

THÔNG TIN THUỐC THÁNG 5/2021

- 1. Cập nhật thông tin liên quan đến tính an toàn của kháng sinh nhóm quinolon, fluoroquinolone.**
- 2. WHO: Tramadol và hạ natri máu - khía cạnh mới từ tín hiệu cũ.**
- 3. WHO: Ibrutinib và tăng nguy cơ suy tim.**
- 4. EMA cho biết nhịp tim chậm xoang là một rủi ro có thể xảy ra với Remdesivir.**
- 5. FIDELIO-DKD: Finerenone Cắt AFib mới khởi phát ở bệnh nhân tiểu đường loại 2 và suy thận.**
- 6. Hỗn hợp thuốc mới Semaglutide được dung nạp tốt, dẫn đến giảm cân.**

1. Cập nhật thông tin liên quan đến tính an toàn của kháng sinh nhóm quinolon, fluoroquinolon

Ngày 24/5/2021, Cục Quản lý Dược có công văn số 5785/QLD-ĐK về việc cung cấp thông tin liên quan đến tính an toàn của kháng sinh nhóm quinolon, fluoroquinolone

Theo đó, Cục Quản lý Dược cung cấp đến các đơn vị thông tin liên quan đến tính an toàn của kháng sinh nhóm quinolon và fluoroquinolon liên quan đến (1) Nguy cơ hạ đường huyết nghiêm trọng và ảnh hưởng lên sức khỏe tâm thần (2) Thông tin ngừng cấp phép lưu hành các kháng sinh quinolon và giới hạn sử dụng các kháng sinh fluoroquinolon từ Cơ quan quản lý Dược phẩm Châu Âu do các nguy cơ tác dụng bất lợi nghiêm trọng, gây tàn tật và không hồi phục (3) Nguy cơ đứt hoặc rách động mạch chủ.

Để đảm bảo sử dụng thuốc an toàn, hợp lý, Cục Quản lý Dược đề nghị các đơn vị thực hiện các nội dung như sau:

1. Các bệnh viện, viện có giường bệnh trực thuộc Bộ Y tế:

1.1. Thông báo cho các cán bộ y tế tại cơ sở của mình các thông tin liên quan đến tính an toàn, hiệu quả của kháng sinh nhóm quinolon và fluoroquinolon nêu trên.

1.2. Tăng cường theo dõi, phát hiện, xử trí các trường hợp xảy ra phản ứng có hại của các thuốc nêu trên (nếu có) và gửi báo cáo phản ứng có hại của thuốc về: Trung tâm quốc gia về Thông tin thuốc và Theo dõi phản ứng có hại của thuốc (13- 15 Lê Thánh Tông, Quận Hoàn Kiếm, Hà Nội) hoặc Trung tâm khu vực về thông tin thuốc và theo dõi phản ứng có hại của thuốc TP. Hồ Chí Minh (201B Nguyễn Chí Thanh, Quận 5, TP. Hồ Chí Minh) theo mẫu báo cáo phản ứng có hại của thuốc được ban hành kèm theo Thông tư số 23/2011/TT-BYT ngày 10/06/2011.

2. Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc Trung ương:

2.1. Thông báo cho các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, các cơ sở kinh doanh dược trên địa bàn các thông tin liên quan đến tính an toàn, hiệu quả của kháng sinh nhóm quinolon và fluoroquinolon nêu trên.

2.2. Hướng dẫn các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trên địa bàn tăng cường theo dõi, phát hiện, xử trí các trường hợp xảy ra phản ứng có hại của các thuốc nêu trên (nếu có) và gửi báo cáo phản ứng có hại theo nội dung tại Mục 1.2 công văn này

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn/Thongtinthuoc/TinYDuoc/1932/DAV-Cong-van-5785-QLD-DK-ve-viec-cung-cap-thong-tin-lien-quan-den-tinh-an-toan-cua-khang-sinh-nhom-quinolon-fluoroquinolon.htm>

2. WHO: Tramadol và hạ natri máu - khía cạnh mới từ tín hiệu cũ

Nghiên cứu của WHO về mối quan hệ nhân quả giữa việc sử dụng tramadol và tình trạng hạ natri máu trên bệnh nhân.

Tramadol là một loại thuốc giảm đau opioid điều trị các cơn đau trung bình đến nặng. Hạ natri máu là một rối loạn điện giải đặc biệt phổ biến ở những bệnh nhân cao tuổi và bệnh nhân nội trú. Năm 2016, Ủy ban Đánh giá Nguy cơ Cảnh giác Dược (PRAC) của Cơ quan Quản lý Dược phẩm Châu Âu đã đánh giá triệu chứng hạ natri máu và hội chứng tăng tiết ADH bất thường (SIADH) khi sử dụng tramadol nhưng chưa thiết lập được mối quan hệ nhân quả. Vì vậy, WHO đã rà soát các dữ liệu hiện có của Vigibase, cơ sở dữ liệu toàn cầu về báo cáo phản ứng có hại của thuốc, để xem xét vấn đề này.

Dữ liệu Vigibase tính đến ngày 4/2/2018 với thuật ngữ MedDRA SMQ “Hạ natri máu/SIADH” bao gồm 278 trường hợp. 118 trường hợp đã được lựa chọn nghiên cứu kỹ, độ tuổi dao động từ 20 đến 106 tuổi (trung vị 77), với 35 bệnh nhân dưới 65 tuổi. Thời gian khởi phát: trong vòng một ngày (21 bệnh nhân), 2-7 ngày (56 bệnh nhân), 8 -14 ngày (15 bệnh nhân), 15 ngày đến 1 tháng (8 bệnh nhân) và > 1 tháng (6 bệnh nhân). 79 bệnh nhân đã hồi phục sau khi ngừng sử dụng tramadol và 1 trường hợp tiếp tục xảy ra biến cố sau khi tái sử dụng thuốc được mô tả chi tiết đã được xác định. Tramadol là thuốc duy nhất bị nghi ngờ trong 63 trường hợp, và trong 26 trường hợp là loại thuốc duy nhất được báo cáo. Một phần tư các trường hợp có yếu tố gây nhiều tiềm ẩn. Trong một phần tư khác, các chẩn đoán cũ được đề cập có nhiều khả năng là yếu tố nguy cơ hơn là yếu tố gây nhiều. 55 bệnh nhân đã được điều trị đồng thời với các thuốc gây hạ natri máu. Trong 19 trường hợp, những thuốc này đã được dùng dài hạn trong nhiều tháng hoặc nhiều năm và phản ứng chỉ xảy ra sau khi thêm tramadol. 5 trường hợp tramadol bị nghi ngờ có tương tác với các thuốc phối hợp.

WHO cũng tìm thấy các trường hợp từ Vigibase cho thấy mối quan hệ nhân quả giữa tramadol và hạ natri máu. Các trường hợp này thường ở bệnh nhân cao tuổi và dễ mắc bệnh, nhưng cũng xuất hiện ở cả những người trẻ tuổi. Mối quan hệ nhân quả được hỗ trợ bởi xu hướng của thời gian khởi phát và bởi các trường hợp triệu chứng giảm sau ngừng thuốc hoặc tái diễn sau tái sử dụng thuốc. Các kết quả cũng được củng cố bởi cơ chế hoạt động của thuốc và các phát hiện trong y văn.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/1933/WHO-tramaol-va-ha-natri-mau-khia-canh-moi-tu-tin-hieu-cu.htm>

3. WHO: Ibrutinib và tăng nguy cơ suy tim

Cục quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Ả Rập Xê Út (SFDA) đưa ra thông báo về nguy cơ suy tim khi sử dụng ibrutinib.

Ibrutinib là thuốc ức chế Bruton tyrosine kinase được chỉ định điều trị cho một số loại ung thư như ung thư tế bào vỏ dòng lympho (MCL) và leukemia mạn dòng lympho (CLL), đặc biệt đối với những bệnh nhân bị tái phát.

SFDA đã đánh giá các cơ sở dữ liệu tại địa phương và trên thế giới để tìm các báo cáo ca đơn lẻ về suy tim liên quan đến ibrutinib.

Trong số 35 ca được lựa chọn để đánh giá mối quan hệ nhân quả, hơn một nửa cho thấy sự liên quan (4 ca có khả năng và 15 ca có thể) giữa suy tim và việc sử dụng ibrutinib. Tóm lại, các bằng chứng được thu thập từ việc đánh giá mối liên quan trong các báo cáo ca đơn lẻ và cơ sở dữ liệu đủ để đưa ra quan hệ nhân quả giữa việc sử dụng ibrutinib và suy tim.

Các cơ quan quản lý sức khỏe và nhân viên y tế nên chú ý tới nguy cơ này và theo dõi mọi triệu chứng của bệnh nhân điều trị bằng ibrutinib.

Nguồn: <http://canhgiacduoc.org.vn/CanhGiacDuoc/DiemTin/1935/WHO-ibrutinib-va-tang-nguy-co-suy-tim.htm>

4. EMA cho biết nhịp tim chậm xoang là một rủi ro có thể xảy ra với Remdesivir

Sau khi đánh giá độ an toàn, Ủy ban Đánh giá Rủi ro Cảnh giác Dược (PRAC) của Cơ quan Thuốc Châu Âu (EMA) đã khuyến nghị thêm thuốc chữa nhịp tim chậm xoang vào nhãn sản phẩm đối với remdesivir (Veklury) như một phản ứng phụ có "tần suất không xác định".

Tại cuộc họp hồi tháng 2, ủy ban an toàn đã thông báo rằng họ đã bắt đầu quy trình "tín hiệu an toàn" mới cho remdesivir sau khi Cơ quan Dược phẩm Ý, AIFA, đưa ra một tín hiệu liên quan đến 11 trường hợp nhịp tim chậm xoang ở những bệnh nhân đang sử dụng thuốc kháng vi-rút để điều trị COVID- 19, theo báo cáo của *Medscape Medical News* .

Là một phần của quá trình xem xét, ủy ban đã kiểm tra tất cả dữ liệu có sẵn về các trường hợp nhịp tim chậm được báo cáo "hiếm gặp" ở những bệnh nhân đã dùng thuốc, cũng như dữ liệu từ các thử nghiệm lâm sàng và tài liệu khoa học. Tại cuộc họp tháng 6, PRAC kết luận rằng mối quan hệ nhân quả giữa remdesivir và nhịp tim chậm xoang là "ít nhất là một khả năng hợp lý."

Do đó, ủy ban đã khuyến nghị thay đổi thông tin sản phẩm để nâng cao nhận thức của các chuyên gia chăm sóc sức khỏe về nguy cơ tiềm ẩn của nhịp chậm xoang ở bệnh nhân dùng remdesivir.

PRAC cũng lưu ý rằng phần lớn các trường hợp nhịp chậm xoang thuyên giảm vài ngày sau khi ngừng điều trị bằng remdesivir.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/952973>

5. FIDELIO-DKD: Finerenone Cắt AFib mới khởi phát ở bệnh nhân tiểu đường loại 2 và suy thận

Điều trị bằng Finerenone ở bệnh nhân tiểu đường loại 2 và bệnh thận do tiểu đường có liên quan đến việc giảm đáng kể tỷ lệ mắc bệnh rung nhĩ mới khởi phát như một điểm cuối thăm dò, xác định trước của thử nghiệm quan trọng FIDELIO-DKD chọn ngẫu nhiên hơn 5.700 bệnh nhân.

Gerasimos Filippatos, MD , đã báo cáo tại các buổi họp khoa học hàng năm của Đại học Tim mạch Hoa Kỳ, điều trị bằng finerenone giảm tương đối 29% so với giả dược trong các trường hợp ngẫu nhiên do rung nhĩ (AFib) .

Mức giảm tuyệt đối rất khiêm tốn, giảm 1,3% từ tỷ lệ mắc bệnh 4,5% khi dùng giả dược xuống tỷ lệ 3,2% đối với finerenone trong 2,6 năm theo dõi trung bình. Đồng thời với báo cáo, kết quả xuất hiện trực tuyến (J Am Coll Cardiol. 2021 ngày 17 tháng 5 doi: 10.1016 / j.jacc.2021.04.079).

Các phân tích mà Filippatos trình bày cũng cho thấy rằng dù bệnh nhân có tiền sử AFib hay không, thì không có tác động nào đến lợi ích chính của việc điều trị bằng finerenone được thấy trong FIDELIO-DKD , là mức giảm nguy cơ tương đối đáng kể 18% so với giả dược trong kết hợp tỷ lệ suy thận, giảm 40% hoặc cao hơn so với mức ban đầu về mức lọc cầu thận ước tính, hoặc tử vong do thận.

Tương tự như vậy, tình trạng AFib trước đó không ảnh hưởng đến điểm cuối quan trọng của nghiên cứu, giảm đáng kể 14% nguy cơ tương đối về tỷ lệ tử vong do tim mạch, NMCT không do béo, đột quỵ không do béo hoặc nhập viện vì suy tim. Các kết quả chính từ FIDELIO-DKD (Hiệu quả và An toàn của Finerenone ở đối tượng mắc bệnh đái tháo đường tít 2 và bệnh thận do đái tháo đường) đã xuất hiện trong một báo cáo năm 2020 (N Engl J Med. 2020 ngày 3 tháng 12; 383 [23]; 2219-29).

Anne B. Curtis, MD , một nhà điện sinh lý học và là giáo sư và chủ nhiệm y khoa tại Đại học Buffalo (NY) , cho biết: “Điều quan trọng là phải biết về những lợi ích của finerenone ngoài kết quả chính của một thử nghiệm vì những lợi ích phụ có thể rất hữu ích. Y học và Khoa học Y sinh. "Đó không phải là một lợi ích quá lớn, nhưng đây có thể là một lợi ích bổ sung cho những bệnh nhân được chọn," cô nói trong một cuộc họp báo. "Các nghiên cứu cơ bản đã chỉ ra sự tái tạo thuận lợi của tim [bằng finerenone] có thể ảnh hưởng đến AFib."

Filippatos, giáo sư tim mạch và giám đốc Phòng khám Ung thư và Suy tim tại Bệnh viện Đại học Attikon và Đại học Athens, cho biết tác dụng giảm thiểu có thể có của finerenone đối với chứng viêm và xơ hóa cũng có thể làm trung gian cho tác dụng rõ ràng của thuốc đối với AFib.

Ông lưu ý rằng dữ liệu bổ sung giải quyết tác dụng AFib có thể có của finerenone sẽ sớm xuất hiện từ thử nghiệm FIGARO-DKD, trong đó đã thu nhận những bệnh nhân tương tự như những bệnh nhân trong FIDELIO-DKD nhưng với các giai đoạn bệnh thận vừa phải hơn, và từ thử nghiệm FINEARTS-HF, đang kiểm tra tác dụng của finerenone ở bệnh nhân suy tim với phân suất tống máu ít nhất 40%. Curtis nói: "Suy tim và AFib đi đôi với nhau rất chặt chẽ. Cần phải nghiên cứu điều này một cách cụ thể, vì vậy chúng ta có thể xem liệu có tác động của finerenone đối với bệnh nhân suy tim không nhất thiết phải mắc bệnh thận hoặc tiểu đường".

Những phát hiện mới do Philippatos báo cáo "nên được coi là tạo ra giả thuyết. Cho đến khi chúng tôi có thêm thông tin, các liệu pháp ngược dòng, bao gồm thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid [MRA, nhóm thuốc bao gồm finerenone], nên được sử dụng cho các quần thể bệnh nhân thích hợp dựa trên những lợi ích đã xác định với hy vọng chúng cũng sẽ làm giảm sự phát triển của AFib và cuông nhĩ theo thời gian", Gerald V. Naccarelli, MD, và các đồng tác giả đã viết trong một bài xã luận kèm theo báo cáo (J Am Coll Cardiol. 2021 ngày 17 tháng 5, doi: 10.1016/j.jacc.2021.04.080).

Thử nghiệm FIDELIO-DKD chọn ngẫu nhiên 5.734 bệnh nhân tại 913 địa điểm ở 48 quốc gia, trong đó có 461 bệnh nhân có tiền sử AFib. Mỗi liên hệ quan sát được của việc điều trị bằng finerenone với việc giảm tỷ lệ AFib dường như nhất quán bất kể tuổi tác, giới tính, chủng tộc của bệnh nhân, đặc điểm thận của họ ở thời điểm ban đầu, mức cơ bản của huyết áp tâm thu, kali huyết thanh, chỉ số khối cơ thể, A1c hoặc sử dụng glucose -các loại thuốc làm chậm.

Finerenone thuộc nhóm MRA mới có cấu trúc không steroid, trái ngược với MRAs spironolactone và eplerenone. Điều này có nghĩa là finerenone không tạo ra các tác dụng phụ liên quan đến steroid liên quan đến một số MRA khác, chẳng hạn như nữ hóa tuyến vú, và cũng có thể khác ở các tác dụng khác.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/951365>

6. Hỗn hợp thuốc mới Semaglutide được dung nạp tốt, dẫn đến giảm cân

Kết hợp một tác nhân điều tra, cagrilintide (Novo Nordisk), với semaglutide , một chất chủ vận peptide-1 (GLP-1) giống glucagon, dẫn đến giảm cân nhiều hơn so với chỉ dùng semaglutide ở những người có chỉ số khối cơ thể (BMI) trên 27 kg / m² , và sự kết hợp được dung nạp tốt, cho thấy một nghiên cứu giai đoạn 1.

Nghiên cứu đã được trình bày tại cuộc họp trực tuyến ECO 2021 bởi Tiến sĩ Lone Enebo đến từ Novo Nordisk, Đan Mạch và đồng thời được công bố trên tạp chí The Lancet. "Điều trị bằng cagrilintide ở tất cả các liều thử nghiệm kết hợp với semaglutide 2,4 mg thường được dung nạp tốt với mức độ an toàn chấp nhận được", Enebo và các đồng tác giả cho biết, đồng thời cho biết thêm rằng không có sự khác biệt rõ ràng về số lượng các tác dụng ngoại ý giữa các nhóm điều trị. "Dữ liệu hỗ trợ liều lượng mỗi tuần một lần. Sự kết hợp của cagrilintide 1,2, 2,4 hoặc 4,5 mg cộng với semaglutide 2,4 mg đã dẫn đến giảm cân nhiều hơn so với chỉ dùng semaglutide 2,4 mg."

Chế độ dùng thuốc mỗi tuần một lần có liên quan đến việc giảm cân có ý nghĩa lâm sàng lên đến 17,1% trọng lượng cơ thể mà không cần can thiệp lối sống. "Những dữ liệu này hỗ trợ sự phát triển lâm sàng hơn nữa của cagrilintide và semaglutide 2,4 mg như một liệu pháp kết hợp mới và hiệu quả tiềm năng để quản lý cân nặng," họ nói thêm.

Trong một bài bình luận kèm theo , Sara Becerril, ứng viên Tiến sĩ và Gema Frühbeck, MD, từ Đại học Navarra, Pamplona, Tây Ban Nha, cho biết: "Các lựa chọn điều trị được lý được chấp thuận [cho thừa cân và béo phì] rất khan hiếm và không thu hẹp thỏa đáng khoảng cách trong hiệu quả giữa thay đổi hành vi lối sống và phẫu thuật tăng sinh môn để đạt được kết quả lâu dài. " Nhưng họ nhấn mạnh: "Bởi vì nghiên cứu được thiết kế để an toàn, kết quả giảm cân cần được phân tích một cách thận trọng. Không có can thiệp lối sống nào được quy định để giảm cân ... Hơn nữa, quy trình đã được sửa đổi để bao gồm liều cagrilintide cao nhất. có thể đã được định hướng dữ liệu. "

Semaglutide hiện được chấp thuận với liều 1,0 mg tiêm dưới da mỗi tuần một lần để điều trị bệnh tiểu đường loại 2 , và như một thuốc uống cho cùng một chỉ định. Nó đang được phát triển để quản lý cân nặng mãn tính với liều 2,4 mg tiêm dưới da mỗi tuần một lần. Các ứng dụng thuốc mới đang được Cơ quan Quản lý

Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ, Cơ quan Dược phẩm Châu Âu và các cơ quan y tế khác xem xét để điều trị béo phì, với quyết định về việc Hoa Kỳ sẽ sớm phê duyệt.

Các thử nghiệm STEP, đã được xuất bản trên các tạp chí khác nhau trong năm qua, đã xác định tính hiệu quả và an toàn của semaglutide 2,4 mg để điều trị những người bị béo phì.

Đối với nghiên cứu hiện tại, được thực hiện ở Hoa Kỳ, 96 cá nhân, trong đó 95 người đã tiếp xúc với điều trị, từ 18-55 tuổi với BMI là 27,0-39,9 kg / m², những người khỏe mạnh khác được phân ngẫu nhiên với cagrilintide (0,16-2,4 mg, n = 12 trong mỗi nhóm; nhóm 4,5 mg, n = 11) hoặc giả dược (n = 24) kết hợp với semaglutide 2,4 mg. Tuổi trung bình là 40,6 tuổi, 59% người tham gia là nam giới và 54% là người Mỹ da đen hoặc gốc Phi.

Thử nghiệm 20 tuần bao gồm giai đoạn leo thang 16 tuần (trong đó những người tham gia ngẫu nhiên dùng cagrilintide nhận được liều tăng dần lên đến mức liều mục tiêu) sau đó là thời gian điều trị 4 tuần ở liều mục tiêu (có sáu mức liều mục tiêu khác nhau, một mỗi nhóm thuần tập: 0,16, 0,3, 0,6, 1,2, 2,4 hoặc 4,5 mg) và theo dõi 5 tuần. Những người tham gia, điều tra viên và nhà tài trợ đều đeo mặt nạ. Tiêu chí chính là số lượng các tác dụng ngoại ý cấp cứu trong điều trị từ lúc ban đầu đến lần theo dõi (cuối tuần 25).

Hầu hết các tác dụng ngoại ý được báo cáo ở mức độ nhẹ hoặc trung bình, và không có sự khác biệt rõ ràng giữa các nhóm điều trị: các biến cố được báo cáo ở 69/71 người tham gia dùng 0,16-4,5 mg cagrilintide và 23/24 người dùng giả dược. Hai tác dụng ngoại ý nghiêm trọng đã được báo cáo ở hai người tham gia, một với cagrilintide 1,2 mg kết hợp với semaglutide 2,4 mg (viêm màng não do vi rút), và một trong nhóm giả dược gộp chung với semaglutide 2,4 mg (tăng creatinine huyết thanh). Cả hai sự kiện được coi là không liên quan đến điều trị nghiên cứu.

Các tác dụng ngoại ý phổ biến nhất được báo cáo là rối loạn tiêu hóa ở 77% người tham gia, buồn nôn thường xuyên nhất ở 56%, nôn ở 24% và khó tiêu ở 28%. Trên giả dược, 79% người tham gia trải qua các biến cố về đường tiêu hóa. Ở tuần 20, tỷ lệ phần trăm trọng lượng cơ thể giảm trung bình so với ban đầu cao hơn với cagrilintide 1,2 mg (15,7%) và 2,4 mg (17,1%) so với giả dược gộp chung (9,8%).

Cagrilintide 4,5 mg dẫn đến giảm trọng lượng trung bình 15,4% so với 8,0% đối với giả dược (cả hai cùng với semaglutide).

Các tác giả cho biết thêm: “Mức giảm trọng lượng cơ thể trung bình trong thử nghiệm này cũng lớn hơn so với tỷ lệ được tìm thấy trong 26 tuần chỉ với cagrilintide (giảm tới 7,8% trọng lượng cơ thể so với giả dược với liều 4,5 mg),” các tác giả cho biết thêm.

Enebo và các đồng tác giả giải thích rằng cagrilintide được cho là ảnh hưởng đến lựa chọn thực phẩm bằng cách nhắm mục tiêu vào cả vùng cân bằng nội môi và vùng khoái cảm của não để tạo cảm giác no.

"Mặc dù cả semaglutide và cagrilintide [đều] gây cảm giác no, chúng hoạt động ở các vùng khác nhau của não, có thể dẫn đến tác động phụ lên việc điều chỉnh sự thèm ăn. Hơn nữa, khả năng cagrilintide ảnh hưởng đến lựa chọn thực phẩm có thể góp phần điều chỉnh hành vi ăn , nâng cao hơn nữa hiệu quả điều trị. "

"Dữ liệu của chúng tôi hỗ trợ sự phát triển lâm sàng hơn nữa của sự kết hợp thuốc này để quản lý cân nặng. Một chương trình thử nghiệm giai đoạn 3 hiện đang được lên kế hoạch để thử nghiệm cagrilintide kết hợp với semaglutide để quản lý cân nặng", họ kết luận.

Nguồn :<https://www.medscape.com/viewarticle/951424>