



Original Article

Implementation of SGLT2 Inhibitor Use and Clinical Outcomes in Outpatients with Type 2 Diabetes or Heart Failure at Duc Giang General Hospital

Tran Thi Oanh¹, Tran Thi Tuyet Nhung¹, Nguyen Khanh Ly²,
Le Van Dan¹, Nguyen Manh Thang¹, Nguyen Thu Huong¹,
Dang Thi Thanh Huyen¹, Tran Duy Khanh¹, Nguyen Thi Hong Thanh¹,
Pham Thi Thuy Van², Cao Thi Bich Thao^{2,*}

¹Duc Giang General Hospital, 54 Truong Lam, Viet Hung, Hanoi, Vietnam

²Hanoi University of Pharmacy, 13-15 Le Thanh Tong, Hoan Kiem, Hanoi, Vietnam

Received 21st April 2026

Revised 14th May 2026; Accepted 25th May 2026

Abstract: Objectives: this study aimed to evaluate the implementation of SGLT2 inhibitor (SGLT2i) prescribing regulations and to describe clinical outcomes in outpatients with type 2 diabetes mellitus (T2DM) or heart failure (HF). Methods: A descriptive longitudinal study was conducted from February to September 2025. Patients who met the priority criteria for SGLT2i therapy and were prescribed these agents were included. Clinical, laboratory, and prescription data were collected at baseline and during follow-up. Medication adherence was assessed using medication possession ratio (MPR), with $\geq 80\%$ considered acceptable adherence. Results: A total of 222 patients receiving SGLT2i were included (mean age 71.5 ± 10.0 years; 54.5% female). Among them, 64.4% had T2DM 35.6% had HF. The proportion of patients achieving MPR $\geq 80\%$ was 77.9%. In the T2DM subgroup, HbA1c decreased by 1.06% after 3 months ($p < 0.001$). In the HF subgroup, ejection fraction (EF) improved from 35.3% to 48.7% ($p < 0.001$). Estimated glomerular filtration rate (eGFR) showed a modest initial decline but stabilized after 6 months. Most adverse drug reactions were mild to moderate. Conclusions: Implementation of prescribing regulations improved access to SGLT2i therapy in routine clinical practice. Observed improvements in glycemic control and cardiac function suggest potential benefits; however, these findings should be interpreted cautiously due to the observational design and concomitant therapies.

Keywords: SGLT2 inhibitors, type 2 diabetes mellitus, chronic heart failure, outpatient, Duc Giang hospital.

* Corresponding author.

E-mail address: thaoctb@hup.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4962>

Triển khai quy định kê đơn thuốc ức chế SGLT2 và kết quả lâm sàng trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 hoặc suy tim điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Trần Thị Oanh¹, Trần Thị Tuyết Nhung¹, Nguyễn Khánh Ly²,
Lê Văn Đán¹, Nguyễn Mạnh Thắng¹, Nguyễn Thu Hương¹,
Đặng Thị Thanh Huyền¹, Trần Duy Khanh¹, Nguyễn Thị Hồng Thanh¹,
Phạm Thị Thuý Vân², Cao Thị Bích Thảo^{2,*}

¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, 54 Trường Lâm, Việt Hưng, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Đại học Dược Hà Nội, 13-15 Lê Thánh Tông, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

Nhận ngày 21 tháng 4 năm 2026

Chỉnh sửa ngày 14 tháng 5 năm 2026; Chấp nhận đăng ngày 25 tháng 5 năm 2026

Tóm tắt: Mục tiêu: đánh giá kết quả triển khai Quy định sử dụng thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose (SGLT2i) và mô tả kết quả lâm sàng trên bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 hoặc suy tim điều trị ngoại trú. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc được thực hiện từ tháng 02 đến tháng 9 năm 2025 tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang. BN đáp ứng tiêu chí ưu tiên sử dụng thuốc SGLT2i và được kê đơn trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích. Dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sử dụng thuốc được thu thập tại thời điểm ban đầu và trong quá trình theo dõi. Tuân thủ điều trị được đánh giá thông qua chỉ số tỷ lệ ngày có thuốc (Medication Possession Ratio – MPR), với ngưỡng $\geq 80\%$ được coi là đạt. Kết quả: tổng số 222 BN được kê đơn được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình $71,5 \pm 10,0$; nữ chiếm 54,5%. Trong đó 64,4% BN ĐTĐ típ 2 và 35,6% BN suy tim. Tỷ lệ BN đạt MPR $\geq 80\%$ là 77,9%. Ở nhóm ĐTĐ típ 2, HbA1c giảm trung bình 1,06% sau 3 tháng ($p < 0,001$). Ở nhóm suy tim, phân số tổng máu (EF) cải thiện từ 35,3% lên 48,7% ($p < 0,001$). Mức lọc cầu thận (eGFR) giảm nhẹ giai đoạn đầu sau khởi trị và có xu hướng ổn định sau đó. Các biến cố bất lợi chủ yếu mức độ nhẹ – trung bình. Kết luận: Việc triển khai quy định sử dụng SGLT2i góp phần cải thiện khả năng tiếp cận và duy trì điều trị trong thực hành lâm sàng. Những cải thiện về kiểm soát đường huyết và chức năng tim được ghi nhận, tuy nhiên cần thận trọng khi diễn giải do thiết kế nghiên cứu quan sát và ảnh hưởng của các liệu pháp điều trị phối hợp.

Từ khóa: Thuốc ức chế SGLT2, đái tháo đường típ 2, suy tim mạn tính, ngoại trú, Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

1. Đặt vấn đề

ĐTĐ típ 2 và suy tim là hai bệnh lý có gánh nặng ngày càng gia tăng và góp phần đáng kể vào tỷ lệ nhập viện, tàn tật và tử vong tại Việt

Nam. Trong hơn một thập kỷ qua, nhiều bằng chứng lâm sàng đã khẳng định nhóm thuốc ức chế đồng vận chuyển natri – glucose (SGLT2i) không chỉ giúp kiểm soát đường huyết mà còn cải thiện rõ rệt các kết cục tim mạch và thận [1].

* Tác giả liên hệ.

Địa chỉ email: thaocb@hup.edu.vn

<https://doi.org/10.25073/2588-1132/vnumps.4962>

Các thử nghiệm lớn như EMPA-REG OUTCOME, CANVAS và DAPA-HF đã chứng minh SGLT2i giảm nguy cơ nhập viện do suy tim, giảm tiến triển bệnh thận mạn và tử vong do tim mạch. Do đó, các khuyến cáo của ADA 2025, ESC 202, Hội Tim mạch Việt Nam và Hướng dẫn điều trị ĐTD típ 2 của Bộ Y tế 2020 đều xếp SGLT2i vào nhóm thuốc ưu tiên cho BN ĐTD típ 2 có nguy cơ cao/rất cao với bệnh tim mạch do xơ vữa, suy tim hoặc bệnh thận mạn [2-4].

Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang, SGLT2i đã bắt đầu được sử dụng trong một vài năm gần đây nhưng tỷ lệ kê đơn còn thấp, chủ yếu do chi phí thuốc còn cao và chưa được bảo hiểm y tế chi trả toàn bộ. Điều này đặc biệt ảnh hưởng tới các nhóm BN có chỉ định ưu tiên nói trên. Ngoài ra, nhiều BN dù đã được kê SGLT2i nhưng chưa duy trì điều trị liên tục, làm giảm hiệu quả lâm sàng kỳ vọng. Trước thực trạng đó, từ tháng 02/2025, bệnh viện đã xây dựng và triển khai “Quy định kê đơn, duyệt và cấp phát thuốc ức chế SGLT2” nhằm chuẩn hóa quy trình chỉ định, tăng tỷ lệ kê đơn đúng đối tượng ưu tiên, đồng thời đảm bảo tính liên tục trong điều trị. Do vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kết quả triển khai Quy định và tác động lên kết quả điều trị của 2 nhóm BN ưu tiên là ĐTD típ 2 và suy tim điều trị ngoại trú, góp phần cung cấp bằng chứng thực tế để tối ưu hóa điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu

BN điều trị ngoại trú có chẩn đoán ĐTD típ 2 hoặc suy tim, có trong danh sách ưu tiên kê đơn thuốc SGLT2i (tức là BN có chẩn đoán suy tim EF giảm hoặc ĐTD típ 2 khó kiểm soát và có nguy cơ cao/rất cao mắc bệnh tim mạch do xơ vữa), được kê đơn thuốc SGLT2i trong thời gian nghiên cứu. BN bị loại khỏi nghiên cứu nếu không có đủ dữ liệu theo dõi cần thiết hoặc ngừng thuốc SGLT2i trong vòng 30 ngày sau thời điểm ban đầu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc dựa trên thu thập thông tin BN trong quá trình theo dõi.

Thời gian nghiên cứu: từ 01/02/2025 đến 30/09/2025.

Mẫu nghiên cứu: Toàn bộ BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Thu thập dữ liệu: Thông tin được thu thập từ phần mềm quản lý BN ngoại trú. Các thông tin thu thập ở thời điểm ban đầu (T_0) bao gồm: nhân khẩu học, chẩn đoán, tiền sử bệnh, cận lâm sàng, đơn thuốc, thời điểm kê đơn SGLT2i. Các thông tin về cận lâm sàng tiếp tục được thu thập dọc thời gian: huyết áp, lipid máu, creatinin máu, HbA1c, EF, xét nghiệm nước tiểu và các biến cố bất lợi.

2.3. Xử lý số liệu

Thông tin thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22. Các biến định lượng biểu diễn dưới dạng trung bình \pm SD hoặc trung vị (IQR), kiểm định T-test hoặc Wilcoxon. Các biến định tính biểu diễn dưới dạng tỷ lệ phần trăm, kiểm định χ^2 hoặc Fisher.

2.4. Quy ước trong nghiên cứu

Thời điểm ban đầu (T_0): đối với BN mới, là ngày BN lần đầu tiên được kê SGLT2i (trước đó 6 tháng không được kê). Đối với BN đã dùng thuốc từ trước, là ngày tái khám đầu tiên sau thời điểm bắt đầu nghiên cứu.

Tuân thủ điều trị: được đánh giá gián tiếp qua chỉ số MPR (Medication Possession Ratio, tỷ lệ ngày có thuốc), được tính bằng tổng số ngày BN được cấp thuốc SGLT2i chia cho tổng số ngày trong khoảng thời gian theo dõi (từ thời điểm bắt đầu điều trị đến thời điểm kết thúc theo dõi hoặc thời điểm đánh giá):

$$MPR = \frac{\text{Tổng số ngày được cấp thuốc}}{\text{Tổng số ngày trong thời gian theo dõi}} \times 100\%$$

Nếu $MPR \geq 80\%$ được coi là tuân thủ tốt; $<80\%$ là chưa tốt.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tổng số có 222/306 (72,5%) trong danh sách ưu tiên và được kê đơn SGLT2i đưa vào nghiên

cứ, trong đó có 143 (64,4%) BN ĐTĐ típ 2 và 79 (35,6%) BN suy tim EF giảm. Đặc điểm chung của BN tại thời điểm ban đầu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm BN ở thời điểm ban đầu

| Đặc điểm | Tổng số BN (N=222) | ĐTĐ típ 2 (N=143) | Suy tim (N=79) |
|--|--------------------|-------------------|----------------|
| Tuổi (TB ± SD) | 71,5 ± 10,0 | 71,1 ± 9,4 | 72,2 ± 11,0 |
| Giới nam (n, %) | 101 (45,5) | 52 (36,4) | 49 (62,0) |
| BMI (TB ± SD) | 23,7 ± 3,6 | 24,5 ± 3,7 | 22,3 ± 2,9 |
| Bệnh lý, n (%) | | | |
| Tăng huyết áp | 141 (63,5) | 119 (83,2) | 22 (27,8) |
| Rối loạn lipid máu | 74 (33,3) | 74 (51,7) | 0 (0) |
| Bệnh tim mạch do xơ vữa | 117 (52,7) | 62 (43,3) | 55 (69,6) |
| Bệnh thận mạn | 48 (21,6) | 18 (12,6) | 30 (38,0) |
| Suy tim | 100 (45,0) | 21 (14,7) | 79 (100) |
| ĐTĐ típ 2 | 161 (72,5) | 143 (100) | 18 (22,8) |
| Phân loại BN theo thời điểm kê SGLT2i, n (%) | | | |
| BN mới dùng | 131 (59,0) | 83 (58,0) | 48 (60,8) |
| BN đã dùng | 91 (41,0) | 60 (42,0) | 31 (39,2) |
| Thời gian theo dõi (TB ± SD, tháng) | 4,4 ± 2,0 | 4,3 ± 1,9 | 4,6 ± 2,1 |
| Cận lâm sàng, TB ± SD | | | |
| HbA1c (%) | - | 10,0 ± 1,5 | - |
| EF (%) | - | - | 33,5 ± 6,6 |
| eGFR (ml/phút/ 1,73 m ²) | 60,7 ± 19,9 | 61,0 ± 20,8 | 60,1 ± 18,4 |
| LDL-c (mmol/L) | 2,8 ± 1,0 | 2,9 ± 1,1 | 2,6 ± 0,9 |
| Huyết áp (mmHg), n (%) | | | |
| ≥ 140/90 | 81 (43,8) | 79 (55,2) | 15 (23,4) |
| < 140/90 | 104 (56,2) | 64 (44,8) | 64 (76,6) |

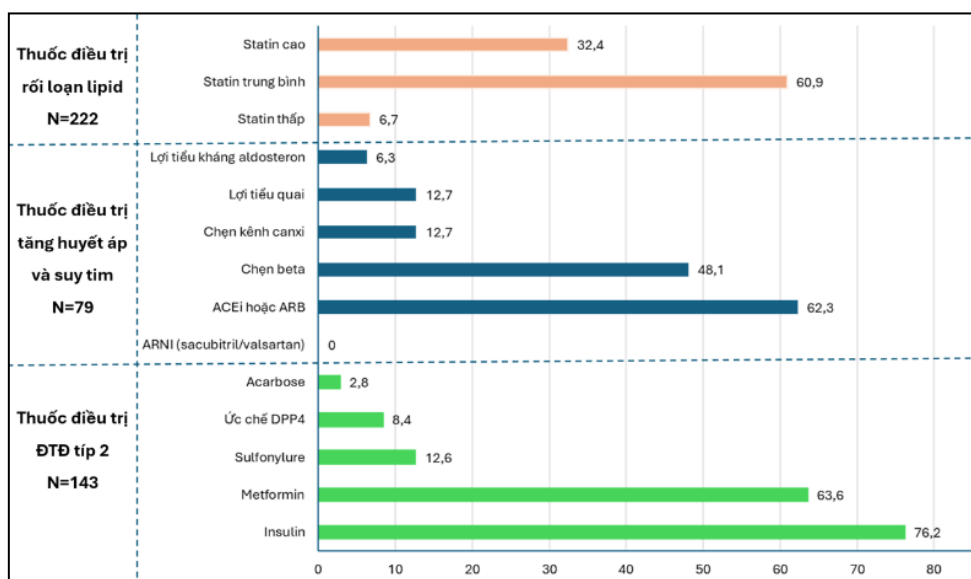
Tuổi trung bình của BN nghiên cứu là 71,5 và có sự tương đồng giữa 2 nhóm. Tỷ lệ nam cao hơn ở nhóm suy tim (62,0% so với 36,4%). BMI trung bình trong nhóm ĐTĐ típ 2 cao hơn (24,5 kg/m² so với 22,3 kg/m²). Trong số các bệnh lý mắc kèm, phổ biến nhất là tăng huyết áp (63,5%) sau đó đến các bệnh tim mạch do xơ vữa (52,7%) và rối loạn lipid máu (33,3%). Theo dữ liệu trên phần mềm quản lý, không ghi nhận BN suy tim nào có rối loạn lipid máu. Tỷ lệ BN mới kê đơn SGLT2i là 59,0%.

Thời gian theo dõi trung bình là 4,4 tháng. Về dữ liệu cận lâm sàng, HbA1c trung bình trong nhóm ĐTĐ típ 2 là 10,0 % và EF trung bình ở nhóm suy tim là 33,5%. Mức lọc cầu thận (eGFR) trung bình trên tổng số BN là 60,7

ml/ph/1,73m², LDL-c trung bình là 2,8 mmol/L và khác biệt không đáng kể giữa 2 nhóm. Tỷ lệ BN có huyết áp < 140/90 mmHg ở nhóm suy tim cao hơn (76,6% so 44,8%).

Đặc điểm về các nhóm thuốc kê đơn cho BN được trình bày trong Hình 1.

Trong nhóm ĐTĐ típ 2, các thuốc hạ đường huyết phổ biến nhất là insulin (76,2%) và metformin (63,8%). Trong nhóm suy tim, các thuốc tác dụng trên huyết áp và tim mạch phổ biến nhất là ACEi/ARB (62,3%) và chẹn beta (48,1%). Không ghi nhận trường hợp sử dụng ARNI trong mẫu nghiên cứu. Phác đồ statin trên tổng số BN phổ biến nhất là statin trung bình (60,9%), tỷ lệ kê statin cao chiếm 32,4%.



Hình 1. Đặc điểm sử dụng thuốc ở thời điểm ban đầu.

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc SGLT2i sau khi triển khai quy định

Tỷ lệ kê các thuốc SGLT2i (tính theo số viên) được kê đơn trong toàn bộ thời gian theo dõi được trình bày ở Bảng 2. Trong toàn bộ thời gian theo dõi, dapagliflozin 10 mg được kê đơn nhiều nhất (80,0%) trên cả 2 nhóm BN. Số viên empagliflozin 25 mg được kê chỉ chiếm 1,6%

trong đó tỷ lệ được kê ½ viên/ngày là 1,1% và chủ yếu ở nhóm suy tim.

Tính liên tục trong kê đơn và tuân thủ điều trị (chỉ số MPR) được trình bày ở Bảng 3. Phần lớn BN được kê đơn liên tục hàng tháng (77,0%). Từ chỉ số MPR cho thấy, tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt (MPR ≥ 80%) chiếm 77,9% và tương đồng ở 2 nhóm.

Bảng 2. Tỷ lệ kê đơn thuốc SGLT2i trong thời gian nghiên cứu

| Thuốc | Tổng số, n (%) (N=38142) | ĐTDĐ típ 2, n (%) (N=24672) | Suy tim, n (%) (N=13470) |
|-------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| Dapagliflozin 10 mg | 30497 (80,0) | 20196 (81,9) | 10301 (76,5) |
| Empagliflozin 10 mg | 7037 (18,4) | 4308 (17,5) | 2729 (20,3) |
| Empagliflozin 25 mg | 608 (1,6) | 168 (0,7) | 440 (3,3) |
| - Dùng liều ½ viên/ngày | 433 (1,1) | 42 (0,2) | 391 (2,9) |
| - Dùng liều 1 viên/ngày | 175 (0,5) | 126 (0,5) | 49 (0,4) |

Bảng 3. Tính liên tục trong kê đơn và tuân thủ điều trị SGLT2i

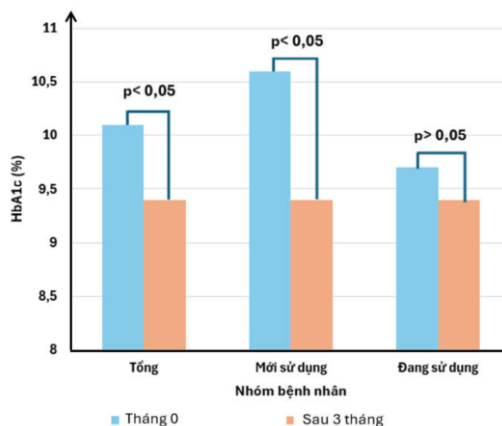
| Đặc điểm | Tổng số, n (%) (N=222) | ĐTDĐ típ 2, n (%) (N=143) | Suy tim, n (%) (N=79) |
|--------------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Tính liên tục | | | |
| Liên tục | 171 (77,0) | 109 (76,2) | 62 (78,5) |
| Gián đoạn | 51 (23,0) | 34 (23,8) | 17 (21,5) |
| Tuân thủ điều trị (MPR) | | | |
| ≥ 80% | 173 (77,9) | 110 (76,9) | 63 (79,7) |
| 50-<80% | 23 (10,4) | 14 (9,8) | 9 (11,4) |
| < 50% | 26 (11,7) | 19 (13,3) | 7 (8,9) |

3.3. Kết quả điều trị

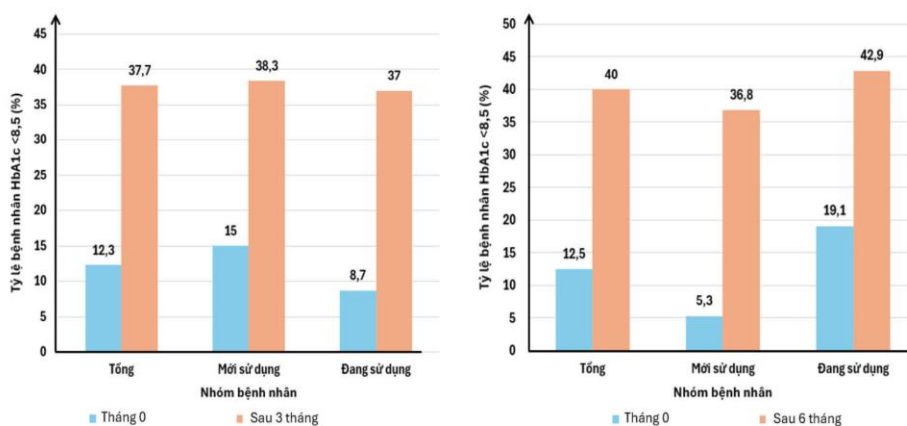
3.3.1. Sự thay đổi HbA1c trên nhóm đái tháo đường típ 2

Trong số 106 BN ĐTĐ típ 2 có kết quả HbA1c lần thứ 2 sau 3 tháng, HbA1c trung bình tại thời điểm này là 9,1%. So với thời điểm ban

đầu, mức giảm HbA1c trung bình là 1,06% và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Xu hướng này được ghi nhận ở cả nhóm BN mới sử dụng và đang sử dụng. Tỷ lệ BN có HbA1c $< 8,5\%$ tăng từ 12,3% lên 37,7% sau 3 tháng và tăng đến 40% sau 6 tháng có ý nghĩa thống kê. Sự tăng này rõ rệt trên nhóm mới sử dụng ở cả 2 thời điểm.



(A) Sự thay đổi HbA1c trung bình sau 3 tháng.



(B) Sự thay đổi tỷ lệ HbA1c $< 8,5\%$ sau 3 tháng và 6 tháng.

Hình 2. Thay đổi HbA1c so với thời điểm ban đầu trên nhóm ĐTĐ típ 2.

3.3.2. Sự thay đổi EF trên nhóm suy tim

Sự thay đổi phân suất tống máu trên nhóm BN suy tim được trình bày trong Bảng 5.

Phân suất tống máu EF trung bình tăng có ý nghĩa thống kê từ 35,3% đến 48,7% sau quá trình

điều trị, với mức chênh lệch trung bình là $-15,17\%$ ($p < 0,0001$). Tỷ lệ BN EF $\geq 40\%$ tăng từ 21,1% lên 70,2% có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Trên BN mới sử dụng và đang sử dụng đều có xu hướng này và sự cải thiện rõ rệt hơn trên nhóm mới sử dụng.

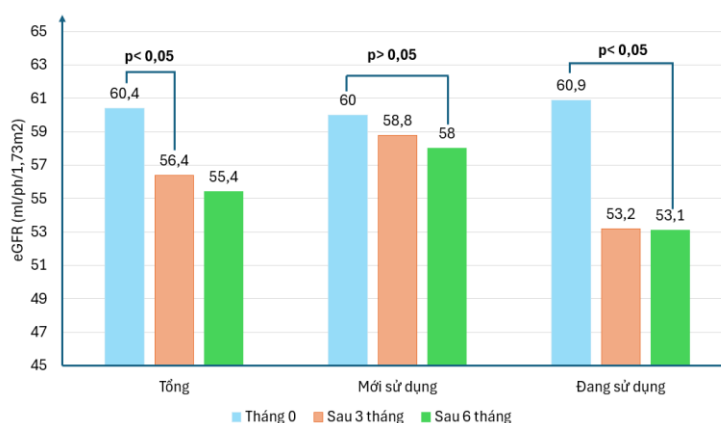
Bảng 5. Sự thay đổi EF trên BN suy tim

| Đặc điểm EF | Ban đầu | Trong thời gian theo dõi | P |
|-----------------------------|----------------|--------------------------|---------|
| Trên tổng số BN (N=57) | | | |
| Trung bình \pm SD (%) | 35,3 \pm 7,0 | 48,7 \pm 14,9 | <0,0001 |
| EF \geq 40%, n (%) | 10 (21,1) | 40 (70,2) | <0,0001 |
| Trên BN mới sử dụng (N=32) | | | |
| Trung bình \pm SD (%) | 34,0 \pm 7,2 | 50,2 \pm 14,9 | <0,0001 |
| EF \geq 40%, n (%) | 7 (21,9) | 25 (78,1) | <0,0001 |
| Trên BN đang sử dụng (N=25) | | | |
| Trung bình \pm SD (%) | 32,9 \pm 7,0 | 46,7 \pm 14,9 | <0,0001 |
| EF \geq 40%, n (%) | 5 (20,0) | 15 (60,0) | <0,0001 |

3.3.3. Sự thay đổi eGFR

Sự thay đổi eGFR so với thời điểm ban đầu được mô tả trong Hình 3. Nhận thấy có sự giảm nhẹ eGFR ở thời điểm 3 tháng (mức giảm 3,95

ml/phút/1,73 m²) và tiếp tục giảm ở thời điểm 6 tháng ($p<0,05$) sau khi dùng thuốc. Xu hướng này được ghi nhận rõ rệt hơn trên nhóm đang sử dụng ($p<0,05$).



Hình 3. Sự thay đổi eGFR so với thời điểm ban đầu.

3.3.4. Biến cố bất lợi

Nghiên cứu ghi nhận 20 biến cố bất lợi, bao gồm: hạ đường huyết, sần ngứa, khát nước, khô miệng, chóng mặt, tăng ure máu, ngủ kém, phù nhẹ, tiểu đêm, tiểu khó, suy thận cấp/ nặng hơn, ho (với tỷ lệ >1%). Hầu hết các biến cố ở mức nhẹ - trung bình, có 2 trường hợp nặng phải ngừng thuốc là suy thận cấp và nhiễm trùng đường sinh dục.

4. Bàn luận

Về đặc điểm chung, phần lớn BN trong nghiên cứu là người cao tuổi (80,7% từ 65 tuổi

trở lên), phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ĐTD típ 2 khó kiểm soát và suy tim EF giảm. Tuổi và giới tính của cả hai nhóm BN có sự tương đồng với các nghiên cứu trong nước [5, 6] và nghiên cứu trên thế giới [7]. Các bệnh mắc kèm ghi nhận được gồm tăng huyết áp, bệnh tim mạch do xơ vữa, rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao. Đặc điểm về bệnh mắc kèm tương đồng với các nghiên cứu sử dụng SGLT2i trước đó [8]. Thời gian theo dõi trung bình 4,4 tháng còn tương đối ngắn để đánh giá hiệu quả lâm sàng dài hạn, nhưng đủ để phản ánh mô hình sử dụng thuốc trong thực tế và nhận diện các biến cố bất lợi dẫn đến ngừng thuốc sớm.

Về đặc điểm cận lâm sàng, nhóm ĐTD típ 2 có HbA1c trung bình ở thời điểm ban đầu là

10,0%, cho thấy tình trạng kiểm soát đường huyết kém ở thời điểm khởi trị SGLT2i – một yếu tố nhân mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng SGLT2i nhằm đạt mục tiêu kép: kiểm soát đường huyết và giảm nguy cơ biến cố tim mạch – thận. Ở nhóm suy tim có EF ban đầu trung bình là 33,5%, phản ánh mức độ nặng của bệnh. Mức lọc cầu thận (eGFR) trung bình là 60,7 ml/phút/1,73 m², cho thấy BN trong nghiên cứu vẫn đảm bảo đủ chức năng thận để khởi trị SGLT2i. Chỉ có 1 trường hợp eGFR < 20 ml/phút/1,73 m² là BN đang dùng thuốc, trong thời gian theo dõi BN này đã ngừng SGLT2i khi bắt đầu chạy thận nhân tạo.

Tỷ lệ kê đơn SGLT2i trên tổng số BN trong danh sách là 72,5%, cho thấy việc triển khai Quy định đã cải thiện rõ rệt khả năng tiếp cận nhóm thuốc này. Ở nhóm ĐTD típ 2, tỷ lệ kê đơn liên tục tăng từ 29,3% lên 76,2%, vượt trội so với báo cáo ở bệnh viện khác như Bệnh viện Thanh Nhân, tỷ lệ kê đơn liên tục chỉ chiếm 7,7% và ít nhất 1 lần là 69,2% [6]. Ở nhóm suy tim có EF giảm, tỷ lệ kê đơn liên tục là 78,5%, thấp hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (87,9%) [5], nguyên nhân chủ yếu do một số BN không đến tái khám. Tổng số BN mới được kê SGLT2i là 131 (chiếm 59,0%), cho thấy sự chuyển biến tích cực trong thực hành lâm sàng: SGLT2i đã được tiếp nhận rộng rãi hơn, không còn bị xem là thuốc “đắt và xa lạ” như trước.

Về lựa chọn thuốc, dapagliflozin 10 mg chiếm ưu thế (80,0%), phản ánh thói quen kê đơn từ trước và yếu tố chi phí (giá thuốc dapagliflozin thấp hơn empagliflozin). Việc xuất hiện việc kê empagliflozin 25 mg bẻ đôi viên/ngày – dù giảm chi phí cho BN, nhưng mức liều 12,5 mg chưa được nghiên cứu và khuyến cáo trên lâm sàng, nên việc kê đơn này cần được xem xét lại. Tỷ lệ tuân thủ điều trị tốt (MPR ≥ 80%) đạt 77,9%, cao hơn so với nghiên cứu phân tích gộp từ 8 quốc gia về tỷ lệ số ngày có thuốc SGLT2i trong sáu tháng và 1 năm lần lượt là 59,5% và 49,0% [9].

Về hiệu quả điều trị trên nhóm ĐTD típ 2, mức giảm HbA1c 1,06% sau 3 tháng khởi trị SGLT2i là tương tự các nghiên cứu trước đây

[7]. Kết quả này ghi nhận xu hướng cải thiện kiểm soát đường huyết. Tuy nhiên, do BN được điều trị phối hợp với các thuốc hạ đường huyết khác, chưa thể khẳng định riêng vai trò của SGLT2i. Sau 6 tháng, mức giảm HbA1c không còn rõ rệt, có thể cho thấy hiệu quả điều trị đạt trạng thái ổn định theo thời gian, đồng thời gợi ý cần tiếp tục tối ưu hóa phác đồ để đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết chặt chẽ hơn. Trên nhóm suy tim, EF trung bình và tỷ lệ EF > 40% cải thiện cho thấy diễn tiến lâm sàng tốt lên trên BN được sử dụng SGLT2i. Tuy nhiên, hiệu quả của SGLT2i trên nhóm BN này thể hiện chủ yếu qua giảm nhập viện và tử vong hơn là cải thiện EF điều này đã được chứng minh ở nhiều nghiên cứu khác trên thế giới nhưng do thời gian theo dõi ngắn nên chưa được ghi nhận đầy đủ trong nghiên cứu của chúng tôi [11, 12].

Về chức năng thận, sự giảm eGFR nhẹ ban đầu là hiện tượng sinh lý do tác dụng gây co tiểu động mạch đến – đã được mô tả rõ trong các thử nghiệm DAPA-CKD và EMPA-KIDNEY [10, 13]. Các thử nghiệm này cũng ghi nhận về lâu dài, SGLT2i sẽ giúp làm chậm tốc độ suy giảm eGFR. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi eGFR định kỳ, đồng thời củng cố quan điểm rằng BN suy thận mạn nên được đưa vào nhóm ưu tiên sử dụng SGLT2i. Dữ liệu an toàn của thuốc trong nghiên cứu cho thấy hầu hết các biến cố bất lợi ở mức nhẹ - trung bình, kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trên thế giới, củng cố thêm tính an toàn của SGLT2i trong thực hành lâm sàng [14].

Nghiên cứu có một số hạn chế cần được xem xét khi diễn giải kết quả. Thứ nhất, thiết kế mô tả, theo dõi dọc không có nhóm đối chứng nên chưa cho phép xác định mối quan hệ nhân – quả giữa việc sử dụng SGLT2i và các kết quả lâm sàng. Thứ hai, BN được điều trị phối hợp với nhiều thuốc khác, do đó có thể tồn tại yếu tố nhiễu ảnh hưởng đến các chỉ số như HbA1c và EF. Ngoài ra, thời gian theo dõi còn tương đối ngắn và dữ liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án có thể chưa đầy đủ, ảnh hưởng đến khả năng đánh giá các kết cục dài hạn.

5. Kết luận

Việc triển khai quy định sử dụng thuốc ức chế SGLT2 tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang góp phần cải thiện khả năng tiếp cận và duy trì điều trị trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu ghi nhận xu hướng cải thiện kiểm soát đường huyết ở BN ĐTĐ típ 2 và cải thiện phân suất tổng máu ở BN suy tim trong thời gian theo dõi, đồng thời duy trì hồ sơ an toàn chấp nhận được. Tuy nhiên, do thiết kế nghiên cứu quan sát và việc sử dụng đồng thời các liệu pháp điều trị khác, chưa thể xác định riêng vai trò của SGLT2i đối với các kết quả này. Các nghiên cứu với thời gian theo dõi dài hơn và thiết kế phù hợp hơn là cần thiết để đánh giá đầy đủ hiệu quả lâm sàng, đặc biệt trên các biến cố tim mạch và thận

Tài liệu tham khảo

- [1] M. G. Minze, S. A. Xanthakos, Benefits of SGLT2 Inhibitors beyond Glycemic Control – A Focus on Metabolic, Cardiovascular and Renal Outcomes, *Expert Rev Clin Pharmacol*, Vol. 14, No. 6, 2018, pp. 509-517, <https://doi.org/10.2174/1573399813666170816142351>.
- [2] F. Crea, Focus on Heart Failure and Cardiomyopathies: New ESC Guidelines and Key Meta-Analyses, *European Heart Journal*, Vol. 44, No. 37, 2023, pp. 3487-3491, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehad647>.
- [3] American Diabetes Association Professional Practice Committee, Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes-2026, *Diabetes Care*, Vol. 49, No. Suppl. 1, 2026, pp. S50-S60, <https://doi.org/10.2337/dc26-S003>.
- [4] Ministry of Health, Guidelines for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure, Ministry of Health, Hanoi, 2022, pp. 5-23 (in Vietnamese).
- [5] M. X. Tien, K. T. Trang, Use of SGLT2 Inhibitors in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction According to Recommendations of the Vietnam Society of Cardiology, *Vietnam Med J*, Vol. 546, No. 3, 2022, pp. 325-329 <https://doi.org/10.51298/vmj.v546i3.12767> (in Vietnamese).
- [6] D. V. Rados, L. C. Pinto, Dose-Ranging Effects of SGLT2 Inhibitors in Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis, *Arch Endocrinol Metab*, Vol. 66, No. 1, 2022, pp. 68-76, <https://doi.org/10.20945/2359-399700000440>.
- [7] N. T. M. Anh, N. H. Duy, Analysis of Drug Utilization in the Treatment of Type 2 Diabetes Mellitus at Thanh Nhan Hospital, *J 108 Clin Med Pharm*, Vol. 20, Special Issue, 2025, pp. 98-106, <https://doi.org/10.52389/ydls.v20i0.2832> (in Vietnamese).
- [8] D. T. L. Anh, L. M. Hồng, Analysis of SGLT-2 Inhibitor Use in Hospitalized Heart Failure Patients at the Vietnam National Heart Institute – 108 Military Central Hospital, *Vietnam Med J*, Vol. 526, No. 1B, 2023, pp. 355-359, <https://doi.org/10.51298/vmj.v526i1B.5481> (in Vietnamese).
- [9] R. O. Asenso, B. W. Sahle, K. L. Chin, Poor Adherence and Persistence to Sodium Glucose Co-Transporter 2 Inhibitors in Real-World Settings: Evidence from a Systematic Review and Meta-Analysis, *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, Vol. 37, No. 1, 2021, pp. e3350, <https://doi.org/10.1002/dmrr.3350>.
- [10] H. J. L. Heerspink, B. V. Stefansson, Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease (DAPA-CKD), *N Engl J Med*, Vol. 383, 2020, pp. 1436-1446, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2024816>.
- [11] J. J. V. McMurray, S. D. Solomon, Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction (DAPA-HF), *N Engl J Med*, Vol. 381, No. 21, 2019, pp. 1995-2008, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1911303>.
- [12] M. Packer, S. D. Anker, J. Butler et al., Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure, *N Engl J Med*, Vol. 383, No. 15, 2020, pp. 1413-1424, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2022190>.
- [13] The EMPA-KIDNEY Collaborative Group, Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease, *N Engl J Med*, Vol. 388, No. 2, 2023, pp. 117-127, <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2204233>.
- [14] M. Atif, M. Hussain, Comparison of Efficacy and Safety Profile of Empagliflozin versus Dapagliflozin as Add-on Therapy in Type 2 Diabetic Patients, *J Ayub Med Coll Abbottabad*, Vol. 33, No. 4, 2021, pp. 593-597.