc dạng trung gian) so với insulin analog

BTMDXV: bệnh tim mạch do xơ vữa; ĐTĐ: đái tháo đường; PO: uống; SQ: tiêm dưới da; DKA: nhiễm toan ceton do ĐTĐ; NASH: viêm gan nhiễm mỡ không do rượu; GI: đường tiêu hóa
*Khuyến cáo về liều dùng đối với từng thuốc, tham khảo trong tờ hướng dẫn sử dụng của nhà sản xuất

Metformin từ trước đến nay vẫn luôn được khuyến cáo là lựa chọn đầu tay trong ĐTĐ tít 2 do hiệu lực giảm HbA_{1c} cao, nguy cơ gây hạ đường huyết tối thiểu khi sử dụng đơn trị, không ảnh hưởng tới cân nặng, hồ sơ an toàn tốt và giá cả thấp. Tuy vậy, các chuyên gia cho rằng các cách tiếp cận điều trị khác có thể phù hợp hơn cho một số trường hợp cụ thể:

1. Lợi ích trên tim mạch và thận của GLP-1 RA và SGLT2i đã được chứng minh là không phụ thuộc metformin. Do đó các nhóm thuốc này nên được cân nhắc trên BN hiện mắc hoặc có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch, suy tim hoặc bệnh thận mạn tính bất kể có sử dụng metformin hay không. Phối hợp điều trị từ sớm có thể giúp kéo dài thời gian trước khi thất bại với trị liệu.
2. Metformin không khuyến cáo dùng trên eGFR <30 ml/phút/1,73m² và cần giảm liều khi eGFR <45ml/phút/1,73m².
3. Metformin có thể gây giảm vitamin B12, trầm trọng thêm triệu chứng bệnh thần kinh ngoại biên. Cần theo dõi định kỳ và bổ sung vitamin B12 nếu nồng độ thiếu hụt, đặc biệt ở đối tượng thiếu máu hoặc mắc bệnh thần kinh ngoại biên.

Do vậy, đồng thuận này khuyến nghị việc lựa chọn thuốc nên được dựa trên việc BN có nhu cầu mạnh cần giảm các nguy cơ tim mạch và/hoặc thận hoặc giảm cân (*xem chi tiết tại hình 3*).

HÌNH 4: VỊ TRÍ CỦA METFORMIN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐTĐ TÝP 2

ĐỒNG THUẬN EASD/ADA 2022

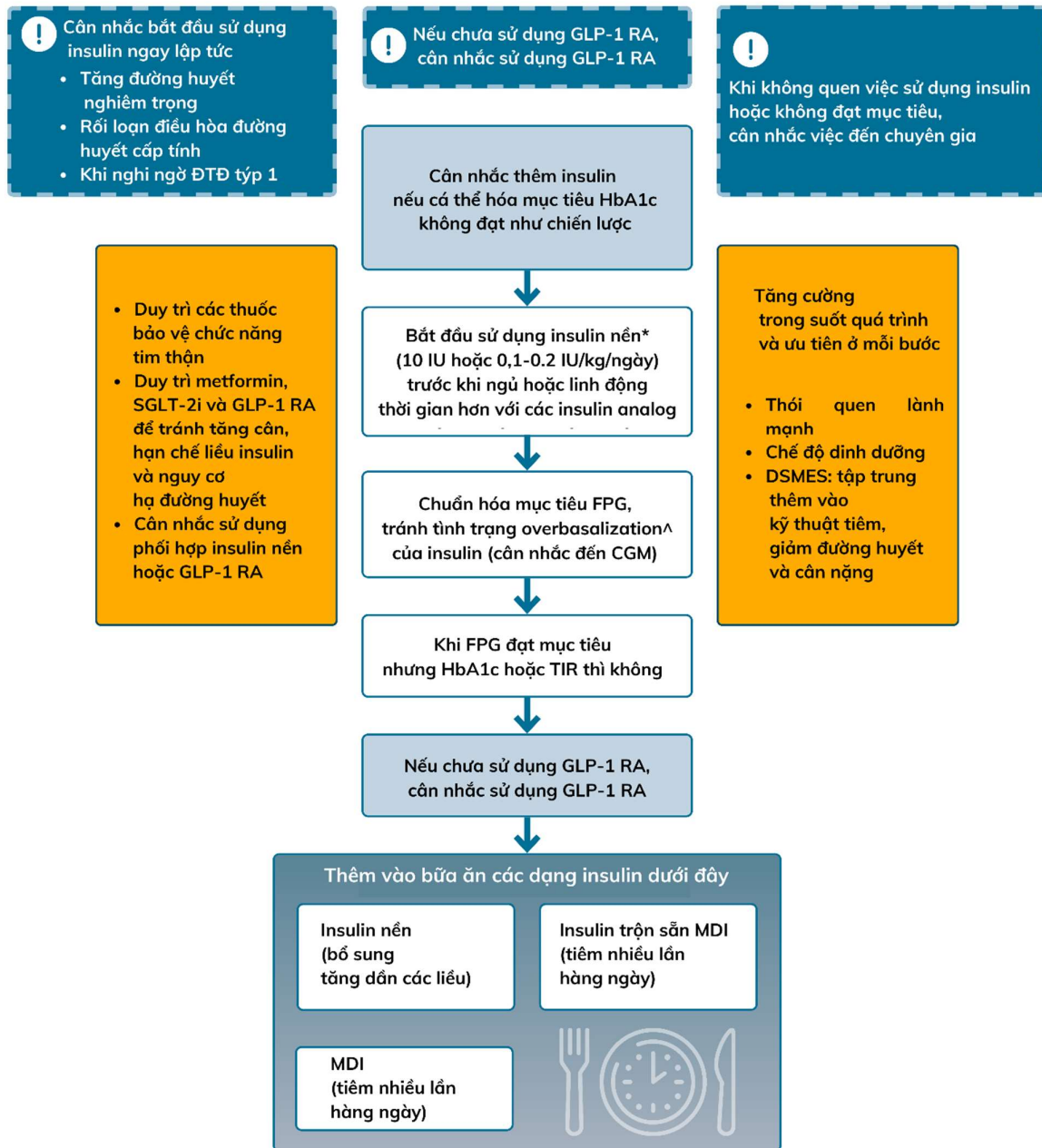
METFORMIN

KHÔNG CÒN KHUYẾN NGHỊ LÀ THUỐC ĐẦU TAY MẶC ĐỊNH CHO MỌI BN ĐTĐ TÝP 2

- 01 Lợi ích trên tim mạch và thận của SGLT2i và GLP-1 RA đã được chứng minh không phụ thuộc metformin
- 02 Metformin không khuyến cáo dùng trên eGFR <30ml/phút/1.73m² và cần giảm liều khi eGFR <45ml/phút/1.73m²
- 03 Dùng metformin có nguy cơ gây giảm vitamin B12, trầm trọng thêm triệu chứng bệnh thần kinh ngoại biên

FANPAGE DƯỢC LÂM SÀNG - THÔNG TIN THUỐC Credit: Phương Thảo, Yến Nhi, Kiều Trinh

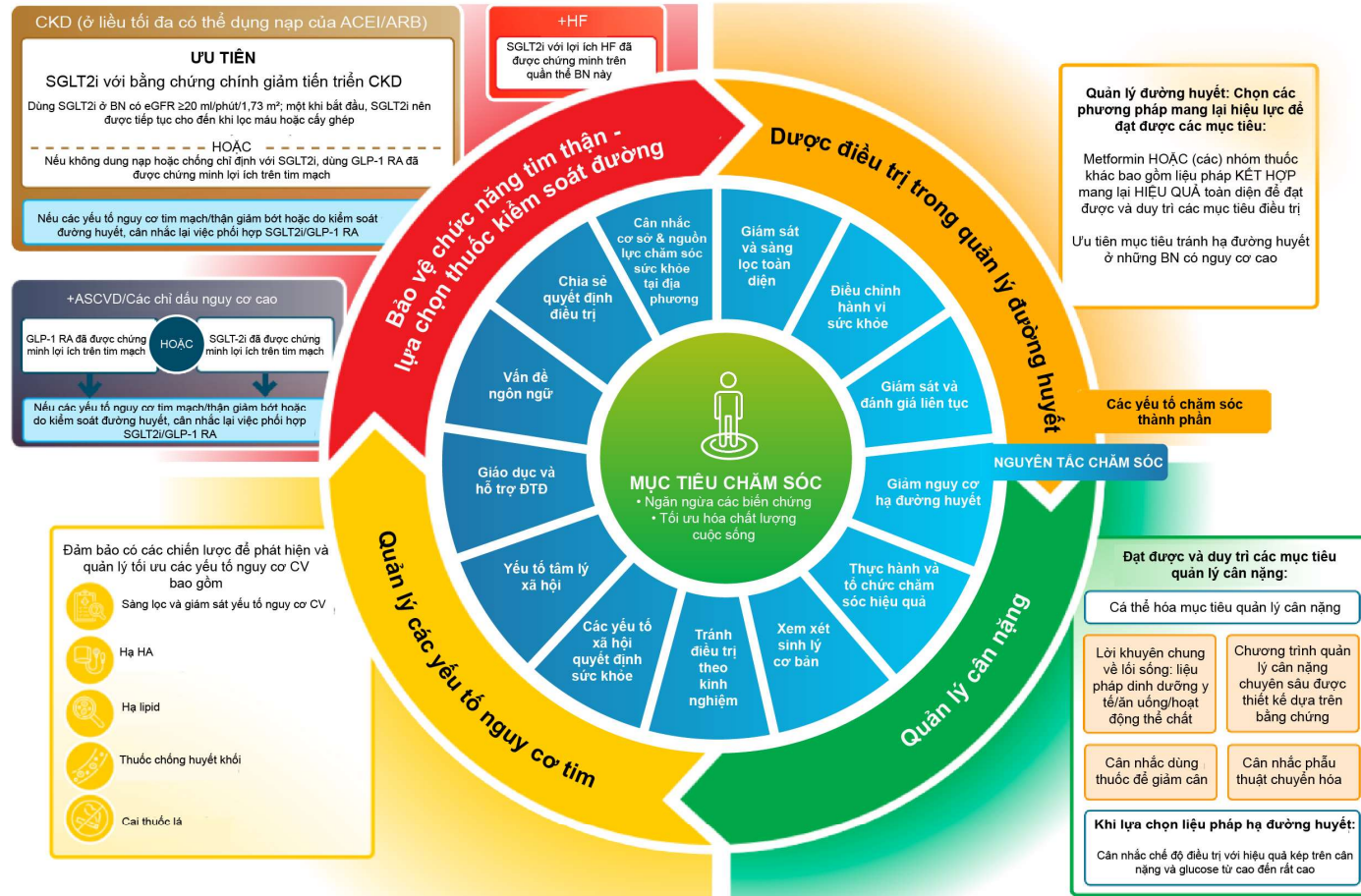
HÌNH 5: VAI TRÒ CỦA INSULIN TRONG ĐIỀU TRỊ ĐTĐ



* Insulin NPH hoặc ưu tiên các insulin nền analog để giảm nguy cơ hạ đường huyết về đêm
 CGM, theo dõi mức đường máu liên tục ; DSMES, chương trình giáo dục và hỗ trợ tự quản lý bệnh ĐTĐ
 FPG, đường huyết lúc đói ; TIR, Thời gian đường huyết nằm trong khoảng mục tiêu;
 SGLT-2i, ức chế SGLT-2; GLP-1 RA, chủ vận thụ thể GLP-1 ;
[^]Overbasalization, tăng liều insulin nền nhưng không đạt được mục tiêu glucose máu khi điều trị bằng insulin

III. CÁCH THỨC TIẾN HÀNH CHĂM SÓC TOÀN DIỆN

HÌNH 6: CÁC CHIẾN LƯỢC CỤ THỂ TRONG QUYẾT ĐỊNH LẤY BN LÀM TRUNG TÂM TRONG ĐTD TYP 2



ACEi, thuốc ức chế men chuyển; ARB, thuốc chặn thụ thể angiotensin; ASCVD, bệnh tim mạch do xơ vữa; HA, huyết áp; CKD, bệnh thận mãn tính; CV, tim mạch; eGFR, mức lọc cầu thận ước tính; GLP-1 RA, chất chủ vận thụ thể 1 peptide giống glucagon; HF, suy tim; SGLT2i, chất ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2; T2D, ĐTD TYP 2.