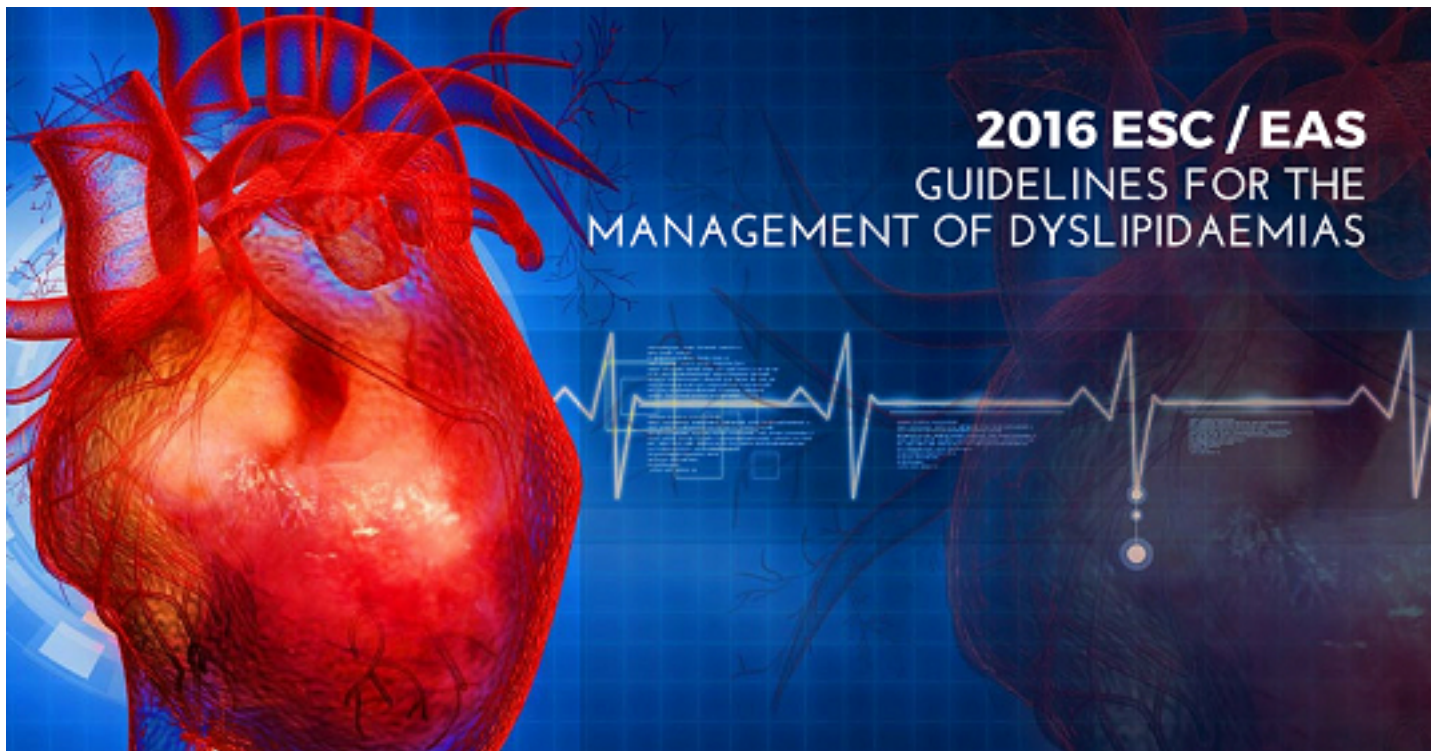


Bs Nguyễn Thị Nga - Khoa Nội tim mạch

Trong các hướng dẫn trước đây, vai trò của triglyceride như là một yếu tố nguy cơ tim mạch vẫn còn tranh luận nhưng đã làm rõ đây thiên về vai trò của các lipoprotein giàu triglyceride là yếu tố nguy cơ tim mạch. Các nghiên cứu tiến cứu lớn đã báo cáo, nồng độ triglyceride lúc không nhịn đói tiên đoán nguy cơ bệnh mạch vành mạnh hơn triglyceride lúc đói.

Nồng độ triglyceride lúc đói $\leq 1,7$ mmol/L (150 mg/dL) được mong đợi kiểm soát. Bước đầu tiên của chiến lược kiểm soát triglyceride huyết thanh là xem xét các nguyên nhân và đánh giá nguy cơ tim mạch toàn thể. Mục tiêu chính là đạt nồng độ LDL-C khuyến cáo dựa vào mức nguy cơ tim mạch toàn thể. So với chỉ số nguy cơ và lợi ích của giảm LDL-C, chỉ số nguy cơ và lợi ích của giảm triglyceride vẫn còn khiêm tốn, và chỉ yếu tố các phân tích đối chiếu nhóm hoc hữu ích. Tuy nhiên, với các chỉ số nguy cơ cao đây về triglyceride, một yếu tố nguy cơ tim mạch, có thể khuyến khích việc giảm triglyceride.



Mức độ nguy cơ bệnh tim mạch gia tăng nếu triglyceride lúc đói > 1,7 mmol/L (150 mg/dL) nhưng với các mức độ nguy cơ giảm triglyceride chỉ có thể xem xét những nguy cơ tăng nguy cơ cao khi triglyceride > 2,3 mmol/L (200 mg/dL) và không thể giảm bớt các biện pháp thay đổi lối sống. Các can thiệp bằng thuốc có sẵn bao gồm statin, fibrate, các chất PCSK9. Axit nicotinic hiện không được Ủy ban Dược phẩm Châu Âu EMA chấp thuận.

Khuyến cáo	MĐKC	MĐCC
Điều trị thuốc nên được xem xét ở các bệnh nhân nguy cơ cao với triglyceride > 2,3 mmol/L (200 mg/dL)	IIa	B
Điều trị statin có thể được xem xét như thuốc đầu tay để giảm nguy cơ bệnh tim mạch ở những người nguy cơ cao tăng triglyceride máu.	IIb	B
Ở các bệnh nhân nguy cơ cao với triglyceride > 2,3 mmol/L (200 mg/dL) mặc dù điều trị statin, fenofibrate có thể được xem xét phối hợp với statin.	IIb	C

THEO DÕI LIPID VÀ MEN γ BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ RỦI LỢI LIPID MÁU

Chẩn đoán các tổn thương nghi ngờ và xét nghiệm nào nên được thực hiện để theo dõi lipid ở các bệnh nhân đang điều trị còn hiện tại. Chẩn đoán cũng hiện tại với các xét nghiệm để tính nh ALT và CK. Các khuyến cáo sau bắt nguồn từ những nghiên cứu là y học chứng cứ.

Bao lâu nên xét nghiệm lipid?

Trước khi bắt đầu điều trị thuốc giảm lipid, nên thực hiện ít nhất hai lần xét nghiệm cách nhau 1-12 tuần, ngoại trừ các trường hợp cần điều trị ngay lập tức như bệnh nhân hạ cholesterol máu vành cấp và nguy cơ rất cao.

Bao lâu nên xét nghiệm lipid của bệnh nhân sau khi bắt đầu điều trị giảm lipid?

- 8 ($\pm$ 4) tuần sau khi bắt đầu điều trị
- 8 ($\pm$ 4) tuần sau khi chuyển liều điều trị trong phạm vi mức tiêu

Bao lâu nên xét nghi m lipid khi b nh nhân đ t m c tiêu ho c n ng đ lipid t i u?

Hàng năm (tr khi có các v n đ v tuân tr ho c các lý do chuyên bi t c n đánh giá th ng xuyên h n).

Bao lâu nên xét nghi m th ng quy men gan (ALT) b nh nhân đi u tr thu c gi m lipid?

- Tr c khi đi u tr
- M i 8-12 tu n sau khi b t đ u đi u tr m t thu c ho c sau khi tăng li u.
- Ki m tra th ng quy ALT sau đó không đ c khuy n cáo trong đi u tr gi m lipid.

Chuy n gì x y ra n u men gan tăng ng i đang s d ng thu c gi m lipid?

N u ALT < 3 l n gi i h n trên c a bình th ng (GHTBT):

- Ti p t c đi u tr
- Ki m tra l i men gan trong 4-6 tu n: N u tr s tăng ≥ 3 l n GHTBT :
- Ng ng đi u tr gi m lipid ho c gi m li u và ki m tra l i men gan trong vòng 4-6 tu n.
- Th n tr ng đi u tr l i có th đ c xem xét sau khi ALT tr v bình th ng.
- N u ALT v n còn tăng, tìm các nguyên nhân khác

Bao lâu nên xét nghi m CK b nh nhân đang s d ng thu c gi m lipid máu?

- Tr c khi kh i tr
- N u CK ban đ u g p 4 l n GHTBT, không kh i tr , ki m tra l i.
- Không c n thi t theo dõi th ng quy CK.
- Ki m tra CK n u b nh nhân đau c .
- Th n tr ng v b nh c và tăng CK c các b nh nhân có nguy c : ng i cao tu i, đi u tr t ng tác thu c đ ng th i, đi u tr nhi u thu c, b nh gan ho c th n, v n đ ng viên th thao.

Chuyển gì xảy ra nếu CK tăng ở người đang sử dụng thuốc giảm lipid?

- Đánh giá liều cho điều trị statin.
- Nếu ≥ 4 lần GHTBT:
 - Nếu CK > 10 lần GHTBT: ngừng điều trị, kiểm tra chức năng thận và theo dõi CK mỗi 2 tuần.
 - Nếu CK < 10 lần GHTBT: Bệnh nhân không triệu chứng, có thể tiếp tục điều trị giảm lipid trong khi theo dõi CK.
 - Nếu CK < 10 lần GHTBT: Bệnh nhân có triệu chứng, ngừng statin và theo dõi bình thường hóa CK trước khi tiếp tục điều trị liều với liều statin thấp hơn.
 - Xem xét khả năng tăng CK thoáng qua vì những lý do khác như gắng sức.
 - Xem xét bệnh cơ nếu CK vẫn còn tăng.
 - Xem xét điều trị phối hợp hoặc thay thế
- Nếu < 4 lần GHTBT:
 - Nếu không có triệu chứng cơ, tiếp tục statin (bệnh nhân nên được cảnh báo báo cáo triệu chứng, kiểm tra CK).
 - Nếu có triệu chứng cơ, theo dõi triệu chứng và CK thường xuyên.
 - Nếu triệu chứng kéo dài, ngừng statin và đánh giá liều triệu chứng sau 6 tuần; đánh giá liều cho điều trị statin.
 - Xem xét thay đổi điều trị liều với statin đang dùng hoặc statin khác.
 - Xem xét statin liều thấp với liều cách ngày hoặc một / hai lần mỗi tuần hoặc điều trị phối hợp.

Tóm lại, hướng dẫn về rủi ro lipid máu của ESC/EAS 2016 kết quả của những quan điểm và khuyến cáo của hướng dẫn cách đây 5 năm, đáng thú vị cập nhật thêm những khuyến cáo mới từ kết quả của các nghiên cứu và sự ra đời của các thuốc mới. Hướng dẫn mới này của ESC/EAS sẽ giúp các bác sĩ chẩn đoán những triệu chứng tiềm ẩn trong việc quản lý các bệnh nhân rối loạn lipid máu, góp phần cải thiện các biện pháp tìm kiếm cho bệnh nhân và giảm gánh nặng toàn cầu của bệnh tim mạch do xơ vữa.