MEDIC 7

CHƯƠNG TRÌNH MEDIC 7 • SINH HOẠT KHOA HỌC

Khởi Trị Thuốc Đồng Vận GLP-1 Trên Bệnh Nhân Đái tháo đường Type 2 Đa Bệnh Lý

Bs. Châu Phước Hữu

ĐỊA ĐIỂM BÁO CÁO

BVĐK Hòa Hảo - Medic Cần Thơ

GLP-1 là gì?

GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-1

GLP-1 nội sinh

GLP-1 là một peptide bao gồm 30 hoặc 31 axit amin



Thoái giáng enzyme bởi DPP-4
$t_{½}$=1.5–2 phút

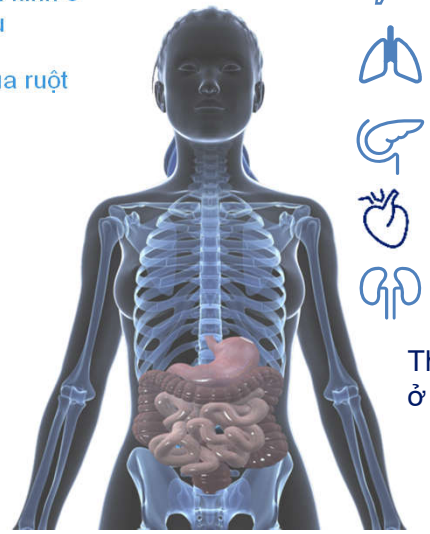
GLP-1 là một thành viên của họ incretin, một nhóm hormone chuyển hóa được biết đến với tác dụng giảm lượng đường trong máu bằng cách kích thích bài tiết insulin đáp ứng với năng lượng nạp vào

Sự bài tiết và biểu hiện thụ thể GLP-1[2–10]

GLP-1 được tổng hợp và tiết *ra* bởi:

TB thần kinh ở não sau

TB L của ruột



Thụ thể GLP-1 biểu hiện ở:

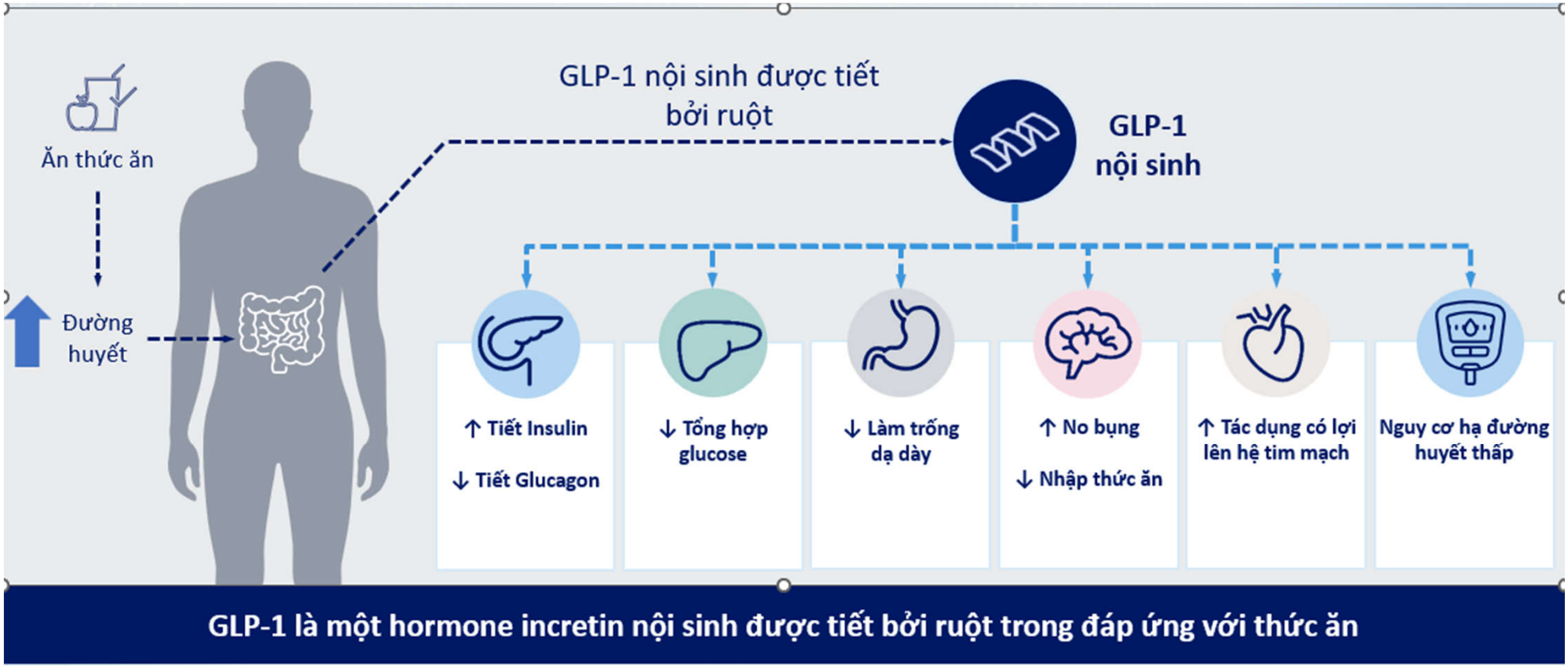
- Não
- Phổi
- Tụy
- Tim
- Thận
- Hệ tiêu hóa
- Cơ

Thụ thể GLP-1 **không** biểu hiện ở gan

AV, atrioventricular; DPP-4, dipeptidyl peptidase-4; GI, gastrointestinal; GLP-1 R, glucagon-like peptide-1 receptor; t½, half-life.

1. https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/16135499. Accessed January 2023; 2. Drucker DJ & Nauck MA. Lancet 2006;368:1696–705; 3. Baggio LL & Drucker DJ. Gastroenterology 2007;132:2131–57; 4. Ban K et al. Circulation 2008;117:2340–50; 5. Vrang N et al. Prog Neurobiol 2010;92:442–62; 6. Pyke C et al. Endocrinology 2014;155:1280–90; 7. Wang X-C et al. World J Gastroenterol 2014;20:14821–30; 8. Lee J et al. Diabetes Metab J 2012;36:262–7; 9. Sharma S et al. PLoS One 2011;6:e25269; 10. Drucker DD. Cell Metab 2016;24:15–30.

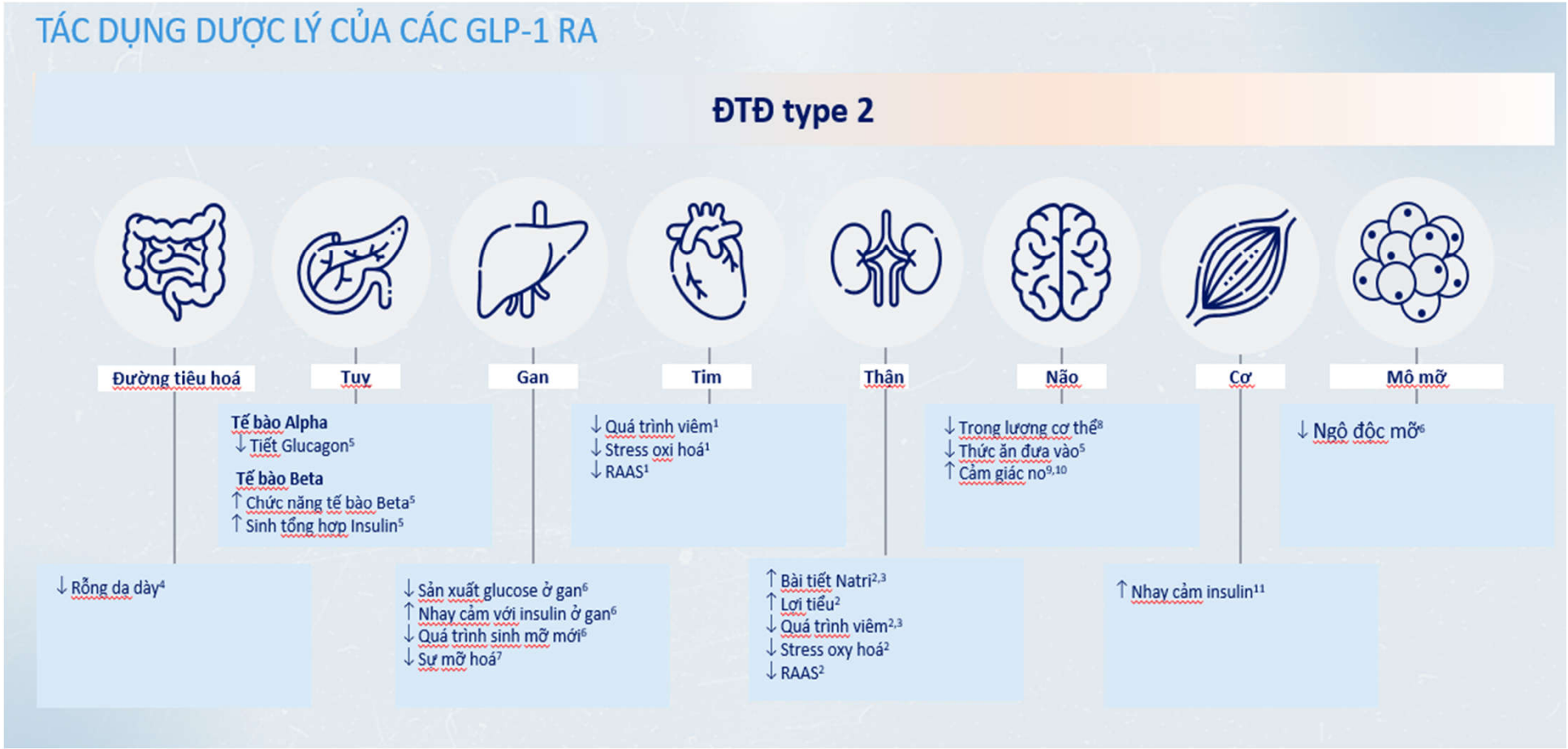
Tác động của GLP-1 nội sinh lên từng cơ quan



CV, cardiovascular; GLP-1, glucagon-like peptide-1

1. Vilsbøll T et al. Diabetologia 2002;45:1111–1119; 2. Wajchenberg BL. Endocr Rev 2007;28:187–218; 3. Baggio LL, Drucker DJ. Gastroenterology 2007;132:2131–2157.

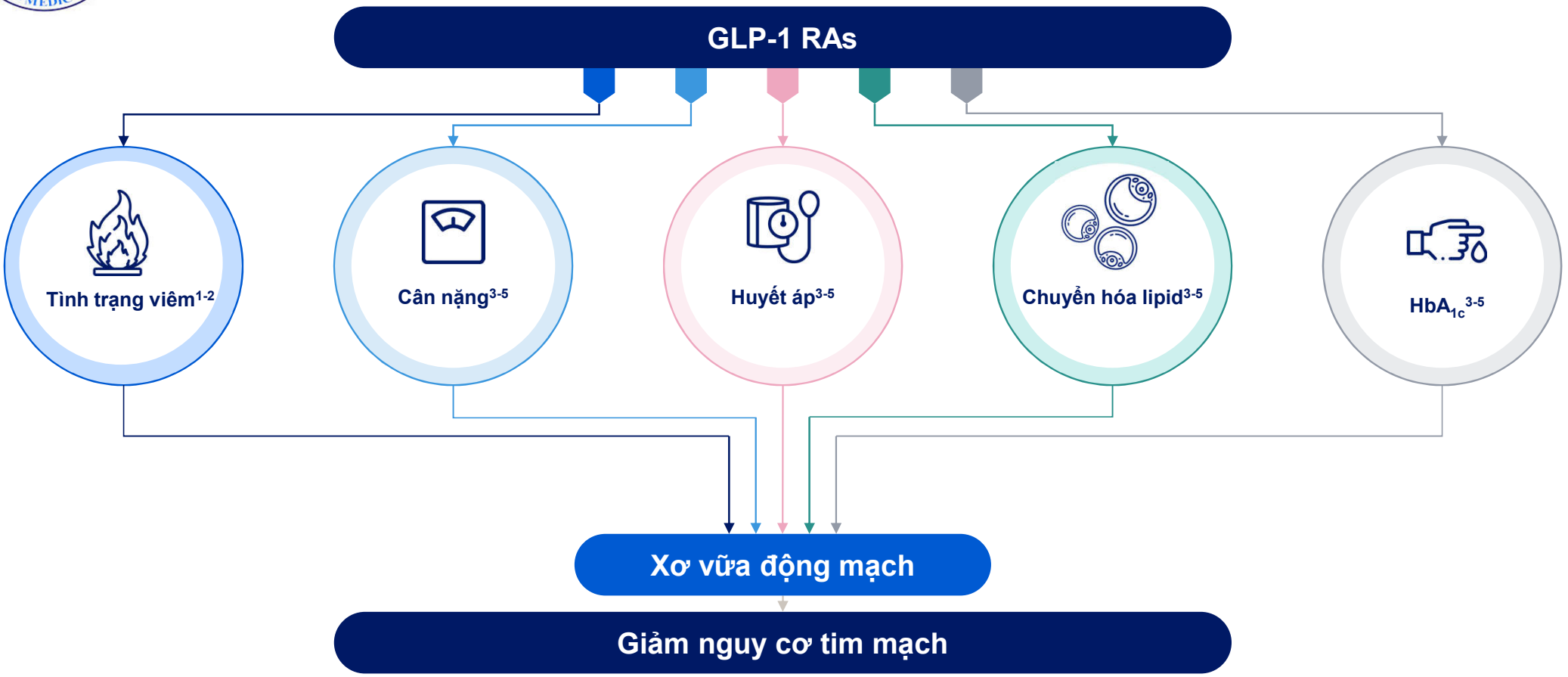
Lợi ích kiểm soát đa yếu tố của Thuốc GLP-1 RA



- GLP-1RA, glucagon-like peptide-1 receptor agonist; RAAS, renin-angiotensin-aldosterone system.

1. Ussher JR et al. Nature Reviews Cardiology 2023; 20:463–474; 2. Greco EV et al. Medicina (Kaunas) 2019; 55:233; 3. DeFronzo RA. Diabetes Obes Metab 2017; 19:1353–1362; 4. Tong J and D'Alessio D. Diabetes 2014;63:407–409; 5. Campbell JE and DJ Drucker. Cell Metab 2013;17:819–837; 6. Armstrong MJ et al. J Hepatol 2016;64:399–408; 7. Armstrong MJ et al. Lancet 2016;387:679–690; 8. Baggio LL and Drucker DJ. J Clin Invest 2014;124:4223–4226; 9. Flint A et al. J Clin Invest 1998;101:515–520; 10. Blundell J et al. Diabetes Obes Metab 2017;19:1242–1251; 11. MacDonald PE et al. Diabetes 2002;51(Suppl 3):S434–S442.

Cơ chế tiềm năng của việc giảm nguy cơ tim mạch bởi GLP-1 RA

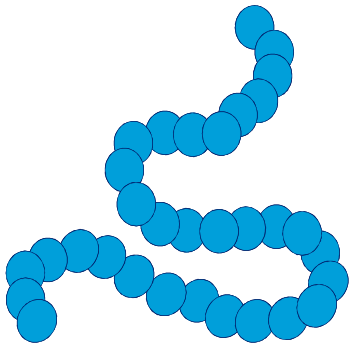


1. Aroda V, et al. Diabetes Care 2019;42:1724-32; 2. Rodbard HW, et al. Diabetes Care. 2019;42:2272-81; 3. Marso SP et al. N Engl J Med. 2016;375:311-22; 4. Marso SP et al. N Engl J Med. 2016;375:1834–44; 5. Hussain M et al. N Engl J Med. 2019;381(9):841-51.

GLP-1 RA mang lại lợi ích bảo vệ thận thông qua các cơ chế trực tiếp và gián tiếp

Tác động gián tiếp:

- Cải thiện kiểm soát đường huyết
- Giảm huyết áp
- Giảm cân

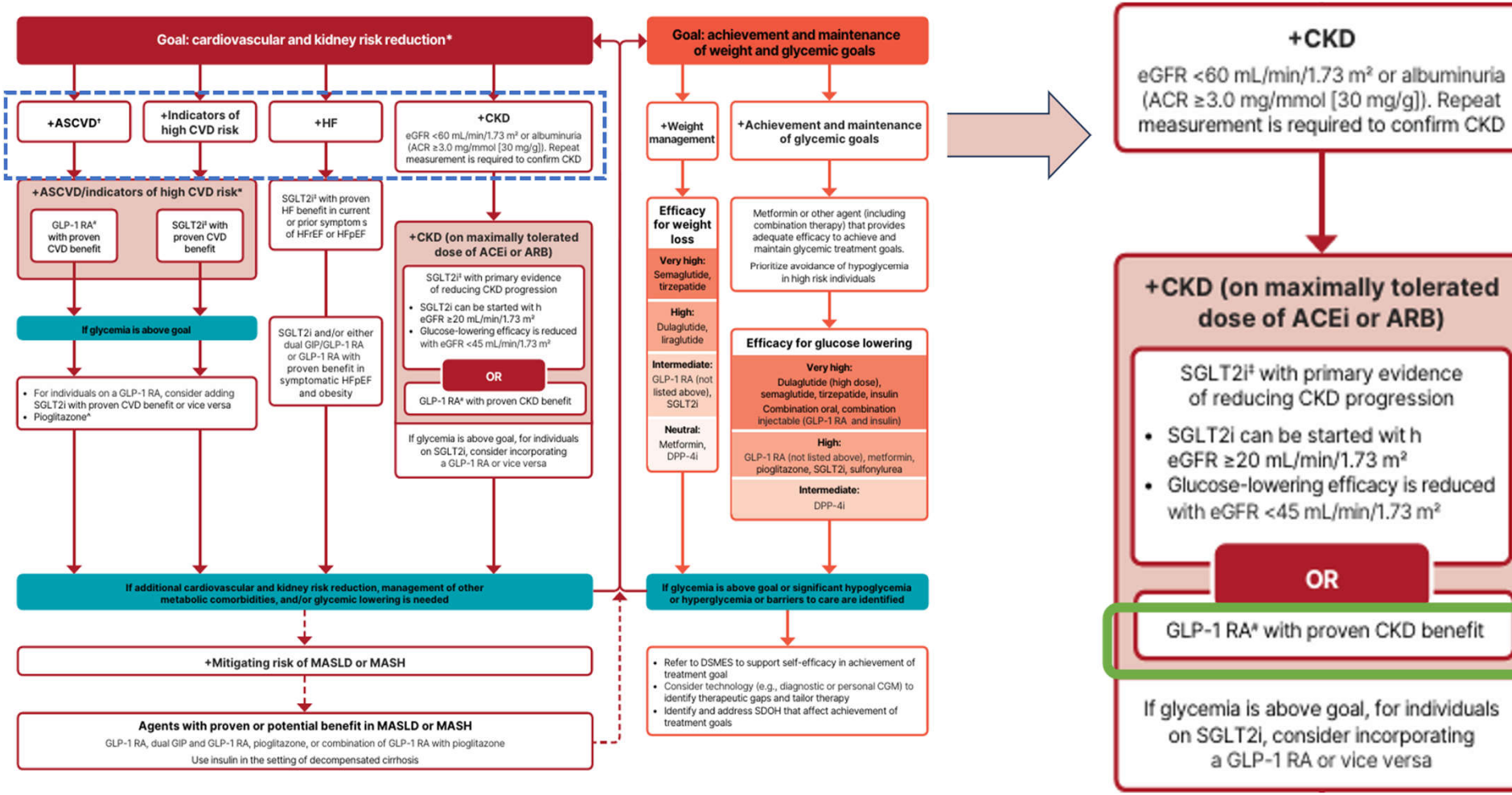


GLP-1 RA

Tác động trực tiếp:

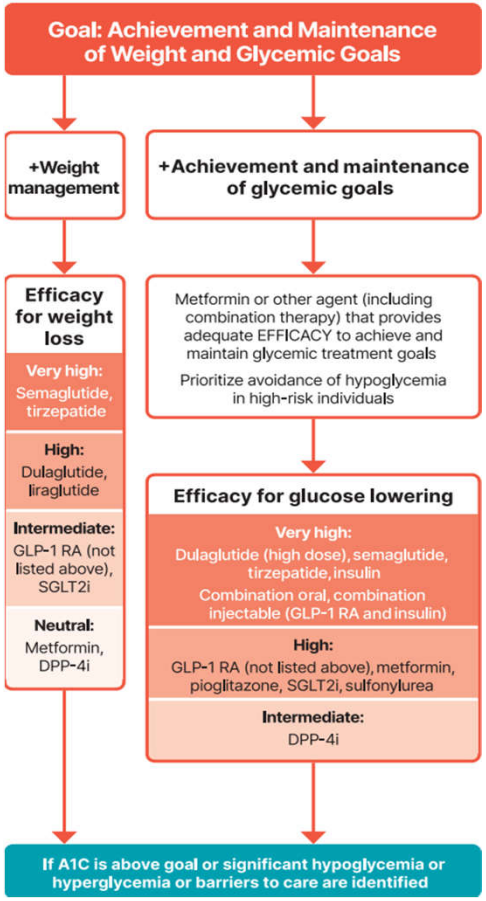
- Tăng thải natri niệu (Natriuresis)
- Tác động huyết động
- Cải thiện chức năng nội mô
- Giảm viêm và giảm stress oxy hóa
- Ức chế hệ RAAS

Cập nhật lợi ích bảo vệ thận của thuốc GLP-1 RA trong ADA 2026



American Diabetes Association Professional Practice Committee for Diabetes*. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes-2026. Diabetes Care. 2026 Jan 1;49(Suppl 1):S183-S215. doi: 10.2337/dc26-S009. PMID: 41358900; PMCID: PMC12690185.

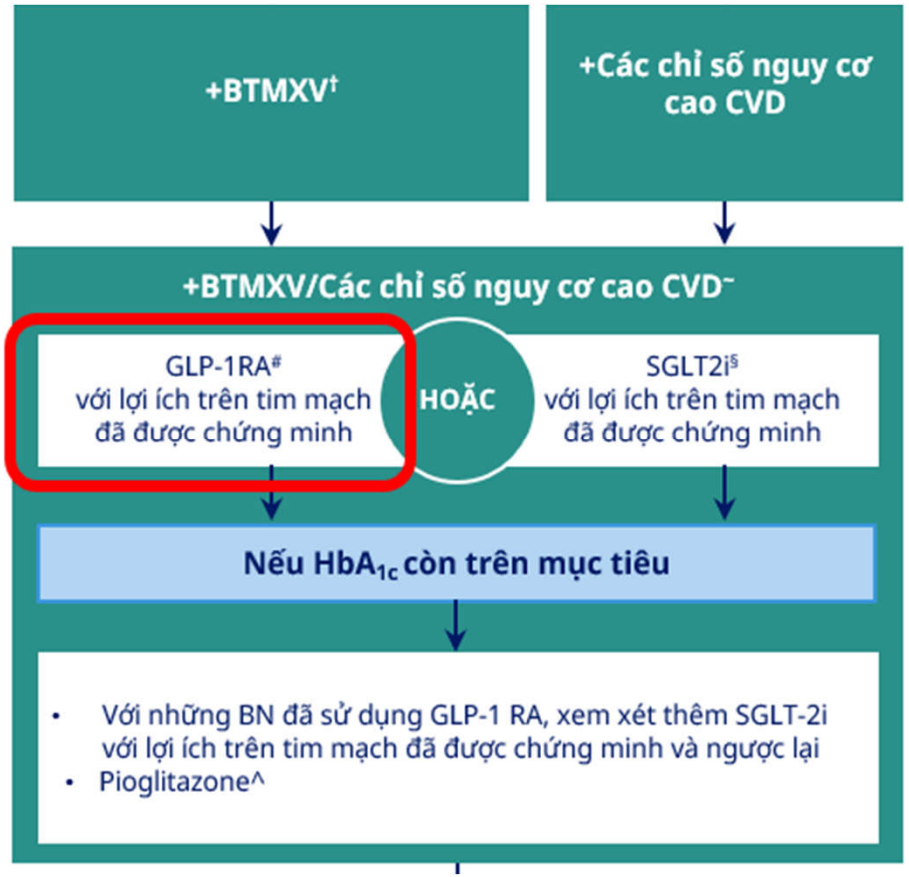
ADA 2026 công nhận Semaglutide có hiệu quả "Rất Cao" trong mục tiêu kiểm soát đường huyết và quản lý cân nặng[1]



Mục tiêu: Đạt và duy trì mục tiêu cân nặng và đường huyết[1]

Quản lý cân nặng	Đạt và duy trì mục tiêu đường huyết
Hiệu quả giảm cân	**Hiệu quả hạ đường huyết**
• Rất cao: **semaglutide,** tirzepatide • Cao: Dulaglutide, liraglutide • Trung bình: GLP-1 RA khác • Trung tính: Metformin, DPP-4i	• Rất cao: Dulaglutide (liều cao), **semaglutide,** tirzepatide, insulin • Cao: Kết hợp thuốc uống, kết hợp tiêm (GLP-1 RA và insulin) • Trung bình: GLP-1 RA khác, metformin, pioglitazone, SGLT2i, sulfonylurea • Trung tính: DPP-4i

ADA 2026: GLP-1RA là lựa chọn ưu tiên trên BN T2D có kèm ASCVD/ nguy cơ tim mạch/ CKD



KHUYẾN CÁO

10.40a	Ở BN ĐTĐ típ 2 có ASCVD đã xác định hoặc (CKD), việc sử dụng SGLT2i hoặc GLP-1 RA có bằng chứng lợi ích trên bệnh tim mạch được khuyến cáo như một phần của kế hoạch điều trị nhằm giảm nguy cơ tim mạch toàn diện và/hoặc giảm đường huyết.	A
10.40b	BN ĐTĐ típ 2 và đã có ASCVD hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ ASCVD, hoặc CKD, việc sử dụng thuốc ức chế SGLT2 có bằng chứng lợi ích tim mạch được khuyến cáo nhằm giảm nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch.	A
10.40c	**BN ĐTĐ típ 2 và đã có ASCVD hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ của ASCVD, hoặc CKD, việc sử dụng GLP-1 RA với lợi ích tim mạch đã được chứng minh được khuyến cáo nhằm giảm nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch.**	A
10.40d	BN ĐTĐ típ 2 và đã có ASCVD hoặc có nhiều yếu tố nguy cơ của ASCVD, **có thể cân nhắc điều trị phối hợp giữa thuốc ức chế SGLT2 có bằng chứng lợi ích tim mạch và thuốc GLP-1 RA có bằng chứng lợi ích tim mạch** nhằm làm giảm thêm nguy cơ các biến cố tim mạch và thận bất lợi.	B

CA LÂM SÀNG

Medic Cần T

Hành Chính & Tiền Sử Bệnh Tật

Hành Chính & Lý Do Đến Khám

- **Bệnh nhân:** QUAN PHÙNG N, Nữ, 71 tuổi
- **Địa chỉ:** Phường Phú Lợi, TP. Cần Thơ
- **Lý do đến khám:** Đường huyết cao
- **Tình trạng di chuyển:** Ngồi xe lăn, đau khớp gối nặng

Tiền Sử Bệnh & Dùng Thuốc Trước Đây

- **ĐTĐ Type 2, tăng huyết áp:** ~20 năm
- **Tự dùng kéo dài:** Diamicron 60mg 1v + Glucophage 1g x2 + Aprovel 150mg (ít đi khám bác sĩ, do nhà có bán thuốc Tây)
- **Lối sống:** Hay ăn vặt, nhiều trái cây ngọt, ít vận động
- **Đợt viện gần nhất (09-17/03/2026 tại BV SIS):** Đột quỵ nhồi máu não nhẹ (nhồi máu vành tia), THA, Gút, BTM giai đoạn 3, Bệnh tim thiếu máu cục bộ, thoái hóa khớp gối
- **Toa xuất viện SIS:** Novomix (18-16 UI), Xigduo 10/1000mg, Lipitor 40mg, DAPT (Aspirin 81 + Plavix 75), Pantoprazol 40 mg

Khám Lâm Sàng (02/04/2026)

02/04/2026

BMI: 35.16

(CN: 90kg – CC: 160cm)

Béo phì độ II

HA: 170/90

(mmHg)

Chưa đạt mục tiêu

M: 97

(l/p) - SpO2 97%

Nhịp xoang nhanh

Sức cơ 4/5

Sức cơ nửa người (P)

Di chứng đột quỵ

- Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, Yếu nhẹ nửa người phải (sức cơ 4/5),
- Tim đều nhanh, Phổi không ran, Bụng mềm, béo bụng, ấn đau nhẹ thượng vị.
- Đau khớp gối 2 bên khi cử động đi lại, khớp gối sưng nề nhẹ, sờ ấm, phụ thuộc xe lăn khi đi khám.
- Mu bàn chân: phù mềm ấn lõm, không đau khi ấn, mạch mu (+)
- Tê nhiều 2 bàn chân, cảm giác châm chích và kiến bò
- Giảm cảm giác nông ngọn chi.

Cận Lâm Sàng Nổi Bật (02/04/2026)

Lab Medic

Xét nghiệm

HbA1c: 9.7 %
(Glucose: 10.4 mmol/L)
Đường huyết kém kiểm soát dù đang tiêm Insulin

eGFR: 30.7
(ml/phút/1.73m²)
Creatinin 155 µmol/L (CKD G3b)

Uric: 611
(µmol/L)
Tăng cao, nguy cơ bùng phát viêm khớp Gút

- Tổng phân tích nước tiểu: Glucose > 55 mmol/l, Protein: 0.15 g/l
- Total C: 3.68, LDL-C: 1.63, TRI: 2.72
- AST: 19, ALT: 14.6, GGT: 88.7, HBV(-), HCV(-)

TSH 0.105 mIU/L, FT4 22.6 pmol/L
Công thức máu: HC: 4.64M. Hb: 13.6, BC: 7.15K, TC: 273K

Thăm Dò Tim Mạch & Mạch Máu

- **ECG:** Nhịp xoang 90 l/p, sóng T dẹt V3-V6 (thiếu máu cơ tim)
- **Siêu âm tim:** Dày đồng tâm thất trái, EF 74%, rối loạn chức năng tâm trương thất trái.
- **Doppler mạch cảnh:** Xơ vữa ĐM cảnh trong 2 bên
- **Doppler mạch chi:** Suy van tĩnh mạch nông 2 bên, sâu (T)

Thăm Dò Khác

- **Siêu âm bụng:** Gan nhiễm mỡ độ II, sỏi túi mật kích thước #30mm, Kích thước thận bình thường, chủ mô tủy vỏ phân biệt rõ.
- **Tuyến giáp:** Nhân 2 thùy TIRADS 3 (5x6mm, 4x8mm)
- **Tuyến vú:** U vú phải BIRADS 4 (5x9mm)

ĐÁNH GIÁ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU (02/04/2026)

Phác đồ hiện tại Chưa Đạt Mục Tiêu Kiểm Soát Chuyển Hóa

Bất Cập Lâm Sàng

- **HbA1c 9.7%:** Đường huyết đói 10.4 mmol/L chưa ổn định
- **Chế độ ăn:** Ăn nhiều trái ngọt, ít vận động
- **Bất lực vận động:** Khớp gối quá tải nặng do cân nặng 90kg

Nguy Cơ & Thách Thức

- **Thận eGFR 30.7:** Theo dõi tổn thương thận cấp/ Bệnh thận mạn.
- Thuốc chưa phù hợp: Metformin 1g/ eGFR: 30.7
- **Nguy cơ hạ đường:** Liều Insulin cao trên bệnh nhân cao tuổi
- **Gút mạn bùng phát:** Acid uric máu tăng cao lên mức 611 umol/L

Chẩn Đoán

Đái tháo đường type 2 đa biến chứng mạch máu lớn và mạch máu nhỏ - Theo dõi tổn thương thận cấp/Bệnh thận mạn - Bệnh lý thần kinh ngoại biên – Bệnh Béo phì độ II - Di chứng nhồi máu não • Tăng huyết áp - Bệnh tim thiếu máu cục bộ - Xơ vữa động mạch - Thoái hóa khớp gối & Gút mạn- Dãn tĩnh mạch chân.

Thách Thức Thận & Chuyển Hóa

- ✕ eGFR 30.7 tiệm cận suy thận nặng
- ✕ Đang dùng Insulin liều cao nhưng HbA1c vẫn 9.7%

Vòng Xoắn Khớp & Thể Trọng

- ✕ BMI 35.16 (90kg) gây quá tải cơ học khớp
- ✕ Đau khớp → bất động xe lăn → ít tiêu thụ năng lượng
- ✕ Tiêm Insulin thúc đẩy tích tụ mỡ và tăng cân

Nguy Cơ Tim Mạch Tồn Dư

- ✕ Đột quỵ mới xảy ra trong vòng 1 tháng
- ✕ Xơ vữa mạch cảnh và bệnh tim thiếu máu cục bộ
- ✕ Cần thêm thuốc giảm biến cố tim mạch xơ vữa (ASCVD), thận bên cạnh thuốc ức chế kênh SGLT2

Chiến Lược Điều Trị Mới (02/04/2026)

Phác đồ Medic

Khởi Trị GLP-1 RA + Chỉnh Hạ Đường Huyết

- **Semaglutide (Ozempic):** Khởi đầu 0.25mg SC 1 lần/tuần (tăng lên 0.5mg sau 2-4 tuần nếu dung nạp tốt)
- **Insulin Novomix 30:** Giảm liều từ 18-16 xuống 14-14 UI SC trước ăn
- **Empagliflozin (Jardiance 25mg):** Uống ½ viên sáng (12.5mg)

Kiểm Soát Tim Mạch, Mạch máu, Thần kinh, Thận & uric

- **Huyết áp / Thận:** Aprovel 150mg + Betaloc ZOK 25mg
- **Chống huyết khối:** Plavix 75mg 1 viên/ngày
- **Hạ Lipid:** Pitavastatin (Pitator 2mg) an toàn đường huyết & thận
- **Kiểm soát Gút:** Febuxostat 40mg (1 tháng) + Colchicin 1mg/ngày (14 ngày)
- **Kiểm soát BC thần kinh:** Alfa-Lipogamma 600mg

KS dãn TM chân, phù: Hemoral 500 mg 1v trưa

Tư vấn cụ thể chế độ ăn, cắt giảm ăn vặt & trái cây ngọt

Uống đủ ≥2.0 lít nước/ngày

Vận động nhẹ sau ăn + kê cao chân

Khám và theo dõi chuyên khoa Ung Bướu (U vú)

Kết Quả Tái Khám Đợt 1 (13/05/2026)

6 Tuần Trị Liệu

ĐÁP ỨNG KHÁ NGOẠN MỤC

- 13 kg
Cân nặng: 90kg → 77kg
BMI 35.1 → 30.0

6.1
Glucose đói (mmol/L)
Từ 10.4 mmol/L

36.2 (từ 30.7)
eGFR (ml/phút)
Cr: 155 → 135 µmol/L

260
Acid Uric Máu (µmol/L)
Từ 611 µmol/L

Cải Thiện Lâm Sàng Rõ Rệt

- **HA:** 150/90 mmHg, M: 70 l/p
- **Thể trạng:** Bệnh nhân cảm thấy khỏe hơn nhiều, ăn uống dễ tiêu hơn, giảm thèm ăn vặt. Không dấu mất nước.
- **Cơ xương khớp:** Giảm đau đầu gối đáng kể nhờ giảm tải áp lực trọng lượng 13kg, còn đau khi vận động đi lại nhiều.
- **Thần kinh:** Giảm tê buốt chân, cảm giác kiến bò giảm rõ rệt

Tinh Chỉnh Phác Đồ Lần Này

- Duy trì Ozempic 0.5mg SC hàng tuần, Novomix liều cũ, Jardiance 25 mg ½ viên
- Tiếp tục đơn trị Plavix 75mg sau giai đoạn DAPT ngắn (21 ngày)
- Thêm vitamin B12, tăng liều Hemoral 2 viên/ ngày
- Tiếp tục statin
- Tạm ngưng Febuxostat
- Đổi thuốc hạ áp: Coveram 5/5 mg

BƯỚC NGOẶT ĐIỀU TRỊ

An Toàn Trị Liệu

Hạ Đường Huyết & Ngưng Hoàn Toàn Insulin

16/05/2026

Đường Huyết Khá Thấp

Đường đói sáng: **103 mg/dl**
Trước ăn chiều: **105 mg/dl**

Giảm Novomix còn 8 - 8 UI

18/05/2026

Cảnh Báo Hạ Đường Huyết

Đường huyết đói tụt còn **68 mg/dl**
Bệnh nhân choáng nhẹ, vẫn tỉnh, ăn uống được.

Quyết định: NGƯNG HẲN INSULIN,
Theo dõi đường huyết tại nhà

19 - 08/2026

Duy Trì Ổn Định Bằng Ozempic

Duy trì Ozempic 0.5mg/tuần + thuốc viên:
Jardiance 25mg ½ viên sáng, Metformin 850 mg 1v uống sau ăn chiều,
Đường mao mạch dao động: **100 - 150 mg/dl**,

Bài Học Về Hiệu Quả Tăng Cường Độ Nhạy Insulin

Khi cân nặng giảm nhanh 13kg kết hợp thụ thể GLP-1 RA khôi phục cơ chế tiết insulin phụ thuộc glucose, tình trạng đề kháng insulin cải thiện ngoạn mục, tạo điều kiện thuận lợi để giải phóng bệnh nhân khỏi việc tiêm insulin mỗi ngày.

THEO DÕI DÀI HẠN

Tái Khám Sau 6 Tháng (23/10/2026)

23/10/2026

Điểm Sáng Lâm Sàng & Chuyển Hóa

- **Thể trọng duy trì:** CN: 77kg, HA ổn định 140/90 mmHg
- **Vận động:** Đi lại dễ dàng hơn nhiều, Thân nhân khai vẫn dùng Colchicin hoặc Voltaren để giảm đau.
- **HbA1c đạt mục tiêu:** Từ 9.7% giảm ngoạn mục còn **6.62%**
- **Chức năng thận bảo tồn:** eGFR tăng từ 30.7 lên **48.99 ml/phút** (Creatinin 105 µmol/L)
- Tổng phân tích nước tiểu: Glucose: 28 mmol/l, Protein: 0.15 g/l

Vấn Đề Phát Sinh: Ngưng Thuốc GLP-1 RA 2 Tháng

- **Hành vi:** Thân nhân tự ngưng tiêm Ozempic 2 tháng do thấy bệnh nhân ăn ít. Bệnh nhân ăn trái cây nhiều trở lại sau khi ngưng thuốc
- **Men gan tăng vọt:** AST 61.6 U/L, GGT vọt lên **230 U/L**
- **Rối loạn lipid bùng phát:** Triglyceride tăng lên **4.34 mmol/L**, T-C 5.5 mmol/L
- **Xử trí:** Tái khởi động Ozempic 0.5mg, siết chặt tư vấn tuân thủ điều trị, chế độ ăn

BẢNG THEO DÕI

Bảng Động Học Chỉ Số Trọng Yếu Qua 3 Mốc

Diễn Tiến 04/2026 - 10/2026

Thông số theo dõi	Khám Lần 1 (02/04/2026)	Tái Khám 1 (13/05/2026)	Tái Khám 2 (23/10/2026)	Đánh giá lâm sàng
Cân nặng / BMI	90 kg (BMI 35.16)	77 kg (BMI 30.08)	77 kg (BMI 30.08)	**Giảm 13 kg (-14.4%)**
HbA1c / Glucose đói	9.7% / 10.4 mmol/L	-- / 6.1 mmol/L	6.62% / 7.23 mmol/L	**Kiểm soát rất tốt, bỏ Insulin**
Creatinin / eGFR	155 µmol/L (eGFR 30.7)	135 µmol/L (eGFR 36.2)	105 µmol/L (eGFR 48.9)	**Thận hồi phục tốt**
Acid Uric máu	611 µmol/L	260 µmol/L	467 µmol/L	**Kiểm soát tốt đợt Gút cấp**
GGT / Triglyceride	88.7 U/L / 2.72 mmol/L	--	230 U/L / 4.34 mmol/L	**Tăng vọt khi ngưng Ozempic 2 tháng**

BÀN LUẬN

Evidence-Based

1. Cơ chế bảo vệ toàn diện khi phối hợp GLP-1 RA cùng với thuốc ức chế thụ thể SGLT2, và các nhóm thuốc khác.

Bảo Vệ Thận Vượt Trội

- eGFR tăng từ 30.7 lên gần 49 ml/phút phản ánh hiệu quả giảm áp lực lọc cầu thận, giảm viêm mô kẽ thận (tương đồng kết quả thử nghiệm lâm sàng **FLOW**).
- Phối hợp hoàn hảo cùng SGLT-2i
- Giảm tiến triển bệnh thận mạn

Giải Phóng Quá Tải Khớp

Mỗi 1kg cân nặng giảm giúp giảm 4kg tải trọng cơ học lên ổ khớp gối trong mỗi bước đi (theo dữ liệu cơ sinh học khớp).

- Giảm 13kg = giải phóng ~50kg tải trọng
- Giúp bệnh nhân rời xe lăn, tự đi lại

Ngừng Phụ Thuộc Insulin

Cắt đứt vòng xoắn bệnh lý: *Insulin liều cao → Tăng cân / Giữ muối nước → Đề kháng insulin nặng hơn → Tăng liều insulin*.

- Loại bỏ nguy cơ hạ đường huyết nguy hiểm
- Tối ưu chất lượng cuộc sống cho người cao tuổi

BÀN LUẬN

Cảnh Giác Dược

2. Sử Dụng Colchicine Lâu Dài Trên Bệnh Thận Mạn, giải pháp giảm đau?

Nguy Cơ Khi Dùng Kéo Dài Trên CKD

- **Thải trừ:** Colchicine thải qua thận 10-20%; khi eGFR ~30-48 ml/phút, thời gian bán thải kéo dài gấp đôi gây nguy cơ tích lũy độc tính
- **Độc tính nghiêm trọng:** Bệnh cơ vân, bệnh thần kinh - cơ (neuromyopathy), ức chế tủy xương
- **Tương tác thuốc:** Bệnh nhân đang dùng Statin, nguy cơ tiêu cơ vân tăng khi phối hợp Colchicine kéo dài

Giải Pháp Cho Hiện Tượng "Cắt Là Đau Lại"

- **Nguyên nhân đau?** Đau do viêm khớp Gút bùng phát hay đau do thoái hóa khớp gối / suy tĩnh mạch chi dưới?
- **Tối ưu hạ Acid Uric:** Duy trì Febuxostat đưa Acid Uric < 300 µmol/L để làm tan tinh thể urat tại khớp
- **Chiến lược Colchicine?,** giảm đau cho bệnh nhân?

THÔNG ĐIỆP

Key Takeaways

01

Mạnh dạn Khởi Trị GLP-1 RA Sớm

Đồng vận GLP-1, phối hợp thuốc UCTT SGLT2 là lựa chọn nền tảng trên bệnh nhân ĐTĐ béo phì có biến chứng tim mạch do xơ vữa – Bệnh thận mạn, đặc biệt ở bệnh nhân béo phì.

02

Đơn Giản Hóa Phác Đồ

Giảm cân ngoạn mục giúp cải thiện nhạy cảm insulin, tạo điều kiện ngưng an toàn insulin đa mũi ở người cao tuổi, giảm nguy cơ hạ đường huyết.

03

Quản Lý Tuân Thủ Lâu Dài

Ngưng GLP-1, Không tuân thủ chế độ ăn dễ dẫn tới bùng phát rối loạn lipid và thoái hóa mỡ gan; cần đồng hành giáo dục bệnh nhân bền vững.

"Điều trị ĐTĐ hiện đại không chỉ là kiểm soát đường huyết (Glucose-centric) mà là bảo vệ cơ quan đích và nâng cao chất lượng sống toàn diện (Cardio-Renal-Metabolic approach)."

Xin Chân Thành Cảm Ơn Quý Đồng Nghiệp!

Kính mời quý Thầy Cô và các đồng nghiệp góp ý, chia sẻ kinh nghiệm lâm sàng