

THÔNG TIN THUỐC THÁNG 2/2026

- 1. Tenecteplase có thể cải thiện khả năng phục hồi sau đột quỵ sau thời gian điều trị 4,5 giờ.**
- 2. Việc sử dụng Mepolizumab sớm hơn ở bệnh nhân EGPA có liên quan đến tỷ lệ thuyên giảm bệnh cao hơn và việc giảm liều steroid sớm hơn.**
- 3. Những loại thuốc nào trở nên nguy hiểm khi nhiệt độ tăng cao?**
- 4. Thuốc ức chế SGLT2 là thuốc ức chế DPP-4 hàng đầu giúp kéo dài thời gian sống ở bệnh nhân tiểu đường mắc bệnh thận.**
- 5. Thuốc GLP-1 có thể làm giảm nguy cơ tử vong sau loét bàn chân do tiểu đường.**

## **Tenecteplase có thể cải thiện khả năng phục hồi sau đột quy sau thời gian điều trị 4,5 giờ.**

Theo một nghiên cứu mới, điều trị bằng thuốc làm tan cục máu đông tenecteplase được sử dụng trong khoảng thời gian từ 4,5 đến 24 giờ sau khi khởi phát đột quy đã cải thiện kết quả chức năng so với liệu pháp tiêu chuẩn.

Thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên này bao gồm 566 bệnh nhân ở Trung Quốc bị đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính không do tắc nghẽn mạch máu lớn và có mô não có khả năng cứu sống được xác định bằng hình ảnh tiên tiến. Khoảng một nửa số người tham gia được truyền tĩnh mạch tenecteplase, và nửa còn lại được điều trị bằng liệu pháp chống kết tập tiểu cầu tiêu chuẩn từ 4,5 đến 24 giờ sau khi các triệu chứng xuất hiện.

Chín mươi ngày sau điều trị, 43,6% người tham gia được điều trị bằng tenecteplase cho thấy chức năng não bộ rất tốt so với 34,2% ở nhóm được điều trị bằng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Tuy nhiên, nhóm dùng tenecteplase cũng có nguy cơ chảy máu não cao hơn một chút. Kết quả đã được công bố trực tuyến vào ngày 5 tháng 2 trên tạp chí JAMA .

Hướng dẫn năm 2026 của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ về “Quản lý sớm bệnh nhân đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính ” khuyến cáo điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch bằng tenecteplase hoặc alteplase , một loại thuốc tương tự, cho đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính. Liệu pháp kháng tiểu cầu kép được khuyến cáo cho những người có triệu chứng nhẹ để giảm nguy cơ chảy máu. Cả hai phương pháp điều trị nên được thực hiện trong vòng 4,5 giờ (hoặc trong vòng 9 giờ đối với điều trị tiêu sợi huyết nếu hình ảnh học cho thấy cần thiết) kể từ khi xuất hiện triệu chứng để đảm bảo kết quả tốt nhất.

Một phân tích tổng hợp năm 2025 của tám thử nghiệm ngẫu nhiên cho thấy rằng liệu pháp tiêu huyết khối tĩnh mạch sau 4,5 giờ vẫn giúp bệnh nhân đạt được chức năng tuyệt vời.

Các thử nghiệm TRACE III và HOPE đã xem xét khả năng kéo dài thời gian điều trị ở những bệnh nhân bị tắc nghẽn mạch máu lớn, những người thường được điều trị bằng phương pháp lấy huyết khối, trong khi đột quy do cục máu đông ở các mạch máu nhỏ và trung bình lại phổ biến hơn.

Các tác giả nhận thấy, “Phương pháp lấy huyết khối nội mạch nhìn chung không cho thấy lợi ích đối với những bệnh nhân này. Bằng chứng từ các so sánh trực tiếp giữa phương pháp tiêu sợi huyết tĩnh mạch và phương pháp điều trị nội khoa tiêu chuẩn đối với đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính do tắc nghẽn mạch máu không lớn sau hơn 4,5 giờ kể từ khi khởi phát vẫn còn khan hiếm.”

Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tenecteplase có hiệu quả tương đương với alteplase ở những người bị đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính.

“Có rất nhiều niềm tin rằng tenecteplase tốt hơn và dễ sử dụng hơn,” Tiến sĩ Shyam Prabhakaran, Giáo sư James Nelson và Anna Louise Raymond về Thần kinh học và Chủ nhiệm Khoa Thần

kinh học tại UChicago Medicine, Chicago, cho biết. Tiến sĩ Prabhakaran không tham gia vào nghiên cứu này.

Nghiên cứu mới này báo cáo kết quả của thử nghiệm OPTION, được tiến hành từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 10 năm 2025 tại 48 trung tâm ở Trung Quốc.

Bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu cục bộ cấp tính được tuyển chọn nếu họ có điểm số trước đột quỵ là 0 hoặc 1 trên thang điểm Rankin sửa đổi, cho thấy không có triệu chứng hoặc không bị tàn tật đáng kể mặc dù có triệu chứng; có các triệu chứng sau đột quỵ từ mức độ trung bình đến nặng theo thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc gia; và có mô não có thể cứu sống được dựa trên hình ảnh thể tích lõi não và vùng bán nguyệt. Bệnh nhân bị loại trừ nếu họ có cục máu đông trong các động mạch lớn của não.

Trong nhóm 566 bệnh nhân cuối cùng, 282 người (tuổi trung bình 69 tuổi; 62,4% nam giới) được truyền tĩnh mạch tenecteplase với liều 0,25 mg/kg, liều tối đa là 25 mg/kg. 284 người còn lại (tuổi trung bình 67 tuổi; 68,3% nam giới) được điều trị bằng thuốc chống kết tập tiểu cầu.

Trong nhóm dùng tenecteplase, 43,6% bệnh nhân có kết quả chức năng xuất sắc — được định nghĩa là điểm số thang đo Rankin sửa đổi là 0 hoặc 1 sau 90 ngày, được đánh giá qua phỏng vấn điện thoại — so với 34,2% trong nhóm dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu. Kết quả cho thấy sự khác biệt về nguy cơ chưa điều chỉnh là 9,46% (khoảng tin cậy 95%, 1,47-17,46) và tỷ lệ nguy cơ chưa điều chỉnh là 1,28 (khoảng tin cậy 95%, 1,04-1,57).

Khoảng 3% bệnh nhân dùng tenecteplase bị xuất huyết não 36 giờ sau điều trị, so với không có trường hợp nào ở nhóm dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu (sự khác biệt về nguy cơ là 2,85%;  $P = 0,004$ ). Sau 90 ngày, 14 bệnh nhân (5,0%) trong nhóm tenecteplase và 9 bệnh nhân (3,2%) trong nhóm đối chứng đã tử vong (tỷ lệ nguy cơ, 1,57; khoảng tin cậy 95%, 0,69-3,57;  $P = 0,28$ ).

Các kết quả nghiên cứu ủng hộ việc kéo dài khung thời gian sử dụng thuốc tiêu huyết khối ở nhóm bệnh nhân này, ngay cả khi điều này làm tăng nguy cơ xuất huyết nội sọ có triệu chứng.

“Chảy máu là một rủi ro thường gặp khi sử dụng tenecteplase; ngay cả khi được dùng trong vòng 4,5 giờ, những người được điều trị bằng thuốc tiêu huyết khối vẫn có nguy cơ chảy máu cao hơn,” Prabhakaran nói với Medscape Medical News. “Tôi không ngạc nhiên khi tỷ lệ xuất huyết cao hơn ở nhóm dùng tenecteplase, nhưng việc sử dụng tenecteplase, bất chấp nguy cơ chảy máu, vẫn giúp cải thiện kết quả chức năng.”

Prabhakaran lưu ý rằng nghiên cứu chỉ xem xét các bệnh nhân người Trung Quốc, và đa số là nam giới. Hầu hết người tham gia đều bị đột quỵ nhẹ nhưng có một lượng mô tương đối lớn có nguy cơ bị tổn thương, điều này có thể đại diện cho một nhóm nhỏ bệnh nhân đột quỵ.

“Nghiên cứu này đang trả lời một câu hỏi quan trọng: nếu bạn có mô có thể cứu sống được — nhóm bệnh nhân này được chọn vì họ có thể tích khối u lõi rất nhỏ và nhiều mô có thể cứu sống được — thì tenecteplase thực sự là một bước ngoặt,” Prabhakaran nói. “Điều này cho thấy chúng

ta có thể sử dụng hình ảnh chẩn đoán trong vòng 24 giờ [sau khi xuất hiện triệu chứng] để có khả năng mở rộng phạm vi điều trị cho nhiều người hơn.”

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/tenecteplase-may-improve-stroke-recovery-after-4-5-hour-2026a100061u>

## **Việc sử dụng Mepolizumab sớm hơn ở bệnh nhân EGPA có liên quan đến tỷ lệ thuyên giảm bệnh cao hơn và việc giảm liều steroid sớm hơn.**

MELBOURNE, Úc — Kháng thể đơn dòng chống interleukin-5 mepolizumab được chỉ định sử dụng cho bệnh nhân mắc bệnh u hạt tăng bạch cầu ái toan tái phát kháng trị kèm viêm mạch (EGPA), nhưng một nghiên cứu mới cho thấy việc bắt đầu điều trị ngay sau khi chẩn đoán có thể tăng gấp đôi tỷ lệ thuyên giảm và giảm tổn thương nội tạng.

Phát biểu tại Hội thảo Viêm mạch Quốc tế lần thứ 22 (IVW) 2026, Tiến sĩ Roberto Padoan, bác sĩ chuyên khoa thấp khớp tại Bệnh viện Đại học Padova ở Padova, Ý, đã trình bày dữ liệu từ nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu đa trung tâm MEPEARL về việc sử dụng mepolizumab sớm trong điều trị EGPA.

Nghiên cứu này bao gồm 587 người lớn mắc EGPA với thời gian mắc bệnh trung bình là 5 năm từ gần 40 trung tâm chuyên khoa trên khắp châu Âu. Khoảng một nửa số người tham gia được điều trị bằng 100 mg mepolizumab mỗi 4 tuần, và một nửa được điều trị bằng liều 300 mg mỗi 4 tuần. Tổng cộng, 116 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đã bắt đầu điều trị bằng mepolizumab trong vòng 3 tháng kể từ khi được chẩn đoán ban đầu.

Xuất phát từ những quan sát cho thấy những bệnh nhân bắt đầu điều trị sớm sau khi chẩn đoán có vẻ tiến triển tốt hơn so với những người bắt đầu điều trị muộn hơn trong quá trình bệnh, các nhà nghiên cứu đã tìm cách trả lời câu hỏi liệu việc bắt đầu điều trị sớm hơn, thay vì chờ đến sau khi tái phát, có thể cải thiện kết quả lâu dài hay không.

Ở thời điểm ban đầu, những bệnh nhân bắt đầu điều trị bằng mepolizumab sớm cho thấy mức độ hoạt động của bệnh cao hơn so với những người được điều trị muộn hơn, với điểm số hoạt động viêm mạch Birmingham (BVAS) trung bình là 5 ở nhóm bắt đầu sớm so với 3 ở nhóm bắt đầu muộn hơn.

Tuy nhiên, nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân bắt đầu điều trị rất sớm có khả năng thuyên giảm bệnh cao gấp 2,4 lần — được định nghĩa là điểm BVAS bằng 0 với liều prednisone  $\leq$  4 mg/ngày — trong suốt 24 tháng theo dõi so với những bệnh nhân bắt đầu dùng mepolizumab 2 năm trở lên sau khi chẩn đoán.

Điều này vẫn rõ ràng ngay cả sau khi điều chỉnh các yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn như tuổi tác, giới tính, loại kháng thể tự miễn kháng tế bào chất bạch cầu trung tính hiện diện, mức độ nghiêm trọng của bệnh ban đầu và việc sử dụng prednisone. Trong phân tích có điều chỉnh các yếu tố này, 3 tháng sau khi bắt đầu điều trị sớm, 19% bệnh nhân đã thuyên giảm và 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị, con số đó tăng lên 56,6% bệnh nhân.

Khi các nhà nghiên cứu xem xét tác động của việc bắt đầu điều trị bằng mepolizumab trong khoảng thời gian từ 3-12 tháng hoặc 12-24 tháng sau khi chẩn đoán đối với tỷ lệ thuyên giảm bệnh, họ chỉ thấy lợi ích ở mức trung bình so với việc bắt đầu sau 24 tháng, "vì vậy, mức độ hiệu

quả cao hơn đáng kể ở những người được điều trị trong 3 tháng đầu tiên", Padoan nói tại hội nghị.

Các nhà nghiên cứu lưu ý rằng những bệnh nhân bắt đầu điều trị bằng mepolizumab muộn hơn đáp ứng nhanh hơn với liệu pháp và có tỷ lệ thuyên giảm cao hơn trong 10-12 tháng đầu sau điều trị. Nhưng sau thời điểm đó, tỷ lệ thuyên giảm cao hơn đáng kể ở nhóm được điều trị sớm. Padoan cho biết: “Nhìn vào tỷ lệ thuyên giảm theo thời gian, bạn có thể thấy rằng những người bắt đầu điều trị muộn đáp ứng nhanh hơn, do đó bệnh có thể ít nghiêm trọng hơn và tỷ lệ thuyên giảm cao hơn theo thời gian, nhưng có một điểm giao nhau”.

Những bệnh nhân bắt đầu điều trị bằng mepolizumab trong vòng 3 tháng kể từ khi chẩn đoán có khả năng không cần dùng steroid sau 12 tháng cao gấp hơn ba lần so với những người bắt đầu dùng thuốc sau 24 tháng kể từ khi chẩn đoán. Các nhà nghiên cứu cũng nhận thấy rằng những bệnh nhân bắt đầu điều trị sớm có tỷ lệ tích lũy tổn thương mới thấp hơn đáng kể sau 24 tháng so với những người bắt đầu điều trị muộn.

“Bắt đầu điều trị sớm hơn đồng nghĩa với việc kiểm soát bệnh tốt hơn, và việc ngừng sử dụng glucocorticoid cũng dễ dàng hơn,” Padoan nói với Medscape Medical News . Việc ngừng sử dụng glucocorticoid sớm hơn cũng có thể là một yếu tố góp phần làm giảm mức độ tích lũy tổn thương được thấy ở nhóm điều trị mepolizumab sớm. “Nguyên nhân chính gây tích lũy tổn thương ở những bệnh nhân này là do tiếp xúc với glucocorticoid, vì họ mắc bệnh tiểu đường, tăng huyết áp, đục thủy tinh thể và loãng xương,” ông nói.

Những bệnh nhân bắt đầu điều trị sớm với liều 100 mg cho thấy diễn biến thuyên giảm và ngừng sử dụng glucocorticoid tương tự như những người bắt đầu điều trị sớm với liều 300 mg. “Lợi ích của việc điều trị sớm là như nhau, cho dù bạn điều trị cho bệnh nhân bằng 100 mg hay 300 mg,” Padoan nói, đồng thời chỉ ra rằng những người được dùng liều thấp hơn có thể mắc bệnh nhẹ hơn ngay từ đầu.

Padoan cho biết kết quả cho thấy sự thay đổi trong mô hình điều trị EGPA. Ông nói: “Bạn nhắm mục tiêu vào phần tăng bạch cầu ái toan của bệnh bằng mepolizumab, sau đó bạn nhắm mục tiêu vào bệnh tự miễn dịch bằng thuốc ức chế miễn dịch, và việc kết hợp cả hai sẽ dẫn đến kiểm soát bệnh tốt hơn và có lẽ sẽ giảm lượng glucocorticoid cần dùng theo thời gian”.

Nhận xét về dữ liệu, Tiến sĩ Sebastian Unizony, từ Bệnh viện Đa khoa Massachusetts và Trường Y Harvard ở Boston, nói với Medscape Medical News rằng trong nhiều năm, các nghiên cứu về mepolizumab đã tập trung vào bệnh nhân tái phát và chưa có dữ liệu về hiệu quả của thuốc đối với bệnh mới khởi phát. Ông nói: “Đối với tôi, phần quan trọng nhất của bản tóm tắt đó là về tổn thương – nếu bạn sử dụng thuốc sớm, [bạn] sẽ kiểm soát được bệnh, và sau đó sẽ giảm thiểu tổn thương.”

Tuy nhiên, cả Padoan và Unizony đều thừa nhận rằng chi phí của các loại thuốc sinh học như mepolizumab có thể là một vấn đề. “Nhưng một lần nữa, nếu bạn có thể sử dụng thuốc ngay từ đầu, điều đó có thể giúp tiết kiệm chi phí cho các lần tái phát và tích lũy tổn thương trong tương

lai,” Padoan nói. “Ví dụ, chi phí điều trị bệnh tiểu đường rất cao; chi phí điều trị gãy xương liên quan đến loãng xương cũng rất cao.”

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/earlier-mepolizumab-egpa-linked-higher-remission-rate-and-2026a10005xb>

## Những loại thuốc nào trở nên nguy hiểm khi nhiệt độ tăng cao?

Mùa hè năm ngoái, trong một đợt nắng nóng với nhiệt độ lên tới 40°C, một người đàn ông 30 tuổi đã đến khoa cấp cứu tại Bệnh viện Nghiên cứu Humanitas ở Milan, Ý. Người thanh niên này bị suy thận cấp và nhiễm kiềm chuyển hóa do mất nước nghiêm trọng và nôn mửa liên tục. Ban đầu, bác sĩ Alessandra Iorfida, bác sĩ cấp cứu tại bệnh viện và là thành viên ban điều hành của Hiệp hội Y học Cấp cứu Ý, không nghi ngờ thuốc anh ta đang dùng có thể là nguyên nhân. Nhưng hóa ra, trong khi các triệu chứng của anh ta cho thấy say nắng, chúng lại trầm trọng hơn do đơn thuốc chứa chất chủ vận GLP-1 của anh ta.

Loại thuốc này, ngày càng phổ biến trong việc điều trị béo phì và tiểu đường, đã làm giảm cảm giác khát và gây buồn nôn cho cậu bé. “Chúng tôi đang chứng kiến nhiều trường hợp như vậy hơn,” Iorfida nói với Medscape News Europe. “Khi biến đổi khí hậu làm tăng tần suất và cường độ của các đợt nắng nóng, chúng ta sẽ thấy nhiều trường hợp tương tự xảy ra hơn.”

Các thuốc GLP-1 chỉ là sự bổ sung mới nhất vào danh sách các loại thuốc, bao gồm các thuốc lợi tiểu thông thường, thuốc chẹn beta và thuốc chống loạn thần, có thể gây ra các tác dụng phụ đột ngột khi nhiệt độ môi trường tăng cao. Những loại thuốc này có thể biến một đợt nắng nóng có thể kiểm soát được thành một trường hợp cấp cứu y tế bằng cách làm rối loạn khả năng điều chỉnh nhiệt độ của cơ thể hoặc làm suy giảm cảm giác khát.

Hiện nay, dự án ADAPT-HEAT, do các nhà nghiên cứu tại Đại học Cologne, Đức, cùng với Tiến sĩ Katharina van Baal, cộng tác viên nghiên cứu tại Viện Y học Tổng quát và Chăm sóc Giảm nhẹ thuộc Trường Y Hannover, Đức, đang xây dựng danh sách CALOR, một thư mục được thiết kế để giúp các chuyên gia chăm sóc sức khỏe xác định và quản lý các loại thuốc trở nên nguy hiểm trong các sự kiện nắng nóng cực đoan.

Danh sách này được biên soạn bằng cách phân tích các bộ dữ liệu bảo hiểm y tế lớn để xác định các loại thuốc được kê đơn thường xuyên nhất cho những bệnh nhân gặp phải các sự cố sức khỏe bất lợi trong các đợt nắng nóng. Sau đó, các nhà nghiên cứu đã yêu cầu một hội đồng gồm 30 chuyên gia đa ngành, bao gồm bác sĩ đa khoa, bác sĩ bệnh viện, dược sĩ và trợ lý dược phẩm trên khắp nước Đức, đạt được sự đồng thuận về các điều chỉnh liều lượng cụ thể và các giao thức theo dõi. Cuối cùng, giai đoạn thử nghiệm thực địa đã bao gồm việc các bác sĩ đa khoa sử dụng các khuyến nghị này trong phòng khám của họ để xác minh hiệu quả của chúng trong việc ngăn ngừa các sự cố bất lợi ở bệnh nhân trong điều kiện nắng nóng cực độ. Điều này đảm bảo rằng các khuyến nghị không chỉ đúng về mặt lý thuyết mà còn có thể áp dụng thực tế trong môi trường lâm sàng bận rộn, bà van Baal nói với Medscape News Europe. Một trong những mục tiêu chính của dự án là tích hợp các yếu tố môi trường vào tiêu chuẩn chăm sóc, bà cho biết.

Bằng chứng rõ ràng cho thấy việc sử dụng một số loại thuốc nhất định trong thời tiết nắng nóng có thể dẫn đến gia tăng số lượt khám cấp cứu và nhập viện, Tiến sĩ Maria Inês M. Marques, bác sĩ gia đình kiêm giáo sư tại Đại học Lisbon, Bồ Đào Nha, cho biết với Medscape News Europe. Những bệnh nhân có nguy cơ cao nhất là những người có khả năng dự trữ sinh lý suy giảm,

chẳng hạn như trẻ nhỏ và người lớn tuổi. Các nhóm đối tượng có nguy cơ khác bao gồm những người mắc bệnh mãn tính hoặc gặp khó khăn về mặt xã hội hoặc chức năng, chẳng hạn như người mắc bệnh tim mạch, thận hoặc tâm thần; bệnh nhân bị khuyết tật trí tuệ hoặc bệnh tâm thần nặng; những người có thu nhập thấp; và bệnh nhân sử dụng nhiều loại thuốc.

Các loại thuốc cần quan tâm chính bao gồm:

- Thuốc lợi tiểu. Bằng cách loại bỏ dịch cơ thể, chúng có thể gây ra những thay đổi nguy hiểm về thể tích, khi kết hợp với sự mất nước do nhiệt, dẫn đến hạ huyết áp, ngất xỉu và suy thận cấp tính.
- Các thuốc hạ huyết áp, chẳng hạn như thuốc chẹn beta và thuốc ức chế men chuyển angiotensin, có thể làm suy yếu khả năng bù trừ của hệ tim mạch đối với stress nhiệt hoặc làm giảm lưu lượng máu đến da, ngăn cản cơ thể tản nhiệt hiệu quả.
- Thuốc chống loạn thần và thuốc chống trầm cảm. Có thể đặc biệt nguy hiểm vì chúng có thể làm thay đổi cơ chế điều hòa nhiệt độ trung ương trong não hoặc gây đổ mồ hôi quá nhiều, dẫn đến mất nước nghiêm trọng.
- Thuốc chủ vận GLP-1 ức chế cảm giác khát đồng thời gây buồn nôn. Điều này tạo ra một vòng luẩn quẩn, trong đó bệnh nhân không thể bổ sung nước trong khi lại mất nước do nhiệt, có thể dẫn đến nhiễm kiềm hoặc nhiễm toan chuyển hóa, Iorfida giải thích. "Bệnh nhân cảm thấy no, họ không muốn uống nước, và họ không nhận ra mình đang bị mất nước nghiêm trọng", bà nói.
- Insulin và các loại thuốc nhạy cảm với nhiệt. Nhiệt độ môi trường có thể làm suy giảm chất lượng thuốc, ví dụ như insulin, vốn rất nhạy cảm với nhiệt độ và cần được bảo quản lạnh ổn định.
- Các thiết bị có áp suất. Ống hít và các bình chứa có áp suất khác tiềm ẩn nguy cơ vật lý đặc biệt vì chúng có thể phát nổ nếu được bảo quản ở nhiệt độ môi trường cực cao.

Mặc dù có nhiều bằng chứng lâm sàng, nhưng vẫn còn một khoảng trống đáng kể trong cách các bác sĩ xác định và quản lý các rủi ro liên quan đến thuốc do nhiệt độ cao ở châu Âu. Một cuộc khảo sát các chuyên gia chăm sóc sức khỏe trên 11 quốc gia châu Âu cho thấy hầu hết đều nhận thức được mối đe dọa sức khỏe của nhiệt độ cực cao, nhưng chưa đến một nửa có quyền tiếp cận các hướng dẫn chính thức của tổ chức hoặc đào tạo cụ thể để quản lý những rủi ro này ở bệnh nhân của họ.

Tám bác sĩ được khảo sát cho bài viết này cũng cho biết mức độ nhận thức của họ còn rời rạc. Trong khi bốn người nói rằng họ có thể dễ dàng xác định các nhóm thuốc có nguy cơ cao, ba người nói rằng họ "sẽ được lợi nếu có một danh sách kiểm tra", và một người thừa nhận chưa xem thuốc là yếu tố nguy cơ chính trong điều kiện nắng nóng cực độ.

Năm trong số tám bác sĩ lâm sàng cho biết họ chủ yếu dựa vào việc điều chỉnh liều lượng tạm thời, đặc biệt là đối với thuốc lợi tiểu, và tăng tần suất theo dõi điện giải và chức năng thận. Tuy nhiên, chỉ có ba người trả lời cho biết họ thường xuyên hướng dẫn về rủi ro của thuốc, cách bảo quản thuốc an toàn trong điều kiện nắng nóng cực độ hoặc mất điện. Một nửa số người được hỏi báo cáo tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở bệnh nhân của họ tăng lên trong các đợt nắng nóng, và năm người cho rằng biến đổi khí hậu sẽ làm thay đổi cách quản lý bệnh nhân của họ trong thập kỷ tới.

Mặt khác, bệnh nhân dường như rất muốn tìm kiếm sự hướng dẫn chuyên nghiệp về những rủi ro này. Theo một nghiên cứu quy mô lớn của Đức được công bố trên tạp chí BMJ Open , khoảng một phần tư số người được khảo sát — và gần 40% số người từ 75 tuổi trở lên — bày tỏ sự quan tâm rõ ràng đến việc nhận lời khuyên về sức khỏe liên quan đến sóng nhiệt từ bác sĩ gia đình của họ. Thông tin được tìm kiếm nhiều nhất cụ thể là về quản lý thuốc, bao gồm cách bảo quản thuốc an toàn và khi nào cần điều chỉnh liều lượng.

“Chúng ta cần thêm hướng dẫn,” Tiến sĩ Tiago Villanueva, bác sĩ gia đình tại Bồ Đào Nha và chủ tịch Liên minh các bác sĩ đa khoa châu Âu, cho biết. Ông nói rằng các cơ quan quản lý như Cơ quan Dược phẩm châu Âu cuối cùng có thể cần xem xét việc đưa các chỉ dẫn rủi ro cụ thể liên quan đến nhiệt độ trực tiếp vào Tóm tắt Đặc tính Sản phẩm đối với một số loại thuốc nhất định. “Điều này sẽ đảm bảo rằng các cảnh báo về sức khỏe liên quan đến nhiệt độ là yếu tố cơ bản trong hồ sơ an toàn của thuốc, cũng quan trọng như các cảnh báo về chức năng gan hoặc thận,” ông nói.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/which-drugs-turn-risky-when-temperatures-soar-2026a10005vc>

## **Thuốc ức chế SGLT2 là thuốc ức chế DPP-4 hàng đầu giúp kéo dài thời gian sống ở bệnh nhân tiểu đường mắc bệnh thận.**

Thuốc ức chế SGLT2 cho thấy lợi ích cải thiện đáng kể về tỷ lệ tử vong so với thuốc ức chế DPP-4 ở bệnh nhân mắc bệnh thận do tiểu đường (DKD) trong một nghiên cứu mô phỏng thử nghiệm mục tiêu quy mô lớn, bổ sung dữ liệu thực tế cho các kết quả sống sót không nhất quán của các thử nghiệm lâm sàng trước đó.

“Những phát hiện này củng cố và mở rộng bằng chứng trước đó từ các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) chứng minh khả năng bảo vệ tim mạch và thận bằng cách cho thấy thuốc ức chế SGLT2 có thể mang lại lợi ích sống còn đáng kể cho một nhóm dân số lớn tuổi hơn, vốn ít được đại diện trong các thử nghiệm lâm sàng,” các tác giả báo cáo trong nghiên cứu được công bố trên tạp chí Diabetes, Obesity and Metabolism .

Bệnh thận do tiểu đường (DKD) có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh tim mạch và tử vong cao hơn so với bệnh thận mãn tính (CKD) hoặc chỉ riêng bệnh tiểu đường, với nguy cơ cao hơn đáng kể, đặc biệt là nguy cơ tử vong, ở người lớn tuổi.

Mặc dù các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) quy mô lớn trước đây đã chứng minh lợi ích của thuốc ức chế SGLT2 đối với nhiều kết quả về thận ở bệnh nhân mắc bệnh thận do tiểu đường (DKD), nhưng tác dụng của chúng đối với tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân lại không nhất quán. Ví dụ, thử nghiệm DAPA-CKD, bao gồm các bệnh nhân có albumin niệu đáng kể, cho thấy lợi ích tiềm năng về khả năng sống sót ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính (CKD), cả có và không mắc bệnh tiểu đường. Ngược lại, các nghiên cứu EMPA-KIDNEY và SCORED , cả hai đều bao gồm các bệnh nhân có albumin niệu ở mức độ nhẹ hơn hoặc không có albumin niệu, lại không cho thấy sự giảm đáng kể về tỷ lệ tử vong.

“Nhiều người lớn tuổi mắc bệnh thận do tiểu đường trong thực hành lâm sàng thường quy có hồ sơ lâm sàng đa dạng hơn, bao gồm mức độ albumin niệu thấp hơn hoặc tuổi cao hơn so với những người tham gia thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên điển hình,” các tác giả nghiên cứu lưu ý. “Do đó, việc hiểu liệu thuốc ức chế SGLT2 có mang lại lợi ích sống còn hay không, và trong những nhóm nhỏ nào, ở nhóm dân số rộng hơn này là rất quan trọng để đưa ra quyết định lâm sàng thực tế.”

Để nghiên cứu tác động trên quần thể thực tế, tác giả chính Hidehiro Kaneko, MD, thuộc Khoa Tim mạch, Đại học Tokyo, Tokyo, Nhật Bản, và các đồng nghiệp đã sử dụng phương pháp mô phỏng thử nghiệm mục tiêu.

Theo quy trình này, một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng (RCT) giả định đã được mô phỏng bằng cách sử dụng dữ liệu quan sát thực tế trên 5371 người trưởng thành từ 65 tuổi trở lên mắc bệnh thận do tiểu đường (DKD) được đăng ký trong cơ sở dữ liệu yêu cầu bồi thường và kiểm tra sức khỏe toàn quốc tại Nhật Bản.

Những người tham gia, có độ tuổi trung bình là 71 tuổi và 35,5% là nữ, đã bắt đầu sử dụng thuốc ức chế SGLT2 (n = 1464) hoặc thuốc ức chế DPP-4 (n = 3907) trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 8 năm 2023 và có dữ liệu về khám sức khỏe định kỳ và tỷ lệ tử vong.

Trong số đó, 83,4% bị tăng huyết áp và 83,2% bị rối loạn lipid máu. Thuốc ức chế hệ renin-angiotensin được kê đơn cho 53,8% người tham gia và thuốc statin được kê đơn cho 50,0% người tham gia.

Những người dùng thuốc ức chế SGLT2 ít có khả năng là nữ giới hơn (30,8% so với 37,3%), tham gia nghiên cứu gần đây hơn so với những người dùng thuốc ức chế DPP-4, và có chỉ số BMI cao hơn một chút so với nhóm dùng thuốc ức chế DPP-4 (25,9 so với 24,6).

Tuy nhiên, sau khi điều chỉnh các yếu tố đa biến trong phương pháp tính điểm xu hướng chéo, các nhóm đã cân bằng tốt ở thời điểm ban đầu.

Với thời gian theo dõi trung bình là 2,23 năm, tổng cộng có 437 trường hợp tử vong trong nhóm này.

Việc sử dụng thuốc ức chế SGLT2 được phát hiện có liên quan đến tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân thấp hơn đáng kể so với việc sử dụng thuốc ức chế DPP-4 (tỷ lệ nguy cơ [HR], 0,51), với kết quả nhất quán trong phân tích theo phác đồ (HR, 0,50), "nhấn mạnh tính vững chắc của phát hiện này", các tác giả viết.

Lợi ích về khả năng sống sót mạnh nhất ở những người dưới 80 tuổi, hiệu quả giảm dần theo tuổi tác và ở những người có chỉ số BMI từ 22 trở lên (trong phạm vi bình thường), bất kể có mắc các bệnh kèm theo hay không (Chỉ số bệnh kèm theo Charlson).

“Sự khác biệt liên quan đến tuổi tác có thể phản ánh các nguy cơ cạnh tranh của tử vong không do tim mạch, sự suy yếu do tuổi tác hoặc khả năng dung nạp thuốc khác nhau ở những người cao tuổi nhất,” các tác giả nghiên cứu lưu ý.

Tuy nhiên, các phát hiện này đặc biệt quan trọng vì chúng giải quyết được những lo ngại về điều trị bệnh thận do tiểu đường ở người lớn tuổi, bao gồm các vấn đề về thể trạng yếu ớt, sử dụng nhiều loại thuốc và tuổi thọ hạn chế, họ cho biết.

“Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cung cấp bằng chứng đáng tin cậy cho thấy ngay cả ở nhóm dân số dễ bị tổn thương này, thuốc ức chế SGLT2 vẫn có thể giúp giảm đáng kể tỷ lệ tử vong.”

Trong một nghiên cứu gần đây khác, Tiến sĩ João Pedro Ferreira và các đồng nghiệp đã đánh giá tác dụng của thuốc ức chế SGLT2 trên các mức độ albumin niệu khác nhau trong một phân tích tổng hợp các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) trên 26.750 bệnh nhân với các nguy cơ tim mạch, thận và chuyển hóa khác nhau.

Họ nhận thấy rằng, so với giả dược, điều trị bằng thuốc ức chế SGLT2 luôn liên quan đến việc giảm nguy cơ mắc các biến cố về thận và tim mạch trên toàn bộ phổ albumin niệu, mà không có

bằng chứng về sự suy giảm lợi ích, ngay cả ở những bệnh nhân có mức albumin niệu được coi là bình thường ( $< 30$  mg/g), và không phụ thuộc vào tốc độ lọc cầu thận ước tính.

Mặc dù các nghiên cứu trong phân tích của họ đã so sánh thuốc ức chế SGLT2 với giả dược, nhưng những phát hiện mới cho thấy lợi ích về tỷ lệ tử vong so với thuốc ức chế DPP-4 không gây ngạc nhiên, Ferreira, giáo sư tại Đơn vị Nghiên cứu và Phát triển Tim mạch – Unic@RISE, Khoa Phẫu thuật và Sinh lý học, Khoa Y, Đại học Porto, Porto, Bồ Đào Nha, cho biết với Medscape Medical News .

“Thuốc ức chế SGLT2 có tác dụng có lợi vượt xa việc kiểm soát đường huyết, và chúng vượt trội hơn thuốc ức chế DPP-4 về lợi ích đối với tim mạch và thận,” ông nói. “Các liệu pháp dựa trên incretin (như thuốc ức chế DPP-4) rất khác với thuốc ức chế SGLT2, và tác dụng có lợi của chúng dường như độc lập và bổ sung cho nhau,” ông nói thêm. “Do đó, các loại thuốc này có thể được kết hợp ở những bệnh nhân có nguy cơ cao được lựa chọn.”

Bình luận thêm về nghiên cứu này, Tiến sĩ Susanne B. Nicholas, giáo sư y học, chuyên gia về tăng huyết áp và trưởng khoa thận học tạm thời tại Trường Y David Geffen thuộc Đại học California, Los Angeles, đồng ý rằng nghiên cứu đã đưa ra những hiểu biết quan trọng.

“Nghiên cứu này giải quyết một khoảng trống quan trọng trong việc hiểu rõ hơn về tác dụng của thuốc ức chế SGLT2 đối với lợi ích sống còn ở bệnh thận do tiểu đường ở người lớn tuổi (tuổi trung bình 71), một nhóm đối tượng chưa được đưa vào các thử nghiệm ngẫu nhiên, có đối chứng giả dược quy mô lớn về kết quả tim mạch,” bà nói với Medscape Medical News .

“Ý nghĩa của nghiên cứu này là tỷ lệ mắc bệnh thận do tiểu đường (DKD) ở người lớn tuổi trên 65 tuổi lên đến hơn 45%, thế nhưng nhóm tuổi này lại không thường xuyên được đưa vào các thử nghiệm lớn về kết quả tim mạch.”

Đáng chú ý, thiết kế mô phỏng mục tiêu của nghiên cứu “vượt trội hơn thiết kế nghiên cứu quan sát thông thường, giúp làm rõ hơn và đáng tin cậy hơn các giả định về mối quan hệ nhân quả”, bà giải thích. “Tuy nhiên, thiết kế này không hoàn toàn thay thế hoặc phản ánh một thử nghiệm đối chứng ngẫu nhiên.”

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/sglt2-inhibitor-top-dpp-4-inhibitor-survival-diabetic-kidney-2026a100058w>

## **Thuốc GLP-1 có thể làm giảm nguy cơ tử vong sau loét bàn chân do tiểu đường.**

Ở những bệnh nhân bị loét bàn chân do tiểu đường, tuổi cao, loét mắc phải trong bệnh viện và các bệnh lý kèm theo nghiêm trọng có liên quan đến tỷ lệ tử vong trong vòng 1 năm cao hơn, trong khi việc sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 và tham khảo ý kiến trước đó với các bác sĩ chuyên khoa tiểu đường, nhãn khoa và chuyên khoa bàn chân có liên quan đến tỷ lệ tử vong trong vòng 1 năm thấp hơn.

- Các nhà nghiên cứu tại Pháp đã tiến hành một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 133.791 bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường và loét bàn chân do tiểu đường (tuổi trung bình 72,7 năm; 54,0% nam giới) để xác định các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong trong vòng 1 năm.
- Dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, việc cấp phát thuốc và việc sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe được thu thập từ các cơ sở dữ liệu quốc gia được liên kết và đánh giá trong 12 tháng trước khi bắt đầu nghiên cứu.
- Chẩn đoán mắc bệnh loét bàn chân do tiểu đường được định nghĩa là không có tiền sử loét bàn chân do tiểu đường và có liên quan đến việc nhập viện hoặc được thanh toán chi phí chăm sóc vết thương trong năm trước đó.
- Mục tiêu chính là tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 1 năm kể từ khi chẩn đoán loét bàn chân do tiểu đường; mục tiêu phụ là tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 1 năm sau khi cắt cụt chi chính.
- Trong vòng 12 tháng sau khi được chẩn đoán mắc loét bàn chân do tiểu đường, 14,6% bệnh nhân tử vong và 3,5% phải trải qua phẫu thuật cắt cụt chi; trong số những người phải trải qua phẫu thuật cắt cụt chi, 28,7% tử vong trong vòng 1 năm sau phẫu thuật.
- Các yếu tố dự báo độc lập mạnh nhất về tỷ lệ tử vong trong vòng 1 năm sau khi chẩn đoán loét bàn chân do tiểu đường là tuổi cao (tỷ lệ nguy cơ điều chỉnh [aHR] trên mỗi 10 năm, 1,64), loét bàn chân do tiểu đường mắc phải trong bệnh viện (aHR, 2,16) và cắt cụt chi chính (aHR, 1,16). Các bệnh lý đi kèm liên quan đến kết quả tử vong kém bao gồm bệnh tim mạch, ung thư đang hoạt động, bệnh thận giai đoạn cuối, bệnh Parkinson, chứng mất trí nhớ và bệnh gan hoặc bệnh tuyến tụy ngoại tiết.
- Việc sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 và tham khảo ý kiến trước đó với các bác sĩ chuyên khoa tiểu đường, nhãn khoa và chuyên khoa bàn chân đều có liên quan đến việc giảm tỷ lệ tử vong.
- Sau phẫu thuật cắt cụt chi lớn, các yếu tố tương tự có liên quan đến tỷ lệ tử vong tăng cao; tuy nhiên, việc sử dụng thuốc chủ vận thụ thể GLP-1 cho thấy hiệu quả bảo vệ ổn định.

Nguồn: <https://www.medscape.com/viewarticle/glp-1-drugs-may-cut-death-risk-after-diabetic-foot-ulcer-2026a1000484>