

THÔNG TIN THUỐC THÁNG 1/2026

- 1. Cơ quan quản lý dược phẩm và dược phẩm Anh (MHRA) cảnh báo về nguy cơ viêm tụy nặng hiếm gặp khi sử dụng thuốc GLP-1.**
- 2. Berberine không làm giảm mỡ nội tạng hoặc mỡ gan.**
- 3. Axit Alpha-Lipoic có liên quan đến lợi ích khiêm tốn trong suy tim do thiếu máu cục bộ**
- 4. Thuốc Metformin có thể bảo vệ trẻ sinh non sau khi sử dụng steroid trong thai kỳ không?**
- 5. Empagliflozin mang lại lợi ích cho bệnh nhân suy tim có nồng độ magie trong huyết thanh cao.**

Cơ quan quản lý dược phẩm và dược phẩm Anh (MHRA) cảnh báo về nguy cơ viêm tụy nặng hiếm gặp khi sử dụng thuốc GLP-1.

Cơ quan Quản lý Thuốc và Sản phẩm Chăm sóc Sức khỏe (MHRA) đã cập nhật thông tin sản phẩm đối với thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 và thuốc chủ vận kép thụ thể GLP-1/GIP để phản ánh nguy cơ nhỏ gây viêm tụy cấp nặng.

Cơ quan quản lý đã ban hành bản cập nhật an toàn thuốc mới sau khi nhận được những báo cáo hiếm gặp về viêm tụy hoại tử gây tử vong có liên quan đến các loại thuốc này.

Thông tin dành cho cả bệnh nhân và các chuyên gia chăm sóc sức khỏe sẽ được cập nhật cho tất cả các loại thuốc trong nhóm này, thường được gọi chung là GLP-1. Nhóm này bao gồm dulaglutide, exenatide, liraglutide, semaglutide và tirzepatide.

Viêm tụy cấp tính đã được ghi nhận là một tác dụng phụ, mặc dù không phổ biến. Tuy nhiên, MHRA cho biết dữ liệu sau khi thuốc được lưu hành trên thị trường cho thấy một số ít trường hợp được báo cáo có hậu quả nghiêm trọng, bao gồm viêm tụy hoại tử và tử vong.

Từ năm 2007 đến tháng 10 năm 2025, MHRA đã nhận được 1296 báo cáo Thẻ Vàng về viêm tụy liên quan đến thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 hoặc thuốc chủ vận kép thụ thể GLP-1/GIP. Các trường hợp này bao gồm viêm tụy cấp tính, tự miễn dịch, mãn tính, xuất huyết, hoại tử, bán cấp và tắc nghẽn. Trong số các báo cáo, có 19 trường hợp tử vong và 24 trường hợp viêm tụy hoại tử.

Để dễ hình dung hơn, ước tính có khoảng 25,4 triệu gói thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 đã được phân phối tại Anh trong 5 năm qua.

Khuyến nghị tăng cường thông tin sản phẩm được đưa ra bởi Nhóm Tư vấn Chuyên gia về Dược lý cảnh giác của Ủy ban Thuốc dành cho Người.

Alison Cave, giám đốc an toàn của MHRA, cho biết nguy cơ phát triển các tác dụng phụ nghiêm trọng là "rất nhỏ", nhưng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nâng cao nhận thức ở cả bệnh nhân và các bác sĩ.

Cơ quan quản lý dược phẩm và thuốc Anh (MHRA) khuyến cáo rằng, khi kê đơn thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 hoặc thuốc chủ vận kép GLP-1/GIP, các bác sĩ lâm sàng nên khuyên bệnh nhân tìm kiếm sự chăm sóc y tế khẩn cấp nếu họ bị đau bụng dữ dội và kéo dài. Con đau này có thể lan ra lưng và có thể kèm theo buồn nôn và nôn mửa.

Cơ quan này cũng cảnh báo rằng các loại thuốc GLP-1 được kê đơn riêng có thể không được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án của NHS. Do đó, các bác sĩ nên hỏi trực tiếp về việc sử dụng các loại thuốc này nếu bệnh nhân có các triệu chứng tương tự.

Cơ quan quản lý dược phẩm và thuốc Anh (MHRA) cho biết, viêm tụy cấp giai đoạn đầu có thể khó nhận biết, vì các triệu chứng ban đầu như đau bụng, buồn nôn và nôn có thể bị nhầm lẫn với các nguyên nhân khác, bao gồm cả các tác dụng phụ thường gặp ở đường tiêu hóa của thuốc. Các

bác sĩ lâm sàng được khuyến cáo nên cảnh giác và điều tra các trường hợp nghi ngờ theo đúng quy trình lâm sàng tại địa phương.

Nếu nghi ngờ viêm tụy, cần ngừng ngay lập tức việc điều trị bằng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 hoặc GLP-1/GIP. Không nên tiếp tục điều trị nếu chẩn đoán được xác nhận.

Cơ quan MHRA cũng khuyến cáo cần thận trọng khi sử dụng các loại thuốc này ở những bệnh nhân có tiền sử viêm tụy.

Hướng dẫn hiện hành từ Viện Sức khỏe và Chăm sóc Xuất sắc Quốc gia (NICE) cho biết những người bị viêm tụy cấp thường có biểu hiện đau bụng đột ngột, thường kèm theo buồn nôn và nôn mửa.

Các dấu hiệu lâm sàng có thể bao gồm đau vùng thượng vị, sốt và nhịp tim nhanh. Chẩn đoán thường được xác nhận bằng cách đo nồng độ lipase hoặc amylase trong máu tăng cao, mặc dù các chỉ số này cũng có thể tăng cao trong các bệnh lý khác. Nếu nồng độ enzyme bình thường, chụp CT vùng bụng có thể xác nhận tình trạng viêm tụy.

Những bệnh nhân phát triển các biến chứng hoại tử, nhiễm trùng, xuất huyết hoặc toàn thân cần được thảo luận với trung tâm chuyên khoa tụy trong mạng lưới chuyên tuyến địa phương. Các bác sĩ lâm sàng nên xem xét liệu việc chuyển đến trung tâm chuyên khoa có cần thiết để tiếp tục điều trị hay không.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/mhra-warns-rare-severe-pancreatitis-glp-1-drugs-2026a100032y>

Berberine không làm giảm mỡ nội tạng hoặc mỡ gan.

Ở những bệnh nhân béo phì và mắc bệnh gan nhiễm mỡ liên quan đến rối loạn chuyển hóa (MASLD) nhưng không mắc bệnh tiểu đường, berberine an toàn nhưng không làm giảm mô mỡ nội tạng hoặc mỡ gan.

- Các nhà nghiên cứu đã tuyển chọn 337 cá nhân không mắc bệnh tiểu đường nhưng bị béo phì và MASLD (tuổi trung bình 42; 66% nam giới) tại 11 bệnh viện ở Trung Quốc.
- Những người tham gia được phân ngẫu nhiên để nhận berberine đường uống 1 g/ngày hoặc giả dược và được theo dõi trong 6 tháng.
- Tỷ lệ tuân thủ điều trị trung bình tương tự nhau giữa hai nhóm: 90,3% đối với berberine và 90,7% đối với giả dược.
- Không có sự khác biệt đáng kể nào được quan sát thấy giữa các nhóm về diện tích mô mỡ nội tạng (1,4%) hoặc hàm lượng mỡ gan (0,9%).
- Berberine có liên quan đến việc giảm đáng kể hơn so với giả dược về cholesterol lipoprotein mật độ thấp (LDL-C; -7,72 mg/dL), apolipoprotein B (apoB; -3,42 mg/dL) và protein phản ứng C độ nhạy cao (hs-CRP; -0,072 mg/dL).
- Tỷ lệ xảy ra các biến cố bất lợi là tương tự nhau giữa các nhóm.

“Mặc dù không ảnh hưởng đến lượng mỡ trong cơ thể trong nghiên cứu của chúng tôi, berberine vẫn tạo ra sự giảm nhẹ các lipid gây xơ vữa động mạch chính (LDL-C, apoB) và tình trạng viêm toàn thân (hs-CRP). Những phát hiện này đầy hứa hẹn cho việc phòng ngừa bệnh tim mạch và mở rộng bằng chứng trước đây về lợi ích chuyển hóa tim mạch của berberine đối với những người không mắc bệnh tiểu đường nhưng bị béo phì và mắc hội chứng MASLD, một nhóm đối tượng ít được nghiên cứu nhưng có nguy cơ chuyển hóa cao”, các tác giả viết.

Nghiên cứu này do Lubi Lei thuộc Bệnh viện Fuwai, Trung tâm Quốc gia về Bệnh tim mạch, Viện Hàn lâm Khoa học Y tế Trung Quốc và Đại học Y Liên hợp Bắc Kinh, Bắc Kinh dẫn đầu. Nghiên cứu được công bố trực tuyến vào ngày 16 tháng 1 năm 2026 trên *tạp chí JAMA Network Open*.

Những hạn chế của nghiên cứu bao gồm một tỷ lệ nhỏ (4,4%) các phép đo hàm lượng mỡ gan bị thiếu do hình ảnh không thể diễn giải được. Ngoài ra, kết quả của các phân tích thứ cấp và thăm dò về LDL-C, apoB và hs-CRP, cũng như phân tích nhóm phụ của hs-CRP, được trình bày mà không điều chỉnh cho bội số và không nên được sử dụng để suy luận về hiệu quả điều trị dứt điểm.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/berberine-wont-reduce-visceral-or-liver-fat-2026a10002fu>

Axit Alpha-Lipoic có liên quan đến lợi ích khiêm tốn trong suy tim do thiếu máu cục bộ

Việc bổ sung axit alpha-lipoic vào liệu pháp tiêu chuẩn ở bệnh nhân suy tim thiếu máu cục bộ (IHF) có liên quan đến tỷ lệ biến cố lâm sàng và độ an toàn tương đương với giả dược nhưng phân suất tống máu thất trái (LVEF) và quãng đường đi bộ 6 phút cao hơn một chút trong thời gian theo dõi 24 tháng, theo một báo cáo ngắn được công bố trên *JACC: Heart Failure*.

- Các nhà nghiên cứu đã tiến hành một nghiên cứu ngẫu nhiên mù đôi để đánh giá hiệu quả của việc bổ sung axit alpha-lipoic vào liệu pháp điều trị tiêu chuẩn ở bệnh nhân mắc IHF.
- Họ đã tuyển chọn những người trưởng thành có tiền sử nhồi máu cơ tim (> 30 ngày trước khi tham gia nghiên cứu) và suy tim mạn tính với LVEF $\leq 50\%$ tại nhiều trung tâm ở Trung Quốc từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 1 năm 2023.
- Bệnh nhân được phân ngẫu nhiên để nhận 600 mg axit alpha-lipoic hoặc giả dược tương ứng mỗi ngày trong 24 tháng. Phân tích cuối cùng bao gồm 277 bệnh nhân: 138 người trong nhóm axit alpha-lipoic và 139 người trong nhóm giả dược.
- Kết quả chính được đánh giá là thời gian đến lần xuất hiện đầu tiên của biến cố kết hợp gồm nhập viện do suy tim, tử vong do mọi nguyên nhân. Các kết quả phụ bao gồm nhập viện do suy tim, tử vong do mọi nguyên nhân, nhồi máu cơ tim không gây tử vong và đột quỵ không gây tử vong. Sự thay đổi về phân suất tống máu thất trái (LVEF) và quãng đường đi bộ 6 phút cũng được đánh giá.
- Các nhà nghiên cứu đã đo lường kết quả ở thời điểm ban đầu, 12 tháng và 24 tháng, đồng thời phân tích kết quả trong suốt 24 tháng điều trị và theo dõi.
- Kết quả chính xảy ra ở 23,2% bệnh nhân trong nhóm axit alpha-lipoic và 28,8% trong nhóm giả dược, không có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê giữa hai nhóm (tỷ lệ nguy cơ [HR], 0,753; $P = 0,231$).
- Biến cố tim mạch nghiêm trọng tổng hợp xảy ra ở 25,4% bệnh nhân trong nhóm axit alpha-lipoic và 33,8% trong nhóm giả dược, không có sự khác biệt đáng kể về mặt thống kê (HR, 0,685; $P = 0,091$).
- Sau 24 tháng, nhóm dùng axit alpha-lipoic cho thấy ước tính tăng 3,20% về LVEF ($P = 0,002$) và cải thiện 31,7 m về quãng đường đi bộ 6 phút ($P = 0,008$) so với nhóm dùng giả dược.
- Phân tích nhóm phụ cho thấy tác dụng lớn hơn ở những bệnh nhân không dùng phác đồ ba thuốc và ở nam giới; tuy nhiên, tương tác theo giới tính không có ý nghĩa thống kê (P cho tương tác = 0,144). Tỷ lệ tác dụng phụ tương tự nhau giữa các nhóm.

“Mức tăng tuyệt đối 3,2% về LVEF không thể được coi là bằng chứng trực tiếp về hiệu quả lâm sàng của ALA [axit alpha-lipoic] trong IHF, do mức độ thay đổi nhỏ, điều này cũng có thể là kết quả của sự khác biệt giữa các người quan sát,” các nhà nghiên cứu viết.

“Nghiên cứu này cho thấy tiềm năng của ALA như một phương pháp điều trị suy tim do thiếu máu cục bộ, nhưng những kết quả này cần được xác nhận thêm trong các thử nghiệm đa trung tâm lớn hơn, có đủ cỡ mẫu và trên quần thể rộng hơn,” họ nói thêm.

Nghiên cứu này do Tiến sĩ Hanchuan Chen, Đại học Fudan, Viện Bệnh tim mạch Thượng Hải, Trung Quốc, dẫn đầu. Nghiên cứu được công bố trực tuyến vào ngày 9 tháng 1 năm 2026 dưới dạng báo cáo ngắn trên *tạp chí JACC: Heart Failure* .

Kích thước mẫu nhỏ không đủ để phát hiện một cách đáng tin cậy sự khác biệt trong kết quả chính. Việc chỉ tuyển chọn người tham gia là người Trung Quốc đã hạn chế khả năng khái quát hóa các phát hiện cho các quần thể khác.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/alpha-lipoic-acid-linked-modest-benefit-ischemic-hf-2026a10001y3>

Thuốc Metformin có thể bảo vệ trẻ sinh non sau khi sử dụng steroid trong thai kỳ không?

Metformin có thể giúp ngăn ngừa hạ đường huyết ở trẻ sinh non được sinh ra từ những phụ nữ không mắc bệnh tiểu đường đã được dùng steroid để ngăn ngừa sinh non.

Tiểu đường thai kỳ có liên quan đến nguy cơ hạ đường huyết cao hơn ở trẻ sơ sinh, nhưng liệu sự tăng tạm thời lượng đường trong máu trong thai kỳ có thể gây ra tác động tương tự hay không vẫn chưa rõ.

Khi được dùng cho phụ nữ mang thai, steroid betamethasone – được sử dụng để ngăn ngừa sinh non ở những người có nguy cơ cao – gây ra sự tăng đột biến tạm thời lượng đường trong máu. Mức đường huyết tăng cao thường tự giảm xuống trong vòng 48 giờ. Nhưng betamethasone cũng có liên quan đến tỷ lệ hạ đường huyết cao hơn ở trẻ sơ sinh.

Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên được công bố vào tháng Giêng trên *tap chí JAMA Network Open*, các nhà nghiên cứu Israel đã kiểm tra xem việc kiểm soát lượng đường trong máu của phụ nữ mang thai bằng metformin sau khi dùng betamethasone có thể làm giảm tỷ lệ hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh sinh non hay không.

“Chúng tôi cho rằng sự tăng đột biến tạm thời này có thể ảnh hưởng đến tuyến tụy của thai nhi, dẫn đến hạ đường huyết ở thai nhi sau khi sinh”, Tiến sĩ Enav Yefet, bác sĩ sản phụ khoa và giám đốc y học sản phụ tại Trung tâm Y tế Tzafon ở Tiberias, Israel, đồng thời là tác giả chính của nghiên cứu, cho biết.

Nghiên cứu bao gồm 169 phụ nữ mang thai (tuổi trung bình 30) không mắc bệnh tiểu đường và được điều trị bằng một liệu trình betamethasone từ tuần thứ 24 đến tuần thứ 36,5 của thai kỳ để ngăn ngừa sinh non. Được điều trị tại ba trung tâm y tế ở Israel, một nửa số phụ nữ được cho uống 425 mg metformin ba lần mỗi ngày trước bữa ăn, và một liều khác từ 850-1700 mg lúc 10 giờ tối, trong 48 giờ đầu tiên sau khi dùng betamethasone. Nửa còn lại là nhóm đối chứng và được điều trị theo tiêu chuẩn thông thường, tức là không có can thiệp nào.

Phụ nữ trong nhóm dùng metformin so với nhóm đối chứng có mức đường huyết trung bình thấp hơn sau điều trị (121 mg/dL so với 127 mg/dL; $P = 0,01$). Khi sinh con, những đứa trẻ sinh ra từ các bà mẹ đã được điều trị bằng metformin ít có nguy cơ bị hạ đường huyết hơn so với những đứa trẻ không được điều trị bằng metformin (21% so với 40%; $P = 0,04$; nguy cơ tương đối, 0,53; khoảng tin cậy 95%, 0,28-0,99). Tất cả các em bé đều được sinh ra sau khi mẹ của chúng đã ngừng dùng metformin.

Yefet cho biết mối tương quan này cần được kiểm chứng trong các nghiên cứu tương lai.

“Chúng ta cần thực hiện các thí nghiệm trên động vật để tìm hiểu rõ hơn, nhưng có một điểm đáng chú ý là nó đã thành công. Chúng ta đã có thể ngăn ngừa tình trạng hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh”, bà nói.

Tiến sĩ Amy Valent, đồng giám đốc y khoa của Chương trình Tiểu đường và Mang thai tại Đại học Y khoa và Khoa học Oregon ở Portland, Oregon, đồng ý rằng cần phải nghiên cứu thêm để chứng minh liệu có mối quan hệ trực tiếp giữa sự tăng đường huyết ngắn hạn trong thai kỳ và tình trạng hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh hay không. Nghiên cứu này độc đáo ở chỗ đã sử dụng liều metformin tương đối cao (lên đến 2975 mg/dL mỗi ngày) cho phụ nữ mang thai không mắc bệnh tiểu đường trong một thời gian ngắn.

Ông Valent cho biết: "Theo như tôi biết, chúng ta chưa từng xem xét vấn đề này trước đây".

Valent cho biết nghiên cứu này nên thúc đẩy các bác sĩ lâm sàng chú ý đến mức đường huyết ở phụ nữ mang thai không mắc bệnh tiểu đường, đặc biệt là sau khi họ được dùng thuốc có thể làm tăng đường huyết.

"Chúng tôi thực sự không có quy trình tốt nào cho nhóm bệnh nhân này," Valent nói. "Mỗi đơn vị mà tôi từng làm việc đều có quy trình khác nhau, nếu như họ có quy trình nào cả."

Yefet cho biết tình hình ở Israel cũng tương tự.

"Chúng tôi không có phác đồ theo dõi đường huyết khi sử dụng corticosteroid nếu bệnh nhân nữ không bị tiểu đường. Vì vậy, chúng tôi không có cách nào để ngăn ngừa [tăng đường huyết] vì chúng tôi không theo dõi nó," bà nói.

Yefet và nhóm của bà đã chọn thử nghiệm metformin vì tính an toàn cao hơn so với insulin, cũng như sự dễ dàng trong việc sử dụng. Metformin không được FDA chấp thuận sử dụng cho phụ nữ mang thai không mắc bệnh tiểu đường, và việc sử dụng thuốc này trong trường hợp này là ngoài chỉ định. Một số nghiên cứu đã nêu lên những lo ngại về tác động lâu dài của việc sử dụng metformin trong thời kỳ mang thai, bao gồm làm tăng nguy cơ béo phì ở trẻ sơ sinh sau này và sinh ra những em bé có cân nặng thấp hơn mức trung bình. Valent cho biết mặc dù nghiên cứu này rất đáng suy ngẫm, nhưng bà vẫn chưa sẵn sàng sử dụng thuốc này trong bối cảnh này.

"Liệu sự tăng đột biến ngắn hạn, tạm thời về lượng đường trong máu sau khi dùng steroid có đóng vai trò nào trong tình trạng hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh hay không? Trước tiên chúng ta cần hiểu rõ hơn về điều đó", Valent nói.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/can-metformin-protect-premature-babies-after-pregnancy-2026a10001fh>

Empagliflozin mang lại lợi ích cho bệnh nhân suy tim có nồng độ magie trong huyết thanh cao.

Bệnh nhân suy tim với phân suất tổng máu giảm nhẹ hoặc bảo tồn (HFmrEF/HFpEF) và nồng độ magie huyết thanh cao hơn ở thời điểm ban đầu có nguy cơ tử vong do tim mạch hoặc nhập viện do suy tim cao hơn so với nhóm dùng giả dược. Điều trị bằng Empagliflozin có liên quan đến việc tăng nồng độ magie huyết thanh trong vòng 4 tuần và giảm nguy cơ biến cố tim mạch ở những người có nồng độ magie ban đầu cao hơn.

- Các nhà nghiên cứu đã tiến hành phân tích hậu kiểm của một thử nghiệm ngẫu nhiên mù đôi (EMPEROR-Preserved) để khám phá các mô hình nồng độ magie trong huyết thanh và tác dụng của thuốc ức chế SGLT2 empagliflozin ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ/bảo tồn (HFmrEF/HFpEF).
- Nghiên cứu bao gồm 5988 người lớn mắc suy tim mạn tính (phân loại chức năng II-IV theo Hiệp hội Tim mạch New York; phân suất tổng máu thất trái > 40%) từ 622 địa điểm tại 23 quốc gia. Tuổi trung bình của bệnh nhân dao động từ 70,8 đến 74,2 năm, và khoảng một nửa là nam giới.
- Bệnh nhân được phân ngẫu nhiên để nhận giả dược hoặc empagliflozin 10 mg mỗi ngày một lần, ngoài liệu trình chăm sóc thông thường.
- Nồng độ magie trong huyết thanh được đo tại thời điểm ban đầu; tuần thứ 4; tuần thứ 12, 32 và 52; và cứ sau 24 tuần. Nồng độ ban đầu được phân loại thành năm nhóm (Q1 thấp nhất đến Q5 cao nhất), với Q3 (nhóm giữa) được dùng làm nhóm tham chiếu trong các so sánh với nhóm dùng giả dược.
- Mục tiêu chính của nghiên cứu là sự kết hợp giữa thời gian đến lần tử vong đầu tiên do bệnh tim mạch hoặc nhập viện do suy tim, được đánh giá trong thời gian theo dõi trung bình là 26,2 tháng.
- Bệnh nhân dùng giả dược có nồng độ magie huyết thanh cao nhất (Q5) có nguy cơ mắc điểm cuối chính cao hơn 44% so với những người có nồng độ ở mức trung bình (Q3) (tỷ lệ nguy cơ điều chỉnh, 1,44; $P = 0,010$).
- Bệnh nhân dùng empagliflozin có nồng độ magie huyết thanh cao hơn ở thời điểm ban đầu có nguy cơ mắc biến cố chính thấp hơn so với nhóm dùng giả dược, với nhóm Q5 cho thấy nguy cơ thấp hơn 40%; tỷ lệ nguy cơ giảm dần từ Q1 đến Q5 (xu hướng tương tác $P = 0,030$).
- Đến tuần thứ 4, bệnh nhân dùng empagliflozin có nồng độ magie huyết thanh cao hơn khoảng 0,05 mmol/L so với nhóm dùng giả dược, và sự gia tăng này vẫn duy trì. Tỷ lệ khả năng có nồng độ magie dưới 0,75 mmol/L thấp hơn khoảng 70%, và tỷ lệ khả năng có nồng độ magie trên 0,90 mmol/L cao hơn gấp ba lần ($P < 0,001$ cho cả hai trường hợp).

- Bệnh nhân có nồng độ magie huyết thanh cao hơn thường lớn tuổi hơn, có tốc độ lọc cầu thận ước tính thấp hơn và thường xuyên bị rung nhĩ hơn. Những người có nồng độ magie thấp hơn có tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường cao hơn và thường xuyên sử dụng thuốc lợi tiểu thiazide hơn.

“Việc có nồng độ magie trong huyết thanh cao hơn dường như không gây vấn đề gì ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ/suy tim phân suất tống máu bảo tồn miễn là bệnh nhân được điều trị bằng thuốc ức chế SGLT2”, các nhà nghiên cứu của nghiên cứu viết.

“Xét đến những lợi ích tổng thể về tim mạch và thận của thuốc ức chế SGLT2 trong các kết quả thử nghiệm chính của các thử nghiệm EMPEROR-Reduced và EMPEROR-Preserved — cũng như nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên quy mô lớn khác — nồng độ magie huyết thanh ban đầu hiện không nên ảnh hưởng đến quyết định bắt đầu sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở những bệnh nhân suy tim với phân suất tống máu giảm (HF_rEF) hoặc suy tim với phân suất tống máu trung bình/bảo tồn (HF_{mr}EF/HF_pEF)”, các chuyên gia viết trong một bài bình luận .

Nghiên cứu được dẫn dắt bởi João Pedro Ferreira, MD, PhD, Đại học Porto, Porto, Bồ Đào Nha. Nó được xuất bản trực tuyến vào ngày 8 tháng 1 trên *tạp chí JACC: Suy tim* .

Đây là phân tích hậu kiểm; do đó, một số phát hiện — đặc biệt là mô hình magie theo phương pháp điều trị — có thể xảy ra do ngẫu nhiên. Các mối liên hệ có thể bị ảnh hưởng bởi các yếu tố gây nhiễu và không chỉ ra mối quan hệ nhân quả. Nghiên cứu chỉ đo nồng độ magie trong huyết thanh, chứ không phải nồng độ magie trong tế bào.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/empagliflozin-benefits-patients-heart-failure-high-serum-2026a10001ep>