

# **Khuyến cáo của ESC 2023 về quản lý bệnh tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường**

**Ths. Bsnt. Mạc Thanh Tùng - Khoa nội tim mạch – BVTWQĐ 108**

**Bsnt. Võ Văn Tình – Vin uni**

**PGS.TS. Phạm Trường Sơn - Khoa nội tim mạch – BVTWQĐ 108**

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b>Đánh giá nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường</b>		
Ở những bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường type 2 (T2DM) không có bệnh tim mạch xơ vữa hoặc tổn thương cơ quan đích nghiêm trọng, nên được ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm thông qua điểm SCORE2-ĐTĐ.	<b>I</b>	<b>B</b>
<b>Giảm cân ở bệnh nhân tiểu đường</b>		
Bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì nên giảm cân nặng và tăng cường tập thể dục để cải thiện chuyển hoá cơ thể và phòng mắc bệnh tim mạch tổng thể.	<b>I</b>	<b>A</b>
Các thuốc hạ đường huyết có tác dụng giảm cân (ví dụ đồng vận GLP-1) nên được cân nhắc ở những bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì để giảm cân.	<b>Ila</b>	<b>B</b>
Nếu cân nặng không kiểm soát được bằng lối sống, và thuốc thì phẫu thuật giảm cân nên được xem xét ở bệnh nhân ĐTĐ có BMI $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup>	<b>Ila</b>	<b>B</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Tăng cường hoạt động thể chất và tập thể dục ở bệnh nhân tiểu đường</i></b>		
Nên điều chỉnh các biện pháp can thiệp tập thể dục cho phù hợp với các bệnh đi kèm liên quan đến đái tháo đường type 2, ví dụ: già yếu, bệnh thần kinh hoặc bệnh võng mạc.	<b>I</b>	<b>B</b>
Nên giới thiệu chương trình tập luyện có cấu trúc ở bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường type 2 và đã có bệnh tim mạch, ví dụ: bệnh mạch vành (CAD), suy tim EF bảo tồn (HFPEF), suy tim EF giảm nhẹ (HFmrEF), suy tim EF giảm (HFrEF) hoặc rung nhĩ (AF) để cải thiện chuyển hoá cơ thể, khả năng gắng sức và chất lượng cuộc sống cũng như giảm các biến cố tim mạch.	<b>I</b>	<b>B</b>
Việc sử dụng các biện pháp can thiệp dựa trên lý thuyết hành vi, chẳng hạn như đặt mục tiêu, đánh giá lại mục tiêu, tự giám sát và phản hồi, cần được xem xét để thúc đẩy hoạt động thể chất.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Có thể cân nhắc sử dụng thiết bị theo dõi hoạt động có thể đeo để tăng cường hoạt động thể chất hành vi.	<b>IIb</b>	<b>B</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Cai thuốc lá ở bệnh nhân đái tháo đường</i></b>		
Để cai thuốc lá thành công nên xem xét các liệu pháp thay thế với: nicotine, varenicline và bupropion, cũng như tư vấn trực tiếp hoặc qua điện thoại	<b>IIa</b>	<b>B</b>
<b><i>Mục tiêu đường huyết</i></b>		
Cần cân nhắc kiểm soát đường huyết chặt chẽ để giảm bệnh mạch vành về lâu dài, tốt nhất là sử dụng các thuốc có lợi ích trên tim mạch đã được chứng minh.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
<b><i>Giảm nguy cơ bệnh mạch máu xơ vữa bằng thuốc hạ đường máu ở bệnh nhân đái tháo đường</i></b>		
Nên ưu tiên sử dụng các thuốc hạ đường huyết có lợi ích tim mạch đã được chứng minh, sau đó là các thuốc có độ an toàn tim mạch đã được chứng minh hơn là các thuốc không lợi ích và an toàn trên tim mạch.	<b>I</b>	<b>C</b>
Nếu cần kiểm soát đường huyết thêm nữa, nên xem xét dùng metformin ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 và bệnh mạch máu xơ vữa.	<b>IIa</b>	<b>C</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Giảm nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch bằng thuốc hạ đường huyết trên bệnh nhân tiểu đường (tiếp theo)</i></b>		
Nếu cần kiểm soát đường huyết bổ sung, pioglitazone có thể được xem xét ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có bệnh tim mạch xơ vữa mà không có suy tim.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
<b><i>Huyết áp và tiểu đường</i></b>		
Nên đo huyết áp thường xuyên ở tất cả bệnh nhân đái tháo đường để phát hiện và điều trị tăng huyết áp để giảm nguy cơ tim mạch.	<b>I</b>	<b>A</b>
<b><i>Mỡ máu và tiểu đường</i></b>		
Thuốc ức chế PCSK9 được khuyến cáo ở những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao, có mức LDL-C cao trên mức mục tiêu mặc dù đã điều trị với liều statin tối đa có thể dung nạp được, kết hợp với ezetimibe hoặc ở những bệnh nhân không dung nạp statin.	<b>I</b>	<b>A</b>
Nếu chế độ điều trị statin không được dung nạp ở bất kỳ liều lượng nào (ngay cả sau khi thử lại), nên xem xét thêm chất ức chế PCSK9 vào ezetimibe.	<b>IIa</b>	<b>B</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Mỡ máu và tiểu đường (tiếp theo)</i></b>		
Nếu chế độ điều trị dựa trên statin không được dung nạp ở bất kỳ liều lượng nào (ngay cả sau khi thử lại), ezetimibe nên được xem xét.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Liều cao icosapent ethyl (2 g, ngày 2 lần) có thể được xem xét kết hợp với statin ở bệnh nhân tăng triglycerid máu.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
<b><i>Điều trị chống huyết khối ở bệnh nhân đái tháo đường</i></b>		
Clopidogrel 75 mg/ngày sau khi dùng liều tải (ví dụ: 600 mg hoặc ít nhất 5 ngày đã điều trị duy trì) được khuyến cáo cùng với aspirin (ASA) trong 6 tháng sau đặt stent mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành mạn, bất kể loại stent, trừ các trường hợp có nguy cơ hoặc xuất hiện chảy máu đe dọa tính mạng thì thời gian ngắn hơn.	<b>I</b>	<b>A</b>
Ở những bệnh nhân mắc ĐTD typ II bị hội chứng vành cấp (ACS) được điều trị bằng chống kết tập tiểu cầu kép có PT bắt cầu ĐMV và không cần điều trị chống đông đường uống (OAC) lâu dài, nên sử dụng lại thuốc ức chế thụ thể P2Y2 ngay khi được coi là an toàn sau phẫu thuật và tiếp tục đến 12 tháng.	<b>I</b>	<b>C</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Điều trị chống huyết khối ở bệnh nhân đái tháo đường (tiếp theo)</i></b>		
Nên cân nhắc thêm rivaroxaban liều rất thấp cùng aspirin liều thấp để phòng ngừa lâu dài các biến cố mạch máu nghiêm trọng ở bệnh nhân ĐTĐ typ II và bệnh ĐMV hoặc bệnh ĐM ngoại vi (PAD) có triệu chứng mà không có nguy cơ chảy máu cao.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Ở những bệnh nhân mắc ACS hoặc CCS và đái tháo đường được đặt stent mạch vành và có chỉ định chống đông máu, việc kéo dài liệu pháp ba thuốc với ASA liều thấp, clopidogrel và OAC nên được xem xét tới 1 tháng nếu nguy cơ huyết khối lớn hơn nguy cơ chảy máu tùy theo từng cá thể.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Ở những bệnh nhân mắc bệnh ĐMV cấp hoặc bệnh ĐMV mạn có đái tháo đường đang được đặt stent mạch vành và có chỉ định chống đông máu, việc điều trị ba thuốc kéo dài với ASA liều thấp, clopidogrel và OAC lên đến 3 tháng có thể được xem xét nếu có nguy cơ huyết khối lớn hơn nguy cơ chảy máu ở từng bệnh nhân.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Khi sử dụng clopidogrel, không nên dùng omeprazole và esomeprazole cho bảo vệ dạ dày.	<b>III</b>	<b>B</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Phương pháp tiếp cận đa yếu tố ở bệnh nhân đái tháo đường</i></b>		
Nên xác định và điều trị sớm các yếu tố nguy cơ và bệnh đi kèm.	<b>I</b>	<b>A</b>
Khuyến cáo phối hợp đa chuyên khoa thay đổi hành vi bệnh nhân kết hợp kiến thức và kỹ năng của NVYT.	<b>I</b>	<b>C</b>
Nên xem xét các nguyên tắc phòng vấn tạo động lực để tạo ra thay đổi hành vi bệnh nhân	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Telehealth có thể được xem xét để cải thiện hồ sơ rủi ro của bệnh nhân.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
<b><i>Quản lí bệnh mạch vành ở bệnh nhân T2DM</i></b>		
Tái thông mạch vành trong CCS được khuyến cáo khi cơn đau thắt ngực vẫn còn mặc dù đã điều trị bằng thuốc chống đau thắt ngực hoặc ở những bệnh nhân có khuyết xa tưới máu lớn (> 10% thể tích thất trái).	<b>I</b>	<b>A</b>
Tái thông mạch máu hoàn toàn được khuyến cáo ở bệnh nhân STEMI không có sốc tim và có CAD nhiều mạch máu.	<b>I</b>	<b>A</b>



<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Quản lý bệnh động mạch vành ở bệnh nhân tiểu đường (tiếp theo)</i></b>		
Nên đánh giá tình trạng đường huyết ở lần đánh giá ban đầu ở tất cả các bệnh nhân hội chứng vành cấp	<b>I</b>	<b>B</b>
Tái thông mạch máu hoàn toàn nên được xem xét ở những bệnh nhân mắc nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NSTEMI-ACS) không có sốc tim và đa thân bệnh động mạch vành.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Liệu pháp hạ đường huyết nên được xem xét ở những bệnh nhân bị hội chứng vành cấp tăng đường huyết dai dẳng, đồng thời nên tránh các đợt hạ đường huyết.	<b>IIa</b>	<b>C</b>
Không khuyến cáo tái thông đồng thời động mạch không thủ phạm ở bệnh nhân hội chứng vành cấp có sốc tim.	<b>III</b>	<b>B</b>

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Suy tim và đái tháo đường</i></b>		
<b><i>Đánh giá suy tim ở bệnh nhân đái tháo đường</i></b>		
Nếu nghi ngờ suy tim, nên XN BNP/NT-proBNP.	I	B
Khuyến cáo khảo sát có hệ thống về các triệu chứng và/hoặc dấu hiệu HF ở mỗi TH nhập viện ở tất cả bệnh nhân đái tháo đường.	I	C
<b><i>Xét nghiệm chẩn đoán ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ suy tim</i></b>		
ECG 12 chuyển đạo được khuyến cáo.	I	C
Siêu âm tim qua thành ngực được khuyến cáo.	I	C
Chụp X quang ngực được khuyến cáo.	I	C
Khuyến cáo xét nghiệm máu định kỳ để phát hiện các bệnh đi kèm, bao gồm công thức máu toàn phần, urê, creatinine và điện giải, chức năng tuyến giáp, lipid và bilan sắt (ferritin và độ bão hoà transferrin).	I	C

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Các thuốc điều trị được chỉ định ở những bệnh nhân HFrEF (NYHA II-IV) và tiểu đường</i></b>		
Điều trị bằng thuốc được chỉ định ở những bệnh nhân HFrEF (NYHA II-IV) và bệnh tiểu đường bằng thuốc ức chế SGLT2 (dapagliflozin, empagliflozin hoặc sotagliflozin) được khuyến cáo ở tất cả các bệnh nhân.	<b>I</b>	<b>A</b>
Khuyến cáo chiến lược nghiêm ngặt bắt đầu sớm điều trị dựa trên bằng chứng (thuốc ức chế SGLT2, ARNI/ACE-Is, thuốc chẹn beta và kháng aldosterol MRAS), với việc tăng liều nhanh đến liều mục tiêu, bắt đầu trước khi xuất viện và tái khám thường xuyên trong 6 tuần đầu tiên sau xuất để giảm tỷ lệ tử vong và tái nhập viện.	<b>I</b>	<b>B</b>

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Các điều trị khác được chỉ định ở những bệnh nhân HFrEF (NYHA II-IV) và tiểu đường</i></b>		
Hydralazine và isosorbide dinitrate nên được xem xét ở những bệnh nhân da đen tự xác định mắc bệnh tiểu đường và LVEF <35% hoặc có LVEF <45% kết hợp với thất trái giãn ở NYHA III-IV mặc dù đã điều trị bằng ACE-I (hoặc ARNI), thuốc chẹn beta và MRA, để giảm nguy cơ nhập viện và tử vong do suy tim.	<b>IIa</b>	<b>B</b>
Digoxin có thể được xem xét ở bệnh nhân HFrEF nhịp xoang có triệu chứng mặc dù đã điều trị bằng sacubitril/valsartan hoặc ACE-I, thuốc chẹn beta và MRA để giảm nguy cơ nhập viện.	<b>IIb</b>	<b>B</b>
<b><i>Điều trị suy tim ở bệnh nhân đái tháo đường và LVEF &gt;40%</i></b>		
Empagliflozin hoặc dapagliflozin được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và LVEF >40% (HFmrEF và HFpEF) để giảm nguy cơ nhập viện do suy tim hoặc tử vong do tim mạch.	<b>I</b>	<b>A</b>

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Những cân nhắc đặc biệt về thuốc hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có và không có suy tim</i></b>		
Khuyến cáo đổi thuốc hạ đường huyết từ các thuốc không có lợi ích tim mạch hoặc độ an toàn sang các thuốc có lợi ích tim mạch đã được chứng minh.	<b>I</b>	<b>C</b>
<b><i>Rung nhĩ và bệnh tiểu đường</i></b>		
Sàng lọc AF bằng bắt mạch hoặc ECG được khuyến cáo ở bệnh nhân tiểu đường < 65 tuổi (đặc biệt khi có các yếu tố nguy cơ khác) vì bệnh nhân tiểu đường có tần suất AF cao hơn ở độ tuổi trẻ hơn.	<b>I</b>	<b>C</b>
Sàng lọc ECG một cách có hệ thống nên được xem xét để phát hiện AF ở bệnh nhân ≥75 tuổi hoặc những người có nguy cơ đột quỵ cao.	<b>Ila</b>	<b>B</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Bệnh thận mãn tính và tiểu đường</i></b>		
Khuyến cáo giảm LDL-C tích cực bằng statin hoặc kết hợp statin/ezetimibe.	<b>I</b>	<b>A</b>
Thuốc ức chế SGLT2 (canagliflozin, empagliflozin hoặc dapagliflozin) được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và bệnh thận mạn có eGFR $\geq 20$ mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> để giảm nguy cơ bệnh tim mạch và suy thận.	<b>I</b>	<b>A</b>
Finerenone được khuyến cáo phối hợp với ACE-I hoặc ARB ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và eGFR $> 60$ mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> với tỉ lệ albumin/creatinine niệu (UACR) $\geq 30$ mg/mmol ( $\geq 300$ mg/g) hoặc eGFR 25-60 mL/phút/ 1,73 m <sup>2</sup> và UACR 23 mg/mmol ( $\geq 30$ mg/g) để giảm các biến cố tim mạch và suy thận.	<b>I</b>	<b>A</b>
Khuyến cáo sử dụng ASA liều thấp (75-100 mg/ngày) ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn kèm bệnh xơ vữa động mạch.	<b>I</b>	<b>A</b>

<b>Khuyến cáo</b>	<b>Mức độ khuyến cáo</b>	<b>Mức độ bằng chứng</b>
<b><i>Bệnh thận mãn tính và tiểu đường (tiếp theo)</i></b>		
Điều trị nội khoa tích cực hoặc chiến lược xâm lấn ngay từ đầu được khuyến nghị ở những người mắc bệnh thận mạn, tiểu đường và bệnh mạch vành mạn ổn định ở mức độ trung bình đến nặng, do các kết cục giống nhau.	<b>I</b>	<b>B</b>
Lời khuyên của bác sĩ chuyên khoa thận có thể được xem xét để kiểm soát tình trạng tăng phosphat máu, các bằng chứng khác về bệnh loạn dưỡng xương do suy thận (CKD-MBD) và thiếu máu do suy thận.	<b>IIb</b>	<b>C</b>
Không nên sử dụng kết hợp ARB với ACE-I.	<b>III</b>	<b>B</b>
<b><i>Bệnh động mạch chủ, ĐM ngoại biên và bệnh tiểu đường</i></b>		
Ở những bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường và phình động mạch chủ, nên thực hiện các chiến lược chẩn đoán và điều trị tương tự (nội khoa, phẫu thuật hoặc can thiệp nội mạch) như ở những bệnh nhân không mắc bệnh tiểu đường.	<b>I</b>	<b>C</b>

Khuyến cáo	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Bệnh tiểu đường type 1 (T1DM) và bệnh tim mạch</i></b>		
Ở những bệnh nhân mắc bệnh T1DM, việc điều chỉnh thuốc hạ đường huyết được khuyến cáo tuân theo các nguyên tắc tự quản lý của bệnh nhân dưới sự hướng dẫn đa chuyên khoa.	<b>I</b>	<b>C</b>
Nên tránh các đợt hạ đường huyết, đặc biệt ở những người đã có bệnh tim mạch.	<b>I</b>	<b>C</b>
Statin nên được xem xét để giảm LDL-C ở bệnh nhân đái tháo đường tít 1 trên 40 tuổi không có tiền sử bệnh tim mạch để giảm nguy cơ tim mạch.	<b>Ila</b>	<b>B</b>
Statin nên được xem xét sử dụng ở người lớn dưới 40 tuổi mắc bệnh đái tháo đường tít 1 có các yếu tố nguy cơ khác về bệnh tim mạch hoặc tổn thương cơ quan đích vi mạch hoặc nguy cơ bệnh tim mạch 10 năm $\geq 10\%$ để giảm nguy cơ bệnh tim mạch.	<b>Ila</b>	<b>B</b>
Việc sử dụng mô hình dự đoán nguy cơ của Scotland/Thụy Điển có thể được xem xét để ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm ở bệnh nhân đái tháo đường tít 1.	<b>Ilb</b>	<b>B</b>



2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b>Thay đổi chế độ ăn uống và dinh dưỡng ở bệnh nhân tiểu đường</b>					
Chế độ ăn Địa Trung Hải, giàu chất béo không bão hòa đơn nhánh hay đa nhánh nên được xem xét làm giảm các biến cố tim mạch.	<b>IIa</b>	<b>B</b>	Chế độ ăn Địa Trung Hải hoặc thực vật có hàm lượng chất béo không bão hòa cao để giảm nguy cơ tim mạch.	<b>I</b>	<b>A</b>

2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b>Giảm nguy cơ ASCVD bằng thuốc hạ đường huyết trong bệnh tiểu đường</b>					
Empagliflozin, canagliflozin hoặc dapagliflozin được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và bệnh tim mạch, hoặc có nguy cơ tim mạch cao/rất cao để giảm biến cố tim mạch.	<b>I</b>	<b>A</b>	Thuốc ức chế SGLT2 với lợi ích tim mạch đã được chứng minh được khuyến cáo ở bệnh nhân với T2DM và ASCVD để giảm biến cố tim mạch, độc lập với đường huyết nền hoặc HbA1c mục tiêu và không phụ thuộc vào thuốc hạ đường huyết khác đi kèm.	<b>I</b>	<b>A</b>
			Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không có bệnh tim xơ vữa động mạch hoặc TOD nặng nhưng có nguy cơ bệnh tim mạch 10 năm $\geq 10\%$ , điều trị bằng thuốc ức chế SGLT2 hoặc đồng vận GLP-1 có thể được coi là làm giảm nguy cơ tim mạch.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b>Giảm nguy cơ ASCVD bằng thuốc hạ đường huyết trong bệnh tiểu đường (tiếp theo)</b>					
Liraglutide, semaglutide hoặc dulaglutide là những bệnh nhân được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và bệnh tim mạch, hoặc có nguy cơ tim mạch cao/rất cao để giảm các biến cố tim mạch.	<b>I</b>	<b>A</b>	Đồng vận GLP-1 với lợi ích tim mạch đã được chứng minh được khuyến cáo ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và bệnh tim mạch xơ vữa để giảm các biến cố tim mạch, không phụ thuộc vào HbA1c nền và mục tiêu đồng thời không phụ thuộc vào thuốc hạ đường huyết khác đi kèm.	<b>I</b>	<b>A</b>
			Ở những bệnh nhân đái tháo đường týp 2 không có bệnh xơ vữa động mạch hoặc TOD nặng nhưng có nguy cơ bệnh tim mạch 10 năm $\geq 10\%$ , điều trị bằng thuốc ức chế SGLT2 hoặc đồng vận GLP-1 có thể được xem xét để giảm nguy cơ tim mạch.	<b>IIb</b>	<b>C</b>

2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Cách tiếp cận đa yếu tố quản lý bệnh nhân đái tháo đường type 2</i></b>					
Tiếp cận đa yếu tố trong việc quản lý bệnh nhân đái tháo đường theo mục tiêu nên được xem xét ở bệnh nhân đái tháo đường và bệnh tim mạch.	<b>IIa</b>	<b>B</b>	Khuyến cáo tiếp cận đa yếu tố về quản lý bệnh T2DM theo mục tiêu điều trị.	<b>I</b>	<b>B</b>

2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Suy tim và tiểu đường</i></b>					
Đồng vận GLP-1 (lixisenatide, liraglutide, semaglutide, exenatide, dulaglutide) có tác dụng trung tính đối với nguy cơ nhập viện do suy tim và có thể được xem xét để điều trị bệnh tiểu đường ở bệnh nhân suy tim.	<b>IIb</b>	<b>A</b>	Đồng vận GLP-1 (lixisenatide, liraglutide, semaglutide, exenatide, dulaglutide) có tác dụng trung tính đối với nguy cơ nhập viện do suy tim và nên được xem xét ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ hoặc mắc bệnh suy tim.	<b>IIa</b>	<b>A</b>

2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Suy tim và tiểu đường (tiếp theo)</i></b>					
Insulin có thể được xem xét ở những bệnh nhân HFrEF tiến triển.	<b>IIb</b>	<b>C</b>	Insulin nền (glargine và degludec) có tác dụng trung tính đối với nguy cơ nhập viện do suy tim và nên được xem xét là liệu pháp hạ đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nguy cơ hoặc mắc bệnh HF.	<b>IIa</b>	<b>B</b>

2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b><i>Rung nhĩ và tiểu đường</i></b>					
Việc sàng lọc AF bằng cách bắt mạch nên được xem xét ở những bệnh nhân > 65 tuổi mắc bệnh tiểu đường và được khẳng định bằng ECG, nếu có nghi ngờ về AF, vì bệnh nhân T2DM tăng tỷ lệ mắc AF tăng tỷ lệ tử vong.	<b>IIb</b>	<b>C</b>	Khuyến cáo sàng lọc AF bằng cách bắt mạch hoặc ECG ở bệnh nhân ≥65 tuổi	<b>IIa</b>	<b>B</b>

2019	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng	2023	Mức độ khuyến cáo	Mức độ bằng chứng
<b>Bệnh thận mãn tính và tiểu đường</b>					
Điều trị ĐTĐ bằng liraglutide và semaglutide có liên quan đến việc làm giảm nguy cơ mắc các vấn đề về thận và nên được xem xét nếu eGFR >30 mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> .	<b>IIa</b>	<b>B</b>	Khuyến cáo sử dụng đồng vận GLP-1 ở mức eGFR >15 mL/phút/1,73 m <sup>2</sup> để đạt được kiểm soát đường huyết đầy đủ do nguy cơ hạ đường huyết thấp và tác dụng có lợi đối với kiểm soát cân nặng, nguy cơ tim mạch và albumin niệu.	<b>I</b>	<b>A</b>