**Risg Cardiofasgwlaidd mewn Diabetes**

**Chwefror 2022**

**Dr Sarah Davies, Meddyg Teulu (GP), Cyfarwyddwr Gofal Sylfaenol, Cymunedol a Chanolraddol Bwrdd Iechyd Prifysgol Caerdydd a’r Fro ar gyfer Diabetes, Arweinydd Cymru Gyfan ar gyfer Diabetes mewn Gofal Sylfaenol a Phencampwr Clinigol Diabetes UK.**

0:01 **Cadeirydd:** Noswaith dda, hoffwn eich croesawu i gweminar AaGIC heddiw. Mae hwn yn rhan o gyfres barhaol diabetes. Felly heb oedi, fe wnâi eich rhoi yn nwylo Sarah Davies, sy’n bencampwr Diabetes UK, ac sydd wedi cyflwyno o’r blaen. Dwi’n siŵr bod rhan fwyaf ohonoch wedi ei gweld o’r blaen. Mai’n gwybod ei stwff am ddiabetes. Yn gyflwynydd andros o frwdfrydig. Rwy’n siŵr fydd o’n gyflwyniad gwych. Diolch, Sarah.

0:33 **Siaradwr:** Diolch yn fawr Nimish am y cyflwyniad caredig. Mae hi am fod yn fywiog os rydym yn trafod diabetes ar nos Fawrth tydi pawb! Felly diolch yn fawr i chi am ymuno gyda ni a diolch i chi am y gwahoddiad.

0:45 **Siaradwr:** Noswaith dda pawb. Fy enw i yw Sarah Davies. Rwy’n feddyg teulu yn gyntaf oll, rwy’n gweithio yng Nghanolfan Feddygol Woodlands yn Nhrelái yng Nghaerdydd, rwy’n gyfarwyddwr clinigol ar gyfer diabetes mewn gofal sylfaenol gyda Chaerdydd a’r Fro. Ac fel dywedodd Nimish, os oes rhywun wedi fy ngweld o’r blaen, rwy’n andros o angerddol am ofal diabetes o safon uchel mewn gofal sylfaenol. Ond heddiw mae’n tybio fod y ffocws am fod ychydig yn wahanol i mi ond hefyd yn andros o bwysig. A gobeithio bydd hynny’n amlwg yn ystod y drafodaeth heddiw. Ac rwy’n meddwl gall fod yn arwyddol iawn o ba mor gymhleth yw gofalu am bobl sy’n byw gyda diabetes math 2 mewn gofal sylfaenol. Rydym yn son am reoli risg cardiofasgwlar mewn diabetes.

1:31 **Siaradwr:** Wrth gwrs, rydym i gyd yn ymwybodol fod diabetes yn gysylltiol â nifer o gymhlethdodau. A dyna rydym wrth gwrs yn ceisio eu lleihau drwy’r amser, a hefyd yn wir eu hatal. A gallwn rannu'r rhain yn fras i’r cymhlethdodau microfasgwlaidd. Er enghraifft retinopatheg, clefyd aren ddiabetig, niwropathi. Ond bydd ffocws heddiw ar y cymhlethdodau macrofasgwlaidd, strôc, clefyd y galon a chlefyd prifwythiennol ymylol.

2:02 **Siaradwr:** Felly beth yw’r risgiau gormodol i sawl sy’n dioddef o ddiabetes? Mae gan bobl sy’n byw gyda diabetes gynyddiad deublyg mewn clefyd calon goronaidd â strôc, felly dwywaith yn fwy tebygol o ddioddef gyda chlefyd cardiofasgwlaidd atherosglerotig neu gael strôc, a hefyd gyda chynnydd o nod mewn risg o gynnydd mewn marwoldeb, o gymharu â rhywun heb ddiabetes. Hefyd mae ganddyn gynydd sylweddol mewn risg o gael methiant y galon a chlefyd prifwythiennol ymylol. Rwy’n meddwl bod methiant y galon yn ddiddorol iawn, ni fyddai’n trafod llawer am fethiant y galon heno, ond mae’n bendant yn rhywbeth sydd wedi dod i’r pen blaen, yn enwedig gan fod yr atalyddion SGLT2 wedi dod i’r amlwg fel triniaeth ar gyfer methiant y galon. Rydym wedi dechrau dod yn ymwybodol o’r risg o fethiant calon mewn pob sy’n byw gyda diabetes teip 2 a’r ffaith ei bod hi’n debygol bod y nifer sy’n cael diagnosis yn isel. Byswn i’n dweud yn sicr unwaith eich bod yn chwilio am fethiant calon gynnar mewn pobl gyda diabetes teip 2, rydych yn bendant am ddod o hyd iddo. Ac yn wir rydym yn gwybod fod clefyd prifwythiennol ymylol hefyd yn cael diagnosis yn anaml, ac eto wrth chwilio amdano byddwn yn debygol o ddod o hyd iddo. Ac rydym yn gwybod wrth gwrs os yw rhywun yn dioddef o glefyd atherosglerotig, fydd y clefyd i’w weld mewn nifer o wythiennau fasgwlar. Felly os yw rhywun yn dioddef o glefyd coronari'r galon, mae hi’n debygol byddent hefyd yn dioddef o glefyd prifwythiennol ymylol neu glefyd aml-lestr yr ymennydd.

Mae’n ysgrif andros o ddiddorol gafodd ei gyhoeddi yn ‘The Lancet’ cyn y Nadolig roeddwn eisiau rannu gyda chi. Felly mae clefyd fasgwlar yn bendant yn achos o farwolaeth amlwg mewn pobl gyda diabetes ar draws y byd. Ond yn ddiddorol mae’r data diweddaraf yn edrych ar ddata o Loegr yn 2018. Yn y DU nawr, canser yw’r achos mwyaf amlwg am farwolaeth mewn pobl gyda diabetes, ac wedi cymryd drosodd gan glefyd fasgwlar yn ddiweddar iawn fel y brîf achos o farwolaeth, oherwydd bod canlyniadau clefyd fasgwlar wedi bod yn gwella, ar yr ochr ataliad sylfaenol wrth gwrs, a sut mae ataliad eilaidd yn mynd ati i gynnal ymyrraeth, yn benodol yn y lleoliadau aciwt.

Fodd bynnag, fel y gwelwn yn yr ysgrif, mae’r risg marwoldeb yn gysylltiedig â chlefyd fasgwlar mewn pobl sy’n dioddef o ddiabetes yn llawer mwy amlwg na mewn pobl heb ddiabetes. Mae hyn yn seiliedig ar ddata o Loegr yn 2018, ble allwch weld y gyfradd marwolaethau yn gysylltiedig â phroblemau fasgwlar, 7.5 ym mhob 1000 claf os yn dioddef o ddiabetes, 4.3 os nad ydych, ac mae’r ffigyrau yn debyg ar gyfer merched. Felly dwywaith yn fwy tebygol o farw o broblemau fasgwlar na rhywun heb ddiabetes.

4:47 **Siaradwr:** Mae hon yn sleid sy’n agor y llygaid yn fy marn i, ac roeddwn eisiau ei rhannu gyda chi, yn dod a’r hyn rydym yn ei drafod yn gysylltiol â’r nifer o flynyddoedd bywyd allai cael eu colli gan rywun yn dioddef gyda diabetes a chlefyd cardiofasgwlar i’r pen blaen. Mae’r hyn yn dod o ddata cydweithio ‘Emergin Risk Factors’, os cymerwch sawl 60 oed gyda diabetes teip 2, bydd disgwyl i’r sawl yno os yn ddyn farw dim ond chwe blynedd yng nghynt na dyn heb ddiabetes. Ac os yn ddynes, dim ond saith mlynedd yng nghynt na rhywun heb ddiabetes. Felly rydym yn gallu gweld fod diagnosis o ddiabetes yn lleihau eich bywyd. Ond rydym yn gweld y rhifau yma yn dod yn weddol ddychrynllyd mewn pobl sy’n dioddef o ddiabetes a chlefyd cardiofasgwlar. Mae disgwyl i bobl sy’n dioddef o’r ddau glefyd farw 11 mlynedd yng nghynt i ddynion a 14 mlynedd i fenywod. Rwy’n credu fod y ffigyrau yno yn andros o arswydus. Ac wrth gwrs mae’n ei atgoffa ni unwaith bod claf wedi cael digwyddiad cardiofasgwlar, maent mewn perygl o golli blynyddoedd oddi ar eu bywyd. Felly wrth gwrs, rydym angen ymyrru yn fuan i geisio atal digwyddiad cardiofasgwlar rhag digwydd yn y lle cyntaf.

6:11 **Siaradwr:** Felly pam mae diabetes yn cario’r risg cardiofasgwlar cynyddol yma?Byddwch yn falch i glywed byddai ddim yn mynd trwy’r llwybrau pathoffisiolegol cymhleth sy’n ymglymedig a’r prosesau yma oherwydd i fod yn onest dydw i ddim yn tueddu i wneud hynny. Rydw i eisiau trafod yr ymarferoldebau, ond yn syml mae hypoglycaemia yn gysylltiedig â llwybrau rhagdueddol prifwythiennol, felly mae cynhyrchiad ‘advanced glycation’ cynnyrch terfynol gallwn weld yn y gornel waelod ochr chwith ar y sleid yma. Actifiant protein kinase C yn gysylltiol â hypoglycaemia yn llywio athrogenysis. Mae hyper-inswlinaemia hefyd yn gwneud hyn, sydd wrth gwrs yn gysylltiol ag ymwrthedd i inswlin gwaelodol rydym yn tueddu i weld mewn diabetes teip 2. Mae hynny yn arwain at aflonyddwch yn fetaboledd mewngellol asid brasterog, actifiant protein kinase a hefyd llwybrau TNF, sydd yn llywio atharogenysis. Wrth gwrs bydd nifer o bobl sy’n byw gyda diabetes hefyd yn dioddef o orbwysedd a hyperlipidaemia, sydd eto yn fecanwaith creu llwybrau pro atherogenic. Felly rydym yn dechrau gweld ein targedau yma i leihau risg cardiofasgwlar. Felly targedu ymwrthedd i hyperinsulinaemia, targedu hyperglycaemia, gorbwysedd ac wrth gwrs dyslipidaemia.

7:36 **Siaradwr:**

Felly beth ydw i eisiau ei wneud heno yw hongian yr hyn rydym wedi ei ddysgu ar astudiaeth achos ffug, a meddwl drwy sefyllfa gyda chlaf alla i neu chi weld yn y feddygfa yfory.

Dyma David. Gadewch i ni gyfarfod David dros yr awr a 40 munud nesaf. Dyn 49 mlwydd oed yw David, wedi cael diagnosis o ddiabetes teip 2 yn y 6 mis diwethaf, hanes meddygol o orbwysedd. Felly dyna sut gafodd diabetes teip 2 ei adnabod, ac roedd o’n cael profion gwaed ar gyfer sgrinio risg cardiofasgwlar. O ran ei ffordd o fyw, mae e’n gyn- ysmygwr, wedi llwyddo stopio ychydig o flynyddoedd yn ôl, ac mae’n gweithio mewn swyddfa, ond wedi gweithio o adref dros y blynyddoedd diwethaf, yn weddol eisteddol o ran ffordd o fyw. Meddyginiaethau presennol, mae o wedi cael ei roi ar metformin ar gyfer ei ddiabetes teip 2 ac mae e’n derbyn y dos uchaf posib o 1 gram dwywaith y dydd, ac mae o hefyd ar atalydd, ramipril 10mg. Mae gennym ychydig o ddata am David pan mae e’n dod am ei arolwg. Felly BMI David yw 30. Ei bwysau gwaed yw 142 dros 86. Mae gennym broffil lipid, cyfanswm cholesterol 5.8, LDL o 2.3 a HDL o 1.3. Beth ydych chi’n ei feddwl? Mae ei eGFR yn fwy na 90, ond mae ei ACR troethol wedi ei godi 4mg/mmol. Ac mae ei HBA1 yn 54 mmol/mol. Lot o ddata! Yn aml rwy’n meddwl bod diabetes teip 2 yn gallu bod yn drwm o ran data, wrth gwrs rydych eisiau meddwl am David fel person cyfan. Ond yn sicr mae’r swm yma o ddata yn gallu bod yn anodd ei brosesu. Lle ar y ddaear rydym yn cychwyn? Ble rydym yn blaenoriaethu pethau? Gadewch i ni ystyried HBA1c David i ddechrau. Ei HBA1c presennol ym 54 mmol/mol. Mae’n llawer is na nifer eraill o HBA1c rwyf wedi gweld yn ddiweddar, yn enwedig wrth i ni wella ar ôl COVID, mae nifer o bobl gyda HBA1c triphlyg, ai dyna yw eich profiad chi hefyd? Ond beth am darged statws HBA1c David?

9:54 **Siaradwr:** Dyma pryd allai weld os yw’r polau yn gweithio cyfeillion! Gennyf gwestiwn pôl i chi, dylai’r cwestiwn ddod fynnu ar eich sgrin a gallwch bleidleisio gyda’ch ateb. Felly beth ydych yn meddwl yw targed optimaidd HBA1c David? Hoffwch ei gael mor isel â 48 mmol/mol? Llai na 53 mmol/mol. Neu ydych chi’n hapus gyda 54, ac eisiau ei gadw yn is na 58 mmol/mol? Felly beth yr ydych yn feddwl yw eich targed optimaidd wrth drafod gyda David ac wrth edrych ar ei reolaeth glycemig? Beth yr hoffech ei gael at? Mae’n 54 ar y funud cofiwch, nai roi munud i bawb bleidleisio, a gobeithio fy’r atebion yn dod i fynnu fel hud a lledrith!

Hyfryd, diolch pawb. Felly mae rhan fwyaf o bobl eisiau mynd am y targed tynnaf sef llai na 48 mmol/mol, wedyn 53, ac mae rhai ohonoch yn hapus i fynd gyda llai na 58. Rydym yn gwybod wrth gwrs for rheolaeth glycemig yn bwysig iawn gyda diabetes teip 2, a dyna rydym wedi canolbwyntio arno am amser hir. Mae o wedi bod yn rhan bwysig iawn o reolaeth diabetes teip 2 and wrth gwrs yn parhau i fod yn bwysig ac rwy’n cytuno gyda hynny. Mae David yn ifanc, mae ar gychwyn ei daith diabetes teip 2. Rydym yn bendant eisiau dod a’r HBA1c i lawr a’i gadw yno mor hir â phosib, ac rwy’n cytuno, mae mynd am lefel is na 48 yn addas ar gyfer y dyn yma. Ond be fydd hynny yn ei wneud iddo?

11:25 **Siaradwr:** Felly beth ydym yn ei wybod am rôl rheolaeth glycaemig a risg cardiofasgwlar?Pa wahaniaeth mae o am ei wneud iddo ef? Wrth gwrs ni allai unrhyw un fynychu sgwrs diabetes heb glywed am astudiaeth UKPDS, mae’n astudiaeth hen erbyn hyn ond dal yn un da! Ac rydym yn seilio lot o’n gwaith arno. Felly wrth gwrs, roedd yr astudiaeth UKPDS yn cymharu rheolaeth glycaemig dwys gyda dull mwy llac mewn pobl newydd gael diagnosis o ddiabetes teip 2. Felly yn union fel ein claf David, a beth ddangosasant nhw i ni oedd ar ôl 10 mlynedd o reolaeth glycaemig dwys, roedd yno risg sylweddol o ddigwyddiadau microfasgwlaidd, yn enwedig retinopatheg, 25% lleihad risg cymharol, ond yn wir nid oedd lleihad arwyddocaol stategol mewn digwyddiadau cardiofasgwlar. Fe ddaeth hynny yn fwy arwyddocaol pan aethon yn nol 10 mlynedd wedyn, 10 mlynedd ar ôl yr astudiaeth, aethant yn nol eto ac roedd yno effaith mwy arwyddocaol ar ddigwyddiadau cardiofasgwlar ar y pryd. Ond lleihad mewn digwyddiadau micro fasgwlar oedd y canlyniad mwyaf ddaeth allan o’r astudiaeth UKPDS heb os. Ond mae astudiaethau mawr eraill yn edrych ar reolaeth glycaemig dwys wedi dangos yr un canlyniadau, fod unrhyw fudd ar gyfer risk macrofasgwlar ddim yn werth llawer. Gwelwch y llinellau llorweddol a’r siapiau sydd ar ochr chwith ein llinell fertigol, yn ffafrio rheolaeth fwy dwys, ond nid yw unrhyw un ohonynt yn arwyddocaol pan rydych yn bandio’r holl astudiaethau mawr at ei gilydd.

Felly yn Accord Advance UKPDF a VADT, rydych yn cael lleihad arwyddocaol mewn digwyddiadau cardiofasgwlar mawr o tua naw y cant, sydd yn bennaf yn cael ei lywio gan leihad mewn cnawdnychiant meicrocardial. Felly beth mae hyn yn ddweud wrthym? Ie, mae rheolaeth glycaemig yn bwysig, yn enwedig mewn lleihau cymhlethdodau microfasgiwlar, ond nid mor bwysig mewn lleihau risg cardiofasgiwlar.

13:25 **Siaradwr:** Ac yn wirmae hyn wedi arwain at newid yn y ffordd rydym yn meddwl am reolaeth gyffredinol pobl sydd gyda diabetes teip 2, wedi ei lywio gan brofion treial o’n cyfryngau newydd. A dwi’n hoff iawn o’r ffordd yma o feddwl am bethau. Felly ble yn y gorffennol roeddem yn canolbwyntio ar glwcos (glucocentric), felly yn canolbwyntio ar HBA1c, ac mae hynny yn bendant yn rhywbeth rwyf wedi ei wneud dros y blynyddoedd. Rydym nawr yn symud i geisio meddwl mwy am risg cyflawn cardiofasgwlar a hefyd lleihau marwolaethau cleifion sy’n dioddef o ddiabetes teip 2, wrth feddwl am yr ystadegau colled bywyd o’r sleid flaenorol. Wrth gwrs os gallwn wneud rhywbeth i leihau’r rhifau yno a helpu ein cleifion fyw yn hirach, mae hynny’n rhywbeth byswn i’n blês iawn o’i gyflawni. Felly yn lle bod yn ‘glucocentric’, hoffaf feddwl amdano nawr fel rhywbeth teirffordd. I gychwyn, rwyf dal eisiau lleihau HBA1c, yn enwedig i leihau'r cymhlethdodau micro fasgwlar. Ond rwyf hefyd eisiau dod i’r afael a ffactorau risk amlffactoraidd cardiofasgwlar. Fel pwysau gwaed, lleihau pwysau, darfyddiad ysmygu ac yn y blaen. Ac rydym angen meddwl am flaenoriaethu meddyginiaethau sy’n lleihau digwyddiadau cardiofasgwlar, yn enwedig mewn cleifion sy’n dioddef yn barod o glefyd cardiofasgwlar neu’r rheini sydd mewn peryg o ddatblygu. Yr atalyddion SGLT2 a rhai o’r derbynwyr gweithyddion GLP-1. Felly rydym wedi trafod rheolaeth glycaemig. Mae’n dal i fod yn bwysig, wrth gwrs ei fod o, yn enwedig mewn risg microfasgwlar. Ac yn enwedig gyda David, rydym eisiau ei leihau i lai na 48 mmol, os yw hynny yn bosib, a’i gadw yno mor hir â phosib i leihau ei amlygiad at ‘load over’ glycaemig dros y 5, 10, 15 hyd yn oed 20 mlynedd o’i daith diabetes teip 2. Ond beth am ymyrraeth aml ffactor? Beth am daclo’r holl ffactorau risk cardiofasgwlar?

15:23 **Siaradwr:** Hon yw un o’n hoff astudiaethau sydd bob tro yn fy atgoffa o ba mor bwysig yw hi i geisio gwneud ein gorau i fynd i’r afael a’r holl ffactorau risg cardiofasgwlar. Ei enw oedd astudiaeth STENO 2. Doedd hi ddim yn astudiaeth fawr, ac wedi ei lleoli yn Denmark. Fe ddechreuodd amser hir yn ôl, ac roedd yn edrych ar gleifion gyda diabetes teip 2 a microalbuminuria. Mae’n bwysig cofio wrth gwrs fod microalbuminuria yn arwydd o rybudd cynnar o glefyd diabetig yr aren, ond hefyd ffactor risg annibynnol cardiofasgwlar. A chofiwch mai gan David ein ffrind yn yr astudiaeth achos hon, ACR troethol uchel a microalbuminuria. Felly yn yr astudiaeth STENO 2 yma, ddim yn astudiaeth fawr, dim ond 160 o gleifion, fe gafodd y cleifion eu dewis ar hap, ac fe gafodd y cleifion reolaeth ddwys o’r holl ffactorau risg am wyth mlynedd. Felly rheolaeth ddwys o’u pwysau gwaed, targedau lipid isel iawn, help gydag ysmygu os oedd angen a rheolaeth glycaemig dwys, ac roedd yr holl bethau yma yn cael eu rheoli am gyfnod o wyth mlynedd. A’r hyn a ddangoswyd ar ddiwedd yr wyth mlynedd, oedd gostyngiad arwyddocaol mewn marwolaethau cardiofasgwlar ac yn wir farwolaeth o unrhyw achos. Gwelwch yma ostyngiad mewn risg o farwolaeth cardiofasgwlar o 13 y cant a gostyngiad mewn unrhyw fath o farwolaeth o 20 y cant. Mae'r rhain yn ostyngiadau risg enfawr. Ac felly rydym yn gwybod os allwn fynd i’r afael a’r pethau yma i gyd, gallwn wneud gwahaniaeth arwyddocaol. Ond y peth rwy’n hoffi’n arw am yr astudiaeth yma yw, eu bod nhw wedi mynd yn ôl 21ain o flynyddoedd yn ddiweddarach. Felly ar ôl wyth mlynedd fe adawodd lonydd i’r cleifion, ac mi ddaeth eu pwysau gwaed lan ychydig. Fe ddaeth eu lefel lipid yn uwch hefyd. Ac fe ddaeth y rheolaeth glycaemig i fyny hefyd. Pan aethant yn nol 21ain o flynyddoedd wedyn ac edrych eto, roedd modd gweld fod gan y cleifion hynny gafodd reolaeth aml-ffactor am wyth mlynedd lai o glefyd cardiofasgwlar na’r cleifion oedd heb gael y rheolaeth. Felly 15 y cant o ostyngiad risg mewn strôc ac wyth mlynedd ychwanegol o ddisgwyliad oes i gymharu gyda’r grŵp wnaeth ddim cael ymyrraeth aml-ffactor. Felly eto wrth drafod y nifer o flynyddoedd o fywyd all gael ei ychwanegu i fywyd claf os yw’r ffactorau yma i gyd yn cael eu hystyried. Mae gennym gleifion cymhleth gyda amlafiachedd ac amlgyffuriaeth. Sut allwn fynd i’r afael â rheolaeth glycaemig, pwysau gwaed, lipids, gostyngiad pwysau oherwydd ffordd o fyw ac ati mewn un arolygiad? Yn wir mae hyn yn anodd iawn.

18:02 **Siaradwr:** Felly os oes rhaid i chi flaenoriaethu, ble ddylai hynny gael ei wneud? Ble allwn gael y canlyniad gorau o ran lleihad risg cardiofasgwlar? Mae hwn yn ddata astudiaeth lefel poblogaeth epidemiolegeol, ond mae’n rhoi syniad da i ni o’r hierarchaeth ymyrraeth a gostyngiad mewn digwyddiadau cardiofasgwlar. Edrychwch ar y data yn y tabl yma, rydym yn edrych ar beth sy’n digwydd wrth ymyrru mewn gwahanol ffyrdd o ran y nifer o ddigwyddiadau cardiofasgwlar sy’n cael eu hatal ymhob 1000 claf dros gyfnod o 5 mlynedd. Felly os ydych yn gostwng HbA1c o 0.9 y cant, tua 10mmols mewn arian newydd! Gallwch atal wyth digwyddiad cardiofasgwlar. Os ydych yn gostwng colesterol, cyfanswm colesterol nawr o 1mmol pob litr, rydych yn atal 23 o’r digwyddiadau. Os ydych yn gostwng pwysau gwaed o 10 dros 5 mmols o fercwri, rydych yna tal 29 o’r digwyddiadau cardiofasgwlar. Rwy’n credu ei fod yn nodyn atgoffa defnyddiol, os rydych yn gwybod eich bod am flaenoriaethu ac eich blaenoriaeth yw gostyngiad mewn risg cardiofasgwlar. Mewn gwirionedd rheolaeth pwysau gwaed rhagorol yw’r factor bwysicaf, wedi’i ddilyn yn agos gan reolaeth lipid actif da, ac wedyn rheolaeth glycaemig. Sy’n nodyn atgoffa da o flaenoriaethu. Iawn, beth rydym am ei wneud i David? Ble ar wyneb y ddaear rydym am gychwyn ei ostyngiad risg cardiofasgwlar? Rydym wedi gweithio allan ei reolaeth glycaemig yn barod.

19:34 **Siaradwr:** Ond beth am ymyrraeth mewn ffordd o fyw? Wrth gwrs mae pob ymgynghoriad ar gyfer diabetes teip 2 yn cychwyn fel hyn, gyda nodyn atgoffa am ffordd o fyw. Sut y gallwn gymhorthi David i wneud y penderfyniadau iach yno fydd yn ei helpu ef gyda’i ddiet ac ymarfer corff? Gallai fod yn anodd iawn. Ble’r ydym ni gyda’r dystiolaeth? Mae alcohol wrth gwrs bob tro yn rhywbeth i drafod gyda rhywun fel David. Yw David yn yfed lot? Ydy hynny yn ychwanegu at ei risg cardiofasgwlar? Ac yn sicr mae yno gysylltiadau sydd wedi’u profi rhwng cymeriant uchel o alcohol a risg cardiofasgwlar cynyddol. Yn gyffredinol mae yno berthynas linellol sydd wedi ei harddangos gyda rhan fwyaf o glefydau cardiofasgwlar yn dangos mai'r lleiaf o alcohol sy’n cael ei yfed y gorau, y gorau yw yfed llai na 12 under yr wythnos. Mae gan ysmygu hefyd gysylltiad gyda risg cardiofasgwlar. Nid oes rhaid i mi ddangos hynny i chi, rydym am gefnogi David, er ei fod o’n gyn ysmygwr. Rydym eisiau cadw pethau fel yna i leihau ei risg cardiofasgwlar. Beth am ddiet? Yn aml yn bwnc dadleuol. Pa ddiet ydych am ei awgrymu i David er mwyn cael y canlyniad gorau o’i leihad risg? Felly lefelau tystiolaeth dda o ran gostyngiad mewn caffein a halen mewn gostwng gorbwysedd wrth gwrs. Beth am ba ddiet ar ôl hynny?Y broblem yw does dim tystiolaeth wych, reoledig hap-drial yn cefnogi un diet neu’r llall ar hyn o bryd. Gafodd yr astudiaeth yma gafodd ei chyhoeddi yn y New England Journal of Medicine ei galw yn astudiaeth PREDIMED ychydig o flynyddoedd yn ôl, roedd yn dangos efallai fod y ffordd Ganoldirol o feddwl am ddiet yn cael yr effaith fwyaf ar leihau digwyddiadau cardiofasgwlar mewn pobl gyda risg uchel o glefyd cardiofasgwlar. Ond yr hyn rwyf yn ei ddweud bob tro yw bod angen i’r diet fod yn un allai’r claf ei gynnal, ei glynu wrth a'i fforddio. Mae’n rhaid iddi fod yn does? Cyngor diet unigol. Ymarfer corff wrth gwrs, yn bendant wedi’i chysylltu yn agos gyda lleihau risg cardiofasgwlar.

Mae hwn yn un o fy hoff ddogfennau ynglŷn ag ymarfer corff, yn wir mae’n ychydig o flynyddoedd oed erbyn hyn. Roedd yn adroddiad ar y cyd gyda’r Colegau Brenhinol o’r enw ‘Exercise the miracle cure and the role of the doctor in promoting it’ mae’n werth ei ddarllen mae’n tynnu lot o dystiolaeth am amrywiaeth o glefydau gwahanol, yn cynnwys clefyd cardiofasgwlar wrth gwrs. Mae’n atgoffa ni bod cael rhywun sydd yn weddol lonydd o ran ymarfer corff, i fod hyd yn oed ychydig yn actif yn gallu lleihau’r nifer o farwolaethau cardiofasgwlar yn sylweddol. Maent yn dweud bod gostyngiad o 31% mewn marwolaethau cardiofasgwlar, wrth gael y person yno i symud dim ond ychydig. Felly rhywbeth bach i’n hatgoffa ein bod yn gallu gwneud gwahaniaeth sylweddol, hyd yn oed os yw’n teimlo nad ydych yn. Wrth drafod ymarfer corff aerobig, rydym yn gwybod fod gan ymarfer corff aerobig effaith arwyddocaol ar ostwng pwysau gwaed. Felly roedd yno meta-dadansoddiad yn y British Journal of Sports Medicine ychydig o flynyddoedd yn ol yn 2019, roedd yn dangos fod gan ymarfer corff aerobig yr un gallu i ostwng pwysau gwaed â chychwyn ar gyffur gwrth-gorbwysedd cyffredin. Am sgwrs hyfryd i’w chael ynte? Wel, mae eich pwysau gwaed wedi cynyddu ychydig, ond yn wir os allwch gychwyn gwneud ychydig o ymarfer corff rheolaidd, mae’n bosib allwn beidio ychwanegu’r feddyginiaeth yma, a dod a’r pwysau gwaed yno i lawr i ble mae o angen bod. A beth am reoli pwysau, wrth gwrs rydym eisiau cefnogi Dave i leihau ei bwysau ac i gael pwysau iach. Ac mae astudiaethau diddorol iawn wedi cael eu gwneud am bwysau a risg cardiofasgwlar, yn cynnwys un o’r enw “the EPIC study”, sy’n edrych yn bennaf ar y risk o ganser ynghlwm â gorbwysau a gordewdra. Ond maent hefyd wedi gwneud cangen cardiofasgwlar o’r astudiaeth hon, oedd yn dangos bod gormodedd o bwysau yn gysylltiol â chynnydd mewn risg cardiofasgwlar hyd yn oed pan fo pob dim arall o ran rheolaeth. Felly pan fo HbA1c yn iawn, a pan fod pwysau gwaed yn iawn, bydd gormodedd o bwysau yn dal i gael ei gysylltu gyda chynnydd mewn risg cardiofasgwlar. Ac wrth gwrs, rydym yn gwybod fod colli pwysau gyda diabetes teip 2 yn lleihau ymwrthedd i inswlin.

**23:33** **Siaradwr:** Weithiau gall annog newid mewn ffordd o fyw fod yn anodd iawn. A gallaf ddisgrifio sgyrsiau gyda chleifion diabetes teip 2 fel suddo calon weithiau, ond yn wir rydym yn gweld y cleifion hyn allai gael fwy o fudd o’r newidiadau hynny. Felly fel y dywedais, gall newid bach dal fod yn newid arwyddocaol a pheidiwch ag anghofio pŵer ein geiriau, gall pŵer ymyrraeth fer a’r iaith rydym yn ei ddefnyddio gwneud gwahaniaeth mawr. Cwpl o adnoddau gwych i’ch atgoffa o, mae Cymell i Symud wedi ei greu yng Nghymru gan CPD ar gyfer ymarfer cyffredinol, yn son am sut i gyfweld yn ysgogol, a sut i gael pobl i wneud ymarfer corff. Mae yno fideos hyfryd ar gael yno, a thechnegau cyfweld ysgogol i’w defnyddio mewn gofal sylfaenol. Felly cymerwch olwg ar Cymell i Symud. Adnodd arall byswn yn ei argymell yw ‘Moving Medicine’, mae gan hwn syniadau cyfweld sydd am glefydau penodol. Os oes gennych un munud neu pum munud neu ychydig yn hirach i gael sgwrs. Mae yno gwpl o adnoddau defnyddiol allwn eu defnyddio i fynd ati i ymyrryd wrth ysgogi newid mewn ffordd o fyw.

24:46 **Siaradwr:** Gadewch i ni edrych yn fanwl ar ragnodi mewn lleihau risg cardiofasgwlar mewn diabetes. Felly ydych chi’n meddwl, dyma eich ail gyfle i gymryd rhan yn y pôl gyfeillion. Ydych chi’n meddwl dylai David fod ar statin? I’w hatgoffa, mae David yn 49 oed newydd gael diagnosis o ddiabetes teip 2, mae ei BMI wedi codi ac mae ei LDL yn 2.3, gyda cholesterol uwch ben 5. Ydych chi’n meddwl dylai ef gael ei roi yn awtomatig ar statin? Ie neu Na? Beth ydych chi’n feddwl? Ydych chi’n rhoi David ar atorvastatin?

Iawn, hyfryd. Felly mae rhan fwyaf ohonoch wedi dweud Ie, ond mae rhai ohonoch yn dal yn nol a dweud na, efallai all David fynd heb statin ar y funud.

25:36 **Siaradwr:** Felly ble mae’r sail tystiolaeth a beth mae’r canllawiau yn ddweud ar hyn o bryd? I gychwyn, oes angen i ni wneud sgôr risg cardiofasgwlar gyda’n cleifion gyda diabetes? Wel mae’r cyfarwyddyd lipid NICE yn dyddio yn nol at 2014, felly ychydig yn hen, ac mae yno gynlluniau i’w ddiweddaru'r flwyddyn nesaf. Ond mewn gwirionedd, hyd yn oed pan wnaethpwyd diweddariad yn 2014, fe ddywedodd hwy dylai sgorio risg gael ei wneud ar gyfer pobl gyda diabetes teip 2 er mwyn unigoli therapi ataliol. Yn y gorffennol, yr agwedd yn bendant oedd rhagnodi statin i glaf unwaith iddynt gyrraedd 40 oed. Mae hynny oherwydd roedd cred bod cael diagnosis o ddiabetes teip 2 yn gyfartal i ddigwyddiad cardiofasgwlar ac felly yn debyg i ddull ataliol eilaidd. Ond mewn gwirionedd mae’r dystiolaeth yn dechrau dod yn amlwg nawr, rydym yn gwybod nad fel yna y mae hi, ac mae’r risg tua’r un faint ar ol 8 i 10 mlynedd o gael diabetes teip 2 neu mewn pobl sy’n datblygu clefyd cronig yn yr arennau. Felly weithiau gallwn ohirio rhoi statin i bobl sydd gyda risg llai na 10 y cant. Tydi hynny ddim yn lot o bobl, ond rydym yn gweld pobl ifanc yn cael diagnosis o ddiabetes teip 2. Felly yn sicr mae yno rhai sefyllfaoedd ble fydd y risg yn llai na 10 y cant. Wrth gwrs mae rhaid i ni ystyried risg hyd oes bywyd yn hynny, a chofio bod risg ond yn rhoi sgôr risg cardiofasgwlar deg mlynedd i ni. Felly efallai eich bod eisiau ystyried beth yw risg hyd oes cardiofasgwlar y person wrth gael y trafodaethau yma? A hefyd, yn gynyddol, rhaid i ni gofio am ferched mewn oed cael plant. Bydd llawer ohonom yn delio gyda phobl gyda diabetes teip 2 yn eu 20iau a’u 30au. Os ydych yn gofalu am ferched, mae’n werth ystyried ag yw’r ddynes yma yn ceisio cael babi? Ydw i wir eisiau ei rhoi hi ar statin? Ydi hi’n defnyddio ataliwr cenhedlu da ar y funud? Y rheswm arall rwy’n credu ei bod hi’n werth son am Qrisk, tu hwnt i therapi statin yw mai am ddod yn ffactor bwysig wrth wneud penderfyniadau triniaeth eraill, yn enwedig mewn pethau fel defnydd cynnar o atalyddion SGLT2. Fe grybwyllodd Nimish arno yn fyr, ond yr wythnos nesaf mae yno ddigwyddiad mawr yn digwydd cyfeillion! Mae’r canllawiau diabetes teip 2 NICE cyntaf yn cael eu rhyddhau'r wythnos nesaf. Rwyf wedi gweld draft. Ac mi wnâi rannu’r draft yn sydyn gyda chi mewn munud neu ddau, ond yn sicr maent yn edrych ar ddefnyddio Qrisk i benderfynu os dylai ddefnyddio atalyddion SGLT2, yn benodol yn fuan mewn triniaeth diabetes teip 2.

28:11 **Siaradwr:** Felly os rhoddwn wybodaeth David ar y cyfrifiannell Qrisk, QRisk 3 yw hwn, fe gafodd Qrisk 2 ddiweddariad mawr yn 2018, ond tydi hwn ddim yn than o systemau gofal sylfaenol eto, ond mae yno ddiddordeb i’w integreiddio yng Nghymru, a hefyd diddordeb ar draws Lloegr. Mae’n cynnwys ffactorau risg cardiofasgwlar fel iechyd meddwl drwg iawn, arthritis mwynegol ac ychydig o rai eraill a ddaw mewn diweddariad i ni cyn bo hir. Ond os roddwn y wybodaeth yma i mewn I Qrisk, mae ei sgôr cardiofasgwlar 10 mlynedd dros 15 y cant. Felly mae’n debyg byddwn yn ystyried cynnig statin i David.

28:54 **Siaradwr:** Felly gadewch i ni atgoffa ein hunain beth mae cyfarwyddyd NICE yn ei ddweud. Rwy’n siarad yn bennaf am ddiabetes teip 2 heno. Dyna yw’n bara menyn yng ngofal sylfaenol. Mae’n werth atgoffa ein hunain o’r cyfarwyddyd ar gyfer teip 1 rwy’n credu, oherwydd ys gwn i faint mae’r cyfarwyddyd yn cael ei ddilyn. Felly dyma mae NICE yn ei ddweud, mewn diabetes teip 1, dylai ystyried atorvastatin ar gyfer oedolion dros 18 oed gyda theip 1, a’i gynnig i bobl oedolyn dros 40 gyda diabetes teip 1, neu oedolion sydd wedi dioddef gyda diabetes teip 1 ers 10 mlynedd neu fwy. Nawr cofiwch, os yw rhywun yn cael diagnosis mewn plentyndod, gall y deng mlynedd yno ddod yn gynnar iawn mewn bywyd claf. Mae’r cyngor i ddefnyddio statin ar gyfer diabetes teip 1 yn gyngor cyffredin iawn. Mewn diabetes teip 2, byddwch yn gyfarwydd â hyn wrth gwrs, dylai ni gynnig atorvastatin 20mg os yw’r risg cardiofasgwlar 10 mlynedd yn uwch nag 10 y cant. Felly yn bendant sgwrs rydym angen ei gael gyda David yw ynglŷn âg defnydd o therapi statin er mwyn lleihau ei risg cardiofasgwlar. A chofiwch wrth gwrs, mewn ataliad eilaidd y dos 80mg o atorvastatin.

**30:06 Siaradwr:** Ond pa darged ydych yn anelu am? Yn bendant yn hanesyddol, rwyf wedi defnyddio dull rhagnodi ac anghofio gyda therapi satin, felly rwyf wedi penderfynu bod David angen bod ar 20mg o atorvastatin, rwy’n rhoi’r cyffur i David, a dyna ni. Ond oni ddylem ni fod yn mynd yn ôl i adolygu targedau a chodi dos yn araf? Wel yr ateb yw Ie mae’n debyg.

Felly yng ngyfarwyddyd NICE, mae’n dweud dylwn ni anelu am leihad o 40% mewn colesterol ‘non-HDL’. Dwi erioed wedi hoffi’r targed yna, ac rwy’n credu mai dyna’r rheswm dwi heb dalu llawer o sylw ato. Rydym yn cael cannoedd o ganlyniadau i edrych drwy. Oes gennym amser i gyfrifo os oedd lleihad o 40% yn eu colesterol non-HDL neu ddim? Yn bragmatig rwy’n anelu at efallai leihad o 1 mmol neu o leiaf llai na 5, os allai gael o i fan yno mae NICE yn ein hannog i drin at darged. Felly ystyriwch godi dos, newid i statin cryfach neu ychwanegu therapi arall megis ezetimibe neu gyfeirio ein cleifion risg uchel am ataliwr PCSK9 ble’n briodol. Nawr yn ddiddorol, os edrychwn ar sail y dystiolaeth dros y pump, chwe blynedd ers i NICE gyhoeddi eu cyfarwyddyd, mae’r tuedd wedi mynd tuag at dargedau LDL. Mae lot o dystiolaeth yn dangos mai LDL yw’r lipid mwyaf atherogenig a’r isaf y gorau. Does dim cromlin siâp J yma gyda LDL. Yr isaf gewch chi’r LDL, yr isaf yw’r risg cardiofasgwlar. Ac mae’r canllaw diweddar gan ein cydweithwyr Ewropeaidd yn wir yn dilyn hyn. Felly ar gyfer pob gostyngiad o 1 mmol/mol mewn LDL, rydym yn gweld lleihad o 22% mewn marwolaethau cardiofasgwlar a marwoldeb. Felly fe ddaeth y canllawiau lipid Ewropeaidd allan yn 2019 ac mae’n wir yn canolbwyntio ar reolaeth actif o lipids a thargedau LDL isel. Mae’n ganllaw da iawn, ac mae’n haenu pobl mewn i lefelau o risg cardiofasgwlar, ac mae’n rhoi targed LDL i chi i gyd fynd gyda’r lefel yno o risg. Rwy’n meddwl pan fydd NICE yn diweddaru eu canllawiau, byddent yn mynd mewn cyfeiriad tebyg.

32:19 **Siaradwr:** Felly rwyf am rannu’r grwpiau yno gyda chi, y grwpiau risg yno sy’n cychwyn ar risg cymedrol. Dydw i ddim am ddangos y grŵp risg isel i chi oherwydd bod pawb sydd yn dioddef gyda diabetes gyda risg cymedrol o glefyd cardiofasgwlar, yn ol y canllawiau Ewropeaidd. Felly gallwn weld er enghraifft, os oes gan rywun sydd wedi dioddef o ddiabetes am ddeg mlynedd neu fwy ddim niwed organau, ond efo ffactorau risg ychwanegol eraill megis gorbwysedd, byddent yn disgyn yn y grŵp Risg Uchel Ganol, ac rwyf wedi rhoi’r targed LDL ar y gwaelod. Felly gwelwch eu bod yn weddol isel. Yn y grŵp risg uchel yno, yn y canol rydym wedi bod yn anelu am LDL yn is na 1.8, ond beth os oes gan rywun glefyd cardiofasgwlar yn barod neu unrhyw niwed organau, yn cynnwys micro albuminuria oherwydd mae hynny yn niwed organ i’r aren, maent yn mynd i mewn i’r grŵp ochr dde, grŵp risg uchel iawn o glefyd cardiofasgwlar, yn ol y canllaw Ewropeaidd yma, gyda tharged LDL is na 1.4. Os nad allwch gyrraedd hynny, gostyngiad o 50% o’r waelodlin. Felly mewn gwirionedd, mae ein claf David yn y grŵp risg cardiofasgwlar uchel iawn, a dylem anelu am darged LDL isel iawn. Felly ie, rydym am siarad am ddechrau atorvastatin ac rydym am edrych ar beth mae hyn yn ei wneud i’w LDL. Wrth siarad yn gyffredinol, byddwch yn cael lleihad o 50% yn yr LDL gyda statin cryf, felly meddwl am efallai defnyddio atorvastatin 40mg, rydym yn gweld gostyngiad o tua 50% yn ei LDL. Efallai fydd angen codi’r dos neu ystyried ychwanegu ezetimibe ac efallai gallwn siarad mwy am ezetimibe nes ymlaen. Ond rwy’n sicr yn ei ddefnyddio yn fwy aml nawr, ac yn aml allai gael gostyngiad ychwanegol o tua 20%.

35:05 **Siaradwr:** Yn y cwestiwn pôl diwaethaf rydym wedi trafod HbA1c. Rydym wedi trafod ymyrraeth mewn ffordd o fyw, ac wedi gwneud lipids. Beth am bwysau gwaed? Felly pwysau gwaed David ar y funud yw 142 dros 86. Beth yw eich barn chi bobl? Beth yw targed optimaidd pwysau gwaed David? Beth ydych yn anelu am? Llai na 130 dros 90, llai na 140 dros 90 neu lai na 150 dros 90? Felly beth ydych yn meddwl dylai pwysau gwaed David fod? Pa rif sydd gennych yn eich pen? Rydym wedi gweld mai gorbwysedd yw’r peth pwysicaf allwn reoli er mwyn lleihau ei risg cardiofasgwlar. Felly beth ydych chi eisiau cael o lawr i? Diolch pawb. Gwych. Felly mae rhan fwyaf o bobl yn ymosodol, ac eisiau dod ag ef i lawr at lai na 130 dros 80. Rwy’n cytuno unwaith eto, yr isaf y gorau o ran tystiolaeth, yn enwedig mewn rhywun fel David, ifanc ddim yn fregus, dim llawer yn nhermau cydafiechedd. Rwy’n cytuno, rydych angen anelu’n weddol isel.

35:10 **Siaradwr:** Felly ble’r ydym ni gyda gorbwysedd? Beth yr ydym i fod yn ei wneud? O ran targedau, mae’r canllawiau diabetes teip 2 NICE yn dweud llai na 140 dros 80, neu ychydig yn is yn enwedig os yw rhywun yn dioddef o glefyd yr aren, llygaid neu cardiofasgwlar, ac wrth gwrs mae gan ein ffrind David micro albuminuria. Yn ddiddorol, mae NICE wedi ymlacio’r targedau yno ychydig. Felly pan gyhoeddwyd y canllawiau gorbwysedd NICE yn 2019, roedd pobl gyda diabetes teip 2 wedi eu cynnwys, a dywedant mai’r targed oedd llai na 140 dros 90 ar gyfer pawb gyda diabetes teip 2. Nawr mae ein ffrindiau ar draws y môr yn yr UD a hefyd yn Ewrop, yn anelu am y canllawiau is hynny. Llai na 130 dros 80, yn enwedig mewn pobl ifanc, os oes dim tystiolaeth o glefyd aren gronig. Ac wrth gwrs rydym eisiau unigoli targedau. Felly ie, mae NICE eisiau pawb gael llai na 140 dros 90, ac yn sicr dyna yw’r amcan, i gael pawb i lawr yn is na 140 dros 90. Mae gennyf nifer o gleifion gyda diabetes teip 2 sydd ddim efo pwysau gwaed is na hynny. Felly dwi’n bendant eisiau cael pawb i lawr at hynny. Ac rwy’n cytuno gyda beth ddywedoch chi yn y pôl. Rhywun fel David, sy’n ifanc ac yn cychwyn ar ei daith diabetes teip 2, risg hyd oes cardiofasgwlar uchel, byddwch eisiau dod a’i bwysau gwaed yn isel.

36:40 **Siaradwr:** Sut y dylen ni ei wneud? Beth ddywedai NICE yn eu canllawiau gorbwysedd diweddaraf yw y dylen fynd am atalydd ACEi neu atalydd derbyn angiotensin yn gyntaf i bawb sydd gyda diabetes teip 2, beth bynnag yw eu hoed. Felly hyd yn oed mewn pobl dros 55, os ydynt yn dioddef gyda diabetes teip 2, y cam cyntaf fydd ACEi neu ARB. Maent yn cydnabod y dylai fod yn atalydd ARB yn hytrach nag ACEi mewn cleifion du Affricanaidd neu o darddiad Affricanaidd Caribî. Ond cydnabyddir hefyd bydd hyd yn oed ARB wedi’i effeithio yn llai mewn pobl o darddiad ethnig, ac efallai bydd y bobl hynny angen triniaeth ychwanegol yn gynt. Yn ddiddorol, wrth fynd yn ol at ein ffrindiau Ewropeaidd, maen nhw yn hyrwyddo therapi deuol ar gyfer gorbwysedd o’r cychwyn, sydd yn syniad diddorol oherwydd fel yr ydym yn gwybod, bydd rhan fwyaf o gleifion yn cymryd 2 gyffur gwrth-gorbwysedd yn y diwedd, ac maent wedi dangos tystiolaeth dda o hyn. Ond mewn gwirionedd mae defnyddio dau gyffur o’r cychwyn cyntaf er mwyn dod a phwysau gwaed i lawr at ble’r ydych eisiau ef yn gynt gyda dos is o’r feddyginiaeth gyda llai o effeithiau yn syniad diddorol. Y pwynt arall i’w nodi cyn i ni symud ymlaen i’r rhan olaf, yw bod NICE yn cynghori y dylai ni wirio’r pwysau gwaed eistedd a sefyll mewn cleifion diabetes. Mae hyn yn berthnasol iawn wrth gwrs mewn oedolion hyn, ac rydym yn gwybod fod cwymp mewn osgo a phwysau gwaed yn fwy cyffredin mewn diabetes teip 2, yn enwedig mewn claf sydd wedi bod gyda diabetes teip 2 am gyfnod hir, ble fydd yno newropathi awtonomig yn digwydd. Felly mae’n sicr bod gwerth gwirio’r pwysau gwaed eisteddol a sefyll. Ac os ydyn yn nodi cwymp mewn osgo, yn enwedig mewn cleifion hŷn, mae NICE yn argymell trin y targed pwysau gwaed sefyll. Rwy’n meddwl fod hynny yn awgrym bach defnyddiol. Nawr gallwn ni ddim gorffen trafod rheolaeth risg cardiofasgwlar mewn diabetes heb sôn am y data treial canlyniad cardiofasgwlar newydd.

38:40 **Siaradwr:** Rwyf ond am gyffwrdd arno’n ysgafn, peidiwch â phoeni dydw i ddim am fynd i fanylder dwys yr holl astudiaethau yma, ond mae hyn yn dangos canlyniadau treial cardiofasgwlar ar gyfer y cyfryngau sydd wedi dod i’r amlwg i drin diabetes teip 2 ers 2013. Wrth gwrs mae rhai ohonynt wedi bod yn gyffrous iawn oherwydd for rhai o’r treialon yma wedi arddangos gostyngiad mewn risg cardiofasgwlar. Felly buddiant o ran clefyd cardiofasgwlar mewn pobl gyda diabetes teip 2. A gaiff y rhain eu hamlygu yma ar y sleid sy’n dangos buddiant positif. Atalyddion SGLT2 a nifer o weithydd derbyn GLP-1. Ac mae hynny’n golygu, pan rydym yn dewis meddyginiaeth i reoli diabetes teip 2, dylem ni ystyried effeithiau positif posib ar risg cardiofasgwlar o’r dewisiadau yno.

39:34 **Siaradwr:** Rwyf wedi llunio clorian i chi yn fan hyn, i’n hatgoffa pa feddyginiaeth diabetes sydd efo tystiolaeth o leihau risg cardiofasgwlar a’r rhain sydd â dim effaith o gwbl. Felly nid oes gan atalyddion DPP-4 sef glyptins, Sulfonylureas ac inswlin effaith ar risg cardiofasgwlar, mae gan Metformin Pioglitazone ychydig o dystiolaeth o ychydig o flynyddoedd yn ol, felly fe ddangosodd yr astudiaeth UKPDS rhai effeithiau positif at leihau clefyd cardiofasgwlar, yn enwedig yn y blynyddoedd i ddod ac yn benodol pan gaiff Metformin ei ddefnyddio, dim ond 340 o gleifion yn yr astudiaeth yno felly roedd y rhifau yn fach. Mae gan Pioglitazone dystiolaeth feddal iawn o ran lleihau risg cardiofasgwlar, yn benodol strôc mewn pobl gyda chlefyd cardiofasgwlar sefydledig neu yn y cleifion roedd wedi cael MI yn flaenorol. Fodd bynnag, mae’r dystiolaeth ar gyfer cyfryngau newydd, yr atalyddion SGLT2 a’r gweithydd derbyn GLP-1 yn llethol. Astudiaethau mawr, treialon enfawr, wrth gwrs wedi bod yn bynciau trafod brwd yn y byd rheoli diabetes yn y blynyddoedd diwaethaf. Mae’r atalyddion SGLT2 wedi bod yn fuddiol iawn ar gyfer methiant y galon, ac maent nawr yn feddyginiaeth methiant calon ar ben eu hunain. Ac roedd yno dystiolaeth dda i gefnogi gweithydd derbyn GLP-1 mewn lleihau clefyd cardiofasgwlar atherosclerotig. Sef ASCVD a strôc.

41:00 **Siaradwr:** Dyma felly yw’r cyngor rwyf wedi bod yn ei ddilyn wrth ragnodi ar gyfer diabetes teip 2 yn y blynyddoedd diwaethaf, wrth i ni ddisgwyl am ddiweddariad NICE. Tydw i ddim am fynd drwy’r manylder, ond dyma yw’r canllawiau Ewropeaidd ac Americanaidd ar gyfer diabetes teip 2 ar hyn o bryd. A bydd y cyfarwyddyd diweddaraf gan NICE hefyd yn mynd yn y cyfeiriad yno, ond ychydig yn wahanol byddwn yn gofyn inni i wneud penderfyniad os yw’r person yno yn dioddef o glefyd cardiofasgwlar sefydledig neu fethiant calon ar ol Metformin, neu os ydynt o risg uchel o gael clefyd cardiofasgwlar. Ac os ydynt, rydym yn dilyn ochr chwith yr algorithm rhagnodi yma. A’r hyn maent yn annog ni i wneud yw ychwanegu atalydd SGLT2 neu gweithydd derbyn GLP-1 ar ben Metformin arwahan i’r HbA1C. Felly hyd yn oed os yw rhywun fel David, sydd âg HbA1c o 54. Ac efallai eich bod yn hapus gyda’i rheolaeth, os ydynt yn risg uchel neu yn dioddef o glefyd cardiofasgwlar sefydledig, y cyngor yw y dylem ni ychwanegu’r cyfryngau yma ar gyfer gostwng eu risg cardiofasgwlar, er gwaethaf yr HbA1c. Ffordd o feddwl hollol wahanol am y ffordd gaiff meddyginiaethau diabetes teip 2 eu defnyddio.

42:14 **Siaradwr:** Beth mae NICE am wneud yn eu diweddariad yr wythnos nesaf? Mae yno lot o gyffro o amgylch hyn, mae’r diweddariad dal i fod yn ddrafft ar hyn o bryd, ond mae aderyn bach wedi dweud wrthyf na fydd o’n newid llawer pan fydd o’n cael ei gyhoeddi. Dyma ddarn bychan iawn o’r cyfarwyddyd, eto yn debyg iawn yn gofyn i ni benderfynu yn fuan os oes gan y person hwnnw glefyd cardiofasgwlar sefydledig neu yn risg uchel ar gyfer o glefyd cardiofasgwlar, ac yn benodol yn hyrwyddo defnydd cynnar o atalyddion SGL2 yn y grwpiau hynny. Gadewch i ni ddisgwyl am y cyfarwyddyd llawn pan gaiff ei ryddhau, ac rwy’n edrych ymlaen at ymuno gyda chi mis nesaf, rwy’n credu ei bod hi’n bwysig cynnal diweddariadau am hyn.

42:49 **Speaker:** Felly yn ol at David, beth ydym am wneud i David? Ble dylem gychwyn cyn i ni fynd at ychydig o gwestiynau heno? Rydym wrth gwrs am siarad gyda David am ymyrraeth mewn ffordd o fyw. Sut gallwn ei gefnogi gyda cholli pwysau, a gydag ymarfer corff er mwyn lleihau ei risg cardiofasgwlar. Rydym am drafod rheolaeth lipid, felly rydym am gynnig statin iddo ac rydym am ei ditradu a chofio ei fod o mewn grŵp risg cardiofasgwlar uchel. Felly rydym eisiau anelu am darged LDL isel, yn ddelfrydol rhywbeth is nag 1.4 yn ol y canllawiau Ewropeaidd. Rydym yn bendant eisiau cadw ei bwysau gwaed yn llai na 140 dros 90, dydy o ddim ond uwch ben hynny ar hyn o bryd gyda seitoleg o 142. Felly gadewch i ni gael David wneud mwy o waith monitro a gadewch i ni weld beth yw’r cymedr. Ac fel y dywedoch chi, dwi eisiau cael hwnnw ychydig yn is. Llai na 130 fysai’n wych, yn enwedig oherwydd ein bod yn gwybod fod ganddo ficro albuminuria. O ran rheolaeth glycaemig, ydy mai dal yn bwysig, yn enwedig ar gyfer risk microfasgwlar. Rydym eisiau ei leihau i lai na 53, hyd yn oed efallai llai na 48. A byswn yn meddwl ychwanegu atalydd SGLT2 nawr. Bydd yn helpu gyda’i HBA1c, ond fydd o hefyd yn amddiffyn ei galon a’i arennau. Cofiwch, mae ganddo ACR wedi’i godi, ac mae’r canllaw NICE CKD diweddar yn dweud dylai unrhyw un gydag ACR uwch ben 3 gael eu hystyried am atalydd SGLT2, ynghyd a’r atalydd ace mae’n cymryd yn barod.

44:16 **Siaradwr:** Felly casgliadau, mae gennyf gwpl o adnoddau i’w dangos i chi, ac wedyn mi fyddai’n dod at y cwestiynau os oes gan unrhyw un rhai i ni heno. Mae gan bobl sy’n byw gyda diabetes fwy o risg cardiofasgwlar na’r rhai sydd ddim yn dioddef. Mae rheolaeth ffactorau risg cardiofasgwlar amlffactor yn gysylltiol â’r canlyniadau gorau. Os gallwn geisio dod i’r afael a’r holl ffactorau risg cardiofasgwlar, rydym am ennill. O ran dyslipidemia, ie dylem ddefnyddio Qrisk er mwyn rhoi sgôr risg cardiofasgwlar, a chynnig atorvastatin mewn diabetes teip 2 pan fo risg 10 mlynedd rhywun dros 10%. Yn bendant rhaid symud yn fyd eang i edrych ar LDL gyda thargedau ffyrnig yn cael eu gosod. Rydym yn bendant eisiau rheoli’r pwysau gwaed, fel y gwelom bwysau gwaed yw’r ffactor risg cardiofasgwlar pwysicaf, anelu am 140 dros 90 a hyd yn oed yn is mewn cleifion fel David. Pan fo ni’n meddwl am ragnodi meddyginiaethau diabetes, rydym eisiau meddwl am flaenoriaethu’r meddyginiaethau lleihau glwcos sy’n dod gydag amddiffyniad cardiofasgwlar, yn enwedig yn ein cleifion risg uchel.

45:22 **Siaradwr:** Cyn i mi fynd Nimish ar gyfer eich cwestiynau, dyma gwpl o adnoddau, dim ond dwy neu dair sleid i’w hatgoffa chi. Felly os yr ydych yn gweithio gyda Chaerdydd a’r Fro, byddwch yn gyfarwydd â Community Health Pathways, mae pob llwybr gofal cymuned diabetes ar gael yno ac wedi’i diweddaru. Felly defnyddiwch nhw, a gobeithio byddent ar gael ar draws Cymru cyn bo hir. Dyma ddyddiad i chi gofio, hys bys digywilydd. Rydw’i yn eistedd ar bwyllgor y Primary Care Diabetes Society, ac mae’r gynhadledd PCDS bob tro yn un da i’w mynychu, a bydd yr un yng Nghymru yn ddigwyddiad wyneb yn wyneb ar ddydd Iau’r 12fed o Fai yn westy Jury’s Inn yng Nghaerdydd. Felly os hoffwch archebu lle, mae’n rhad ac am ddim i fynychu, ewch at wefan Primary Care Diabetes [www.diabetesonthenet.com](http://www.diabetesonthenet.coma) ac archebwch eich lle. Mi fydd yn ddiwrnod gwych.

46:12 **Siaradwr:** I orffen, peidiwch ag anghofio fod pawb yng Nghymru sydd yn dioddef gyda diabetes teip 2 nawr gyda mynediad at addysg strwythuredig ar-lein o’r enw MyDesmond, gall unrhyw un gael mynediad at hwn. Ewch at MyDesmond.Wales ac mae modd iddynt gofrestru am gyfrif. Mae’n rhad ac am ddim. Mae’n adnodd cymorth ar lein, yn syml mae yno lot o addysg yno ac adnoddau ar gael i gleifion sydd wedi cael diagnosis o ddiabetes teip 2. Mae’n adnodd gwych sydd yng Nghymru, ac rwy’n hoffi son amdanynt, wedi eu creu a’u datblygu yng Nghymru, adnodd gwych i’w defnyddio gyda chleifion. Dyma fideos meddygol, byr, wedi eu cyfeirio at gleifion i bobl eu gwylio ac i ddysgu am ddiabetes teip 2. Mae yno lwyth ohonynt allan yno, yn cynnwys rhai am yr arennau, ymyrraeth diet, gwellhad dros dro ac yn y blaen. Ar gael mewn amrywiaeth o ieithoedd hefyd, felly ewch i’r wefan ‘pocket medic’ sydd yn fan yma ar y sleid i chi.

47:05 **Siaradwr:** Iawn Nimish, dwi’n meddwl ei bod hi’n amser i mi roi’r gorau i siarad nawr, mae gennym ychydig o funudau am gwestiynnau os oes gan rywun rhai.

47:13 **Cadeirydd:** Diolch Sarah. Roeddhwn yn drosolwg gwych o reoli risg cardiofasgwlar mewn diabetes a lot o ddarnau andros o ddiddorol. Does dim cwestiynau,unai mai pawb yn andros o lwglyd ac eisiau gadael neu rydych wedi eu syfrdanu gyda’ch gwybodaeth. O’r cychwyn yn y sleidiau cynnar roedd merched yn gwneud yn waeth o ran marwoldeb, ai effaith ôl y cyfnewid yw hynny?

47:42 **Siaradwr:** Ie, mae yno ychydig o hynny yn bendant. Mae yno hefyd ychydig o dystiolaeth bod merched gyda diabetes a chlefyd cardiofasgwlar yn cael diagnosis o’r clefyd cardiofasgwlar yn hwyrach ymlaen. Mae gwerth cofio hynny dwi’n meddwl, cofio bod ein merched mewn risg uwch, ac i gael diagnosis iddynt yn gynt. Mae hynny’n dod gyda risg cynyddol perimenopos hefyd.

48:04 **Cadeirydd:** Na, roedd yn dda iawn iawn i mi. Y targedau LDL, y microalbuminuria, y gwirio Qrisk sydd yn wahanol i beth rydym ni wedi bod yn ei wneud yn y gorffennol, diddorol iawn iawn. Ac yn amlwg bydd y meddyginiaethau newydd yn cael eu defnyddio llawer mwy. Rwy’n gweld hynny yn barod yn dod allan o ofal eilaidd, ac rwy’n sicr byddent yn cael eu defnyddio yn fwy llydan gyda chanlyniadau gwell. Beth am golli pwysau a defnyddio meddyginiaethau i’w chwistrellu ar gyfer hynny? Yn amlwg, mae yno lot o drafodaeth o amgylch hynny a bydd rhai o’r meddyginiaethau i’w chwistrellu yn dod allan fel meddyginiaethau i’w chwistrellu unwaith yr wythnos, sy’n ei gwneud yn haws i’w defnyddio, ac efallai hyd yn oed ddim ar gyfer cleifion diabetes, cyn-diabetes neu’r bobl ar y ffin. Ac rwy’n credu bydd yno dabledi cyn hir hefyd felly fydd hynny hyd yn oed yn haws.

48:55 **Siaradwr:** Ie, maen nhw ar gael yn barod Nimish. Felly mae GLP1 yn faes cyffrous iawn mewn gwirionedd. Rydym yn gwybod fod GLP1 yn effeithiol iawn mewn lleihau HBA1C, ond maen nhw yn gyffuriau colli pwysau cryf iawn hefyd. Ac rydych yn gywir, rydym yn eu defnyddio mewn diabetes teip 2, ac yn aml byddwch yn gweld gostyngiad sylweddol mewn pwysau, a tydi pobl ddim yn malio am feddyginiaethau i’w chwistrellu unwaith yr wythnos, ac mae nifer ohonynt nawr yn feddyginiaethau i’w chwistrellu unwaith yr wythnos sydd yn wych. Ond mae yno dabled i’w llyncu ar gael yn barod. Felly tabled i’w gymryd unwaith y dydd Semaglutide, a gallwn ddefnyddio hwnnw oni bai bod ei gymryd yn ychydig o lol, rhaid ei gymryd ar stumog wag gyda sip bach iawn o ddŵr ac wedyn dim byd arall am 30 munud, felly ychydig o lol, ond yn bendant yn opsiwn arall ar gyfer GLP1. Ond yn bendant byddwn yn gweld GLP1 yn dod i mewn i’r maes colli pwysau tu allan i ddiabetes teip 2, yn barod mae gennym ddos uchel o Liraglutide yn cael ei fasnachu fel Saxenda sydd wedi cael ei drwyddedu ar gyfer colli pwysau tu allan i ddiabetes teip 2. Mae wedi cael gwerthusiad technoleg NICE, ac mae’n benodol iawn o ran y grŵp mae’n cael ei argymell i. Felly pobl gyda cyn-diabetes o dan glinig haen 3 ar gyfer rheoli pwysau felly yn weddol benodol ble rydym am weld defnydd ohono yn y GIG ond efallai bydd rhai cleifion yn cael y feddyginiaeth wedi ei ragnodi yn breifat. Yn sicr mae gennyf gwpl o bobl sydd yn mynychu clinigau rheoli pwysau preifat sydd yn cymryd Saxenda neu ddos uchel o Liraglutide. A dos uchel o Semaglutide fydd y peth nesaf i ddod allan. Data colli pwysau anhygoel o’r treialon, sydd wedi cael eu rhyddhau yn ddiweddar. Felly mae ar y ffordd yn bendant. Ond byddwn yn cael ei ddefnyddio mewn gofal sylfaenol ar gyfer colli pwysau, mae’n annhebyg. Maen nhw’n ddrud.

50:37 **Cadeirydd**: Diolch Sarah. Wel does dim cwestiwn arall. Roedd hon yn sgwrs wych diolch yn fawr iawn. Diolch yn fawr iawn Sarah.

50:46 **Siaradwr:** Diolch yn fawr iawn Nimish am fy ngwahodd. Diolch. Nos da pawb. Diolch.