



**HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM**  
*Vietnam National Heart Association*

# **KHUYẾN CÁO VỀ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU 2015**

[www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)

## DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

<b>Apo:</b>	Apolipoprotein
<b>BTM:</b>	Bệnh tim mạch
<b>CK:</b>	Creatine Kinase
<b>CKD:</b>	Bệnh thận mạn
<b>CRPhs:</b>	C-reactive protein high-sensitivity
<b>CT:</b>	Cholesterol toàn phần
<b>ĐTĐ:</b>	Đái tháo đường
<b>HCCH:</b>	Hội chứng chuyển hóa
<b>HDL-C:</b>	Lipoprotein Cholesterol tỉ trọng cao
<b>LDL-C:</b>	Lipoprotein Cholesterol tỉ trọng thấp
<b>Lp:</b>	Lipoprotein
<b>Non-HDL-C:</b>	Lipoprotein Cholesterol không HDL
<b>NMCT:</b>	Nhồi máu cơ tim
<b>TG:</b>	Triglycerid
<b>TV:</b>	Tử vong
<b>YTNC:</b>	Yếu tố nguy cơ

# BẢN TÓM TẮT

## Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn Lipid máu của Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam 2015

- **Trưởng ban:** GS. TS. Đặng Vạn Phước

- **Điều phối viên và thư ký:** PGS. TS Trương Quang Bình

- **Hội đồng:** GS.TS Đặng Vạn Phước (*trưởng tiểu ban*), GS.TS Phạm Gia Khải, GS.TS Nguyễn Lâm Việt, GS.TS Huỳnh Văn Minh, GS.TS Đỗ Doãn Lợi, PGS.TS Phạm Nguyễn Vinh, PGS.TS Nguyễn Thy Khuê, PGS.TS Đinh Thu Hương, PGS.TS Trần Văn Huy, PGS. TS Võ Thành Nhân, PGS.TS Châu Ngọc Hoa, BS.CKII Nguyễn Thanh Hiền, PGS.TS Trương Thanh Hương, PGS.TS Nguyễn Khoa Diệu Vân, PGS.TS Nguyễn Quang Tuấn, PGS.TS Nguyễn Văn Trí, TS.BS Đỗ Quang Huân, TS.BS Hồ Huỳnh Quang Trí, TS.BS Nguyễn Huy Thắng.

### I. PHẦN MỞ ĐẦU

#### 1. Phân nhóm khuyến cáo

Bảng 1. Phân nhóm khuyến cáo

Nhóm khuyến cáo	Ý nghĩa
I	Phải dùng
IIa	Nên dùng
IIb	Có thể dùng
III	Không dùng

## 2. Mức chứng cứ

**Bảng 2. Mức độ chứng cứ của khuyến cáo**

Mức chứng cứ	Căn cứ vào
A	Số liệu từ nhiều thử nghiệm lâm sàng phân nhóm ngẫu nhiên hoặc phân tích gộp
B	Số liệu từ 1 thử nghiệm lâm sàng phân nhóm ngẫu nhiên hoặc nhiều nghiên cứu lớn không ngẫu nhiên
C	Đồng thuận ý kiến của các chuyên gia hoặc từ các nghiên cứu nhỏ, nghiên cứu hồi cứu, nghiên cứu sơ bộ

## II. CHẨN ĐOÁN RỐI LOẠN LIPID MÁU

### 1. Đối tượng cần được khảo sát Lipid máu

**Bảng 3. Khuyến cáo về việc thực hiện xét nghiệm Lipid để đánh giá nguy cơ tim mạch**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Thực hiện bộ xét nghiệm Lipid ở các đối tượng bị ĐTD típ 2	I	C
Đã chẩn đoán xác định BTM	I	C
Tăng huyết áp	I	C
Hút thuốc lá	I	C
BMI $\geq 25$ kg/m <sup>2</sup> hoặc vòng eo $> 90$ cm đối với nam hoặc $> 80$ cm đối với nữ	I	C
Tiền sử gia đình có người mắc BTM sớm	I	C
Bệnh viêm mạn tính	I	C
Bệnh thận mạn tính	I	C

**Bảng 3. Khuyến cáo về việc thực hiện xét nghiệm Lipid để đánh giá nguy cơ tim mạch (tiếp)**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Tiền sử rối loạn Lipid máu có tính chất gia đình	I	C
Có thể xem xét thực hiện bộ xét nghiệm Lipid ở nam > 40 tuổi hoặc nữ > 50 tuổi	IIb	C

## 2. Các xét nghiệm Lipid cần có

*Trong thực hành lâm sàng các xét nghiệm Lipid máu thường qui là:*

- Cholesterol toàn phần (CT),
- Lipoprotein Cholesterol tỉ trọng cao (HDL-C),
- Lipoprotein Cholesterol tỉ trọng thấp (LDL-C),
- Triglycerid (TG).

**Công thức Friedewald để tính nồng độ LDL-C:**

Tính bằng mmol/l:  $LDL-C = TC - HDL-C - TG/2,2$

Tính bằng mg/dl:  $LDL-C = TC - HDL-C - TG/5$

**Bảng 4. Khuyến cáo về phân tích Lipid máu để mô tả đặc điểm rối loạn Lipid máu trước điều trị**

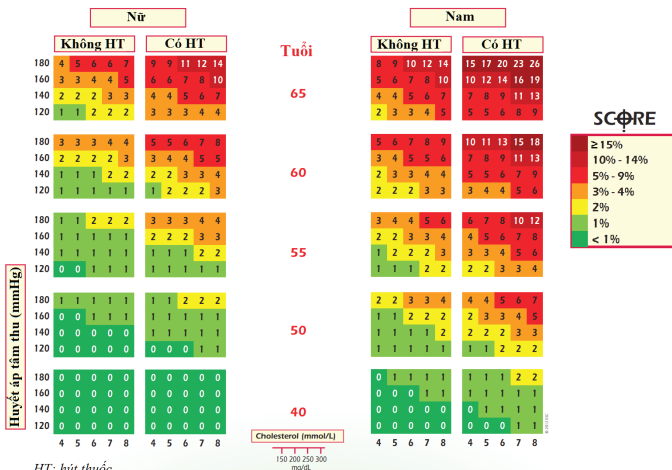
Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
LDL-C: là thành phần chủ yếu trong phân tích Lipid máu.	I	C
TG: bổ sung thông tin về nguy cơ, đồng thời được chỉ định sử dụng trong chẩn đoán và điều trị.	I	C

**Bảng 4. Khuyến cáo về phân tích Lipid máu để mô tả đặc điểm rối loạn Lipid máu trước điều trị (tiếp)**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
HDL-C: được khuyến cáo để phân tích trước khi bắt đầu điều trị.	I	C
Cholesterol không HDL (Non-HDL-C): nên được phân tích để mô tả thêm đặc điểm của rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ, HCCH hoặc CKD.	IIa	C
Apo B: nên được phân tích để mô tả thêm đặc điểm của rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ, HCCH hoặc CKD.	IIa	C
Lp(a): nên được phân tích trong các trường hợp chọn lọc có nguy cơ cao và các bệnh nhân có tiền sử gia đình có người mắc BTM sớm.	IIa	C
CT: có thể được xem xét nhưng thường không đủ để mô tả đặc điểm của rối loạn Lipid máu trước khi bắt đầu điều trị.	IIb	C

### III. PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH

#### 1. Thang điểm SCORE



**Hình 1. Thang điểm SCORE**  
dành cho các nước nguy cơ tim mạch thấp

Thang điểm SCORE dự báo tỉ lệ mắc BTM gây tử vong trong 10 năm. Thang điểm được trình bày dạng biểu đồ màu, có 2 biểu đồ riêng cho nhóm các nước nguy cơ cao (chủ yếu là các nước Tây Âu) và nhóm các nước nguy cơ thấp (chủ yếu là các nước Đông Âu). Tại Việt Nam, chúng ta sử dụng biểu đồ cho nhóm các nước nguy cơ thấp. Chúng ta có thể tải về máy tính cá nhân (miễn phí) từ địa chỉ [www.heartscore.org](http://www.heartscore.org).

## **2. Phân tầng nguy cơ tim mạch**

### **2.1. Nguy cơ rất cao:**

Bao gồm các đối tượng có bất kì một hoặc những yếu tố nguy cơ sau:

- BTM đã được chẩn đoán xác định bằng các thăm dò xâm lấn hoặc không xâm lấn (như chụp mạch vành, xạ hình tưới máu cơ tim, siêu âm tim gắng sức, mảng xơ vữa động mạch cảnh trên siêu âm), tiền sử NMCT, hội chứng mạch vành cấp, can thiệp mạch vành qua da, phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành và các thủ thuật can thiệp động mạch khác, đột quỵ do thiếu máu cục bộ, bệnh động mạch ngoại biên.

- Bệnh nhân ĐTD týp 2 hoặc ĐTD týp 1 có tổn thương cơ quan đích (Ví dụ: Albumin niệu vi thể).

- Bệnh nhân CKD mức độ trung bình-nặng (MLCT <60 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup>).

- Điểm SCORE  $\geq$  10%.

### **2.2 Nguy cơ cao:**

Bao gồm các đối tượng có bất kì một hoặc những yếu tố nguy cơ sau:

- Có yếu tố nguy cơ đơn độc cao rõ rệt như rối loạn Lipid máu có tính gia đình hay tăng huyết áp nặng.

- Điểm SCORE  $\geq$  5% và < 10%.

### **2.3 Nguy cơ trung bình:**

- Các đối tượng được xem là có nguy cơ trung bình khi điểm SCORE  $\geq$  1% và < 5%.

### **2.4 Nguy cơ thấp:**

- Các đối tượng được xem là có nguy cơ thấp khi điểm SCORE < 1%.



## IV. ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU

### 1. Mục tiêu điều trị

**Bảng 5. Khuyến cáo về phân tích Lipid như mục tiêu điều trị trong phòng ngừa bệnh tim mạch**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
LDL-C được khuyến cáo như mục tiêu thứ nhất để điều trị.	I	A
CT nên được xem là mục tiêu điều trị nếu các chỉ số xét nghiệm Lipid khác không có sẵn.	IIa	A
Non-HDL-C nên được xem là một mục tiêu thứ hai trong điều trị rối loạn Lipid máu, đặc biệt là trong tăng Lipid máu hỗn hợp, ĐTĐ, HCCH hoặc CKD.	IIa	B
TG nên được phân tích trong thời gian điều trị rối loạn Lipid máu có nồng độ TG cao.	IIa	B
Apo B không được khuyến cáo là mục tiêu điều trị.	III	B
HDL-C không được khuyến cáo là mục tiêu điều trị.	III	C
Tỷ lệ Apo B/Apo A1 và non-HDL-C/HDL-C không được khuyến cáo là mục tiêu điều trị.	III	C

## 1.1 Mục tiêu điều trị đối với LDL-C

**Bảng 6. Khuyến cáo về mục tiêu điều trị đối với LDL-C**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Ở những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch RẤT CAO (BTM, ĐTĐ tít 2, ĐTĐ tít 1 có tổn thương cơ quan đích, CKD trung bình - nặng hoặc điểm SCORE $\geq 10\%$ ), mục tiêu LDL-C là $< 1,8$ mmol/l ( $\sim 70$ mg/dl) và/hoặc giảm LDL-C $\geq 50\%$ khi không thể đạt được mục tiêu điều trị.	I	A
Ở bệnh nhân có nguy cơ rất cao như bệnh nhân SAU HỘI CHỨNG VÀNH CẤP thì mức mục tiêu cần đạt là $< 1,8$ mmol/l ( $\sim 70$ mg/dl) và tốt hơn nữa là đạt đến mức 1,3 mmol/L (53 mg/dl).	I	B
Ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch CAO (các yếu tố nguy cơ đơn độc tăng rõ rệt, điểm SCORE $\geq 5\%$ đến $< 10\%$ ) nên xem xét mục tiêu LDL-C $< 2,5$ mmol/l ( $\sim 100$ mg/dl).	IIa	A
Ở những đối tượng có nguy cơ TRUNG BÌNH (điểm SCORE $> 1\%$ đến $\leq 5\%$ ), nên xem xét mục tiêu LDL-C $< 3,0$ mmol/l ( $\sim 115$ mg/dl).	IIa	C

## 1.2. Mục tiêu điều trị đối với non-HDL-C

Mục tiêu non-HDL-C được dùng khi mục tiêu LDL-C đã đạt được nhưng TG còn cao và/hoặc HDL-C còn thấp

**Bảng 7. Khuyến cáo về mức mục tiêu điều trị đối với non-HDL-C**

Phân tầng nguy cơ	Mức mục tiêu điều trị	
	Non-HDL-C (mg/dL)	LDL-C (mg/dL)
Thấp	< 130	< 100
Trung bình	< 130	< 100
Cao	< 130	< 100
Rất cao	< 100	< 70

130 mg/dL = 3,3 mmol/l; 100 mg/dL = 2,6 mmol/l; 70 mg/dL = 1,8 mmol/l

## 2. Ảnh hưởng của thay đổi lối sống lên nồng độ Lipid máu

**Bảng 8. Ảnh hưởng của thay đổi lối sống lên nồng độ Lipid máu**

Can thiệp vào lối sống để làm giảm nồng độ CT và LDL-C	Tầm quan trọng	Mức chứng cứ
Giảm chất béo bão hòa trong chế độ ăn	+++	A
Giảm chất béo dạng Trans trong chế độ ăn	+++	A
Tăng chất xơ trong chế độ ăn	++	A
Giảm Cholesterol trong chế độ ăn	++	B
Sử dụng các thực phẩm chức năng giàu Phytosterol	+++	A
Giảm trọng lượng thừa của cơ thể	+	B
Sử dụng sản phẩm Protein đậu nành	+	B
Tăng hoạt động thể lực thường xuyên	+	A
Sử dụng gạo men đỏ (red yeast rice)	+	B
Sử dụng các chất bổ sung Polycosanol	-	B

**Bảng 8. Ảnh hưởng của thay đổi lối sống lên nồng độ Lipid máu (tiếp)**

<b>Can thiệp vào lối sống để làm giảm nồng độ TG</b>	<b>Tầm quan trọng</b>	<b>Mức chứng cứ</b>
Giảm trọng lượng thừa của cơ thể	+++	A
Giảm uống rượu	+++	A
Giảm dùng Monosaccharide và Disaccharide	+++	A
Tăng hoạt động thể lực thường xuyên	++	A
Giảm tổng lượng Carbohydrate trong chế độ ăn	++	A
Sử dụng chất bổ sung của chất béo không bão hòa đa n-3	++	A
Thay thế chất béo bão hòa bằng chất béo không bão hòa đơn hoặc chất béo không bão hòa đa	+	B
<b>Can thiệp vào lối sống để làm tăng nồng độ HDL-C</b>	<b>Tầm quan trọng</b>	<b>Mức chứng cứ</b>
Giảm chất béo dạng Trans trong chế độ ăn	+++	A
Tăng hoạt động thể lực thường xuyên	+++	A
Giảm trọng lượng thừa của cơ thể	++	A

**Bảng 8. Ảnh hưởng của thay đổi lối sống lên nồng độ Lipid máu (tiếp)**

<b>Can thiệp vào lối sống để làm tăng nồng độ HDL-C</b>	<b>Tầm quan trọng</b>	<b>Mức chứng cứ</b>
Giảm Carbohydrate trong chế độ ăn và thay thế bằng chất béo không bão hòa	++	<b>A</b>
Sử dụng rượu vừa phải	++	<b>B</b>
Bỏ hút thuốc	+	<b>B</b>
Giảm dùng Monosaccharide và Disaccharide	+	<b>C</b>

+++ : *đồng thuận chung về ảnh hưởng đến nồng độ Lipid.*

++ : *ảnh hưởng ít rõ rệt đến nồng độ Lipid; các bằng chứng/ý kiến nghiêng về hiệu quả.*

+ : *bằng chứng mâu thuẫn; các bằng chứng/ý kiến ít xác định hiệu quả.*

### **Bảng 9. Các biện pháp thay đổi lối sống và lựa chọn thực phẩm để kiểm soát nguy cơ tim mạch**

Các khuyến cáo về chế độ ăn nên luôn tính đến thói quen ăn uống của địa phương, tuy nhiên, nên tăng cường quan tâm đến lựa chọn thực phẩm lành mạnh từ các nền văn hóa khác.

Nên ăn nhiều loại thực phẩm. Nên điều chỉnh năng lượng tiêu thụ để phòng ngừa thừa cân và béo phì.

Nên khuyến khích dùng trái cây, rau, các loại đậu, các loại hạt, ngũ cốc nguyên hạt, bánh mì, cá (đặc biệt là cá có dầu).

Nên thay thế chất béo bão hòa bằng các loại thực phẩm trên và với chất béo không bão hòa đơn và chất béo không bão hòa đa từ nguồn gốc thực vật để giảm lượng năng lượng tiêu thụ từ chất béo xuống < 35% tổng năng lượng, chất béo bão hòa xuống < 7% tổng năng lượng, chất béo dạng Trans xuống < 1% tổng năng lượng và Cholesterol xuống < 300 mg/ngày.

Nên giảm lượng muối xuống dưới 5 g/ngày bằng cách tránh muối bột và hạn chế muối trong nấu ăn bằng cách chọn các loại thực phẩm tươi hoặc thực phẩm đông lạnh không ướp muối; các loại thực phẩm đã chế biến và tiện lợi, bao gồm cả bánh mì, chứa nhiều muối.

Đối với những người dùng đồ uống có cồn, nên uống vừa phải (< 10-20 g/ngày đối với nữ giới và < 20-30 g/ngày đối với nam giới) và nên tránh ở bệnh nhân tăng TG máu.

Nên hạn chế dùng đồ uống và thực phẩm có đường, đặc biệt là nước ngọt, đối với bệnh nhân tăng TG máu

Cần khuyến khích hoạt động thể lực, hướng đến luyện tập thể lực thường xuyên hàng ngày, ít nhất là 30 phút/ngày.

Nên tránh hút thuốc lá và tiếp xúc với sản phẩm thuốc lá.

### 3. Điều trị tăng LDL-C

#### 3.1. Các bước điều trị tăng LDL-C

- Phân tầng nguy cơ tim mạch của bệnh nhân: rất cao, cao, trung bình, thấp.
- Xác định mức LDL-C mục tiêu tùy theo phân tầng nguy cơ của bệnh nhân.
- Chọn loại Statin với liều thích hợp để đạt được mức LDL-C mục tiêu.
- kê đơn, chỉnh liều Statin để đạt mức LDL-C mục tiêu.
- Theo dõi hiệu quả và tác dụng phụ của Statin.
- Thực hiện các biện pháp điều chỉnh lối sống và chọn lựa các thực phẩm có ảnh hưởng tốt đến LDL-C.

**Bảng 10. Khuyến cáo điều trị tăng LDL-C bằng thuốc**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Kê đơn Statin đến liều cao nhất được khuyến cáo mà bệnh nhân có thể dung nạp để đạt được mục tiêu điều trị.	I	A
Nếu không đạt được mục tiêu điều trị thì phối hợp Statin với thuốc ức chế hấp thu Cholesterol (Ezetimibe), nhất là trong bệnh cảnh CKD hoặc sau hội chứng vành cấp.	I	B
Thuốc ức chế hấp thu Cholesterol cũng có thể được xem xét trong trường hợp không dung nạp Statin.	IIb	C

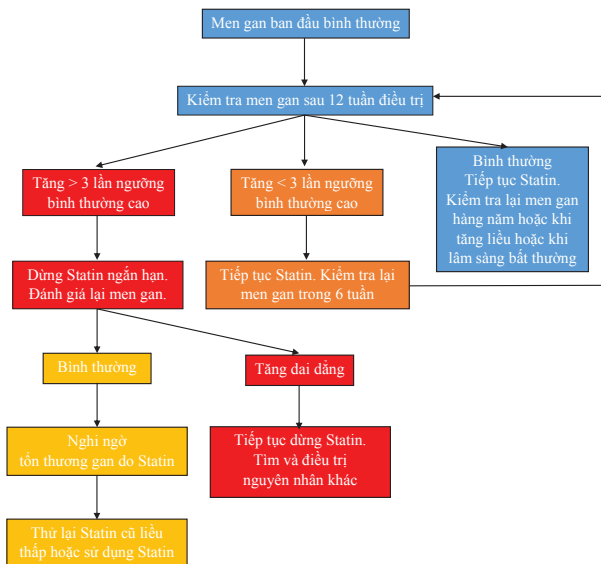
**Bảng 11. Liều dùng Statin**

<b>Statin mạnh (giảm <math>\geq 50\%</math> LDL-C ban đầu)</b>	<b>Statin trung bình (giảm 30 – 50% LDL-C ban đầu)</b>	<b>Statin yếu (giảm <math>&lt; 30\%</math> LDL-C ban đầu)</b>
AtorvaStatin 40 mg RosuvaStatin 20 mg	AtorvaStatin 10-20 mg RosuvaStatin 5 -10 mg SimvaStatin 20-40 mg PravaStatin 40 mg LovaStatin 40 mg FluvaStatin XL 80 mg FluvaStatin 40 mg PitavaStatin 2-4 mg	SimvaStatin 10 mg PravaStatin 10-20 mg LovaStatin 20 mg FluvaStatin 20-40 mg PitavaStatin 1 mg



## 3.2 Xử trí tình huống tăng men gan, tăng CK khi dùng Statin

### 3.2.1 Xử trí tăng men gan



**Hình 2. Sơ đồ theo dõi men gan khi điều trị Statin**

### 3.2.2 Xử trí tăng CK ở bệnh nhân đang dùng Statin

#### *Trường hợp CK > 5 lần ngưỡng bình thường cao:*

- Ngừng điều trị, kiểm tra chức năng thận và theo dõi CK mỗi 2 tuần.
- Đánh giá CK có tăng do nguyên nhân khác không ?
- Xem xét bệnh cơ nếu CK vẫn còn tăng.

#### *Trường hợp CK ≤ 5 lần ngưỡng bình thường cao:*

- Nếu không có triệu chứng tổn thương cơ, tiếp tục dùng Statin (hướng dẫn bệnh nhân theo dõi biểu hiện bệnh cơ, kiểm tra CK sau đó).
- Nếu có triệu chứng bệnh cơ, theo dõi triệu chứng và CK đều đặn.

## **4. Xử trí tăng TG máu**

### **4.1. Mục tiêu điều trị**

- Phòng ngừa viêm tụy cấp: Một trong các nguy cơ cao trên lâm sàng là khi TG tăng quá cao có thể gây viêm tụy cấp. TG cao chiếm tới 10% trong các nguyên nhân gây viêm tụy, đặc biệt khi TG tăng cao trên 10 mmol/l (880 mg/dl). Nhiều trường hợp xảy ra viêm tụy ngay cả khi TG chỉ 5-10 mmol/l (440-880 mg/dl).

- Phòng ngừa biến cố tim mạch: Có các phân tích ghi nhận rằng điều trị tăng TG bằng Fibrate có thể làm giảm 13% các biến cố tim mạch chính, chủ yếu là biến cố động mạch vành và lợi ích của Fibrate thể hiện rõ hơn khi TG >2,3 mmol/l (~200 mg/dl). Tuy nhiên, những nghiên cứu này chưa chứng minh được là Fibrate làm giảm được tỷ lệ tử vong chung.

### **4.2. Chỉ định điều trị**

- Khi TG  $\geq$  500 mg/dl: Dùng thuốc giảm làm TG phối hợp với các biện pháp thay đổi lối sống với mục đích phòng ngừa viêm tụy cấp.

- Khi TG từ 200 – 499 mg/dL: tính non-HDL-C và điều trị theo mục tiêu non-HDL-C (xem phần điều trị rối loạn Lipid máu hỗn hợp).

- Khi TG từ 150 – 200 mg/dl: điều chỉnh lối sống qua chế độ luyện tập và qua chế độ ăn kiêng, giảm cân nặng, bỏ hút thuốc lá...

Chú ý: Đa số các khuyến cáo về điều trị rối loạn Lipid máu của Hoa Kỳ đều không xem TG là một mục tiêu điều trị trong việc làm giảm biến cố của bệnh tim mạch do xơ vữa.

### **4.3. Điều trị bệnh nhân có Triglycerid cao và HDL-C thấp**

**Bảng 12. Khuyến cáo dùng thuốc điều trị Triglycerid cao**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Khuyến cáo dùng Fibrate	I	B
Axit béo n-3	IIa	B
Statin + Fibrate	IIa	B
Có thể xem xét kết hợp Fibrate với Axit béo n-3	IIb	B

**Bảng 13. Khuyến cáo điều trị HDL-C thấp**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Statin và Fibrate làm tăng HDL-C gần như nhau, có thể xem xét dùng	IIb	B
Hiệu quả làm tăng HDL-C của Fibrate có thể nhiều hơn ở bệnh nhân ĐTĐ	IIb	B

## 5. Điều trị rối loạn Lipid máu hỗn hợp

Cho đến nay, trong điều trị rối loạn Lipid máu, Statin vẫn là thuốc chọn lựa hàng đầu cho cả mục tiêu LDL-C và non-HDL-C, tuy nhiên khi không đạt mục tiêu hay kết quả điều trị hạ Lipid bằng Statin không như kết quả của khuyến cáo hay không dung nạp liều cao thì cần xem xét phối hợp thuốc, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao.

Sự phối hợp Statin và Ezetimibe đã có bằng chứng tốt qua nghiên cứu SHARP và IMPROVE IT (I, B).

Sự phối hợp Statin và những loại thuốc khác để cải thiện thêm mức LDL-C hay TG hay HDL-C thì bằng chứng từ các nghiên cứu ngẫu nhiên, có đối chứng còn hạn chế (IIb, C).

**Bảng 14. Khuyến cáo điều trị rối loạn Lipid máu hỗn hợp**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Trong rối loạn Lipid máu hỗn hợp, Statin vẫn là liệu pháp hàng đầu, khi không đạt mục tiêu LDL-C và non-HDL-C thì nên xem xét phối hợp thêm thuốc thứ hai.	IIb	C
Phối hợp Statin + Fibrate có thể ưu tiên xem xét, đặc biệt khi có HDL-C thấp và TG tăng.	IIb	B
Nếu TG vẫn chưa kiểm soát được bằng Statin hoặc Fibrate, có thể cho thêm Omega 3 vì nó cho thấy an toàn và dung nạp tốt dù hiệu quả còn khiêm tốn.	IIb	C

**6. Điều trị rối loạn Lipid máu ở một số nhóm bệnh nhân****6.1. Rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường****Bảng 15. Khuyến cáo điều trị rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Ở bệnh nhân ĐTĐ týp 1 có vi đạm niệu hoặc có bệnh thận, dùng Statin để giảm LDL-C (ít nhất là 30%) là chọn lựa đầu tiên bất kể mức LDL-C ban đầu là bao nhiêu.	I	C
Ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 có BTM hoặc CKD, và ở những bệnh nhân >40 tuổi có thêm $\geq 1$ YTNC tim mạch hoặc có dấu hiệu tổn thương cơ quan đích thì khuyến cáo mức LDL-C cần đạt là <70 mg/dl (1,8 mmol/l) và mục tiêu thứ hai là non-HDL-C là <100 mg/dl (2,6 mmol/l) và cho Apo B là <80 mg/dL.	I	B

**Bảng 15. Khuyến cáo điều trị rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường (tiếp)**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Mức LDL-C < 100 mg/dl (2,5 mmol/l) dành cho tất cả bệnh nhân ĐTĐ týp 2. Mục tiêu thứ hai là non-HDL-C < 130 mg/dl ( 3,3 mmol/l) và cho Apo B là < 100 mg/dL.	I	B

Nghiên cứu ACCORD đã cho thêm bằng chứng điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ có TG cao và HDL-C thấp: những bệnh nhân ĐTĐ có cả 2 rối loạn [TG > 2,3 mmol/L (204 mg/dL) và HDL-C < 0,88mmol/L (34mg/dL)] sẽ được hưởng lợi khi cho thêm Fibrate vào chế độ điều trị nền bằng SimvaStatin.

## 6.2. Rối loạn Lipid máu ở người cao tuổi

Xử trí rối loạn Lipid máu ở người cao tuổi cần lưu ý những điểm sau:

1. Nên cá thể hóa dựa theo tuổi niên đại, tuổi sinh học và bệnh đi kèm. Người cao tuổi có suy yếu hoạt động chức năng và/hoặc có nhiều bệnh lý đi kèm thì nên khởi đầu bằng liều thấp và tăng liều dần để đạt mục tiêu như người trẻ tuổi hơn.

2. Điều trị rối loạn Lipid máu trên người cao tuổi có lợi ích như trên người trẻ tuổi. Tuy nhiên, liều pháp Statin ở bệnh nhân trên 75 tuổi chứng cứ chưa đủ mạnh. Liều điều trị nên thấp hơn một nửa so với người trẻ tuổi hơn.

3. Người dưới 75 tuổi không suy yếu chức năng hoạt động ít bệnh đi kèm có thể sử dụng liều lượng thuốc tương đương người trẻ hơn và khi không dung nạp thì giảm liều thích hợp.

4. Người cao tuổi không có BTM và có ít nhất 1 YTNC tim mạch khác ngoài tuổi có thể cân nhắc và cá thể hóa trong điều trị.

5. Có thể cân nhắc điều trị thuốc ngoài Statin tùy trường hợp cụ thể, khi không dung nạp Statin hoặc mục tiêu điều trị chưa đạt.

**Bảng 16. Khuyến cáo xử trí rối loạn Lipid máu cho người cao tuổi**

Khuyến cáo	Loại	Mức chứng cứ
Người cao tuổi có BTM được dùng Statin giống như cách dùng cho người trẻ hơn	I	B
Bắt đầu Statin bằng liều thấp và chỉnh liều cẩn thận để đạt mục tiêu điều trị	I	C
Xem xét dùng Statin cho bệnh nhân cao tuổi không có BTM nhưng lại có thêm ít nhất 1 YTNC tim mạch khác	IIb	B

**6.3. Rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân đột quỵ hoặc tai biến máu não thoáng qua****Bảng 17. Khuyến cáo điều trị rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân đột quỵ**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Sử dụng Statin trên các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua có mức LDL-C $\geq 100$ m/dL, nhằm mục đích làm giảm nguy cơ đột quỵ và các biến cố tim mạch.	I	B
Sử dụng Statin trên các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua có mức LDL-C $< 100$ m/dL, nhằm mục đích làm giảm nguy cơ đột quỵ và các biến cố tim mạch.	I	C

**Bảng 17. Khuyến cáo điều trị rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân đột quỵ (tiếp)**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
<p>Những bệnh nhân bị đột quỵ thiếu máu não hay cơn thiếu máu não thoáng qua đồng thời có kèm các BTM do nguyên nhân xơ vữa khác, nên được điều trị theo các hướng dẫn điều trị Cholesterol của ACC/AHA năm 2013, bao gồm thay đổi lối sống, điều chỉnh chế độ ăn uống và các khuyến cáo dùng thuốc.</p>	I	A

*Việc điều trị rối loạn Lipid máu là một phần quan trọng trong chiến lược giảm nguy cơ đột quỵ tái phát đối với các bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua*

#### **6.4. Rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân có hội chứng vành cấp và can thiệp động mạch vành**

- Phải dùng Statin ngay khi có chẩn đoán là hội chứng vành cấp dù chưa có xét nghiệm Lipid máu.
- Phải dùng loại Statin cường độ mạnh như AtorvaStatin hoặc RosuvaStatin.
- Mục tiêu là LDL-C < 1,8 mmol/L (70 mg/dl).
- Cần kiểm tra lại Lipid máu sau 4-6 tuần điều trị để đánh giá đã đạt mức LDL-C mục tiêu chưa để chỉnh liều, hoặc thay đổi thuốc hoặc phối hợp thuốc.
- Theo ý kiến các chuyên gia tim mạch trong Hội Tim mạch Việt Nam: trong bệnh cảnh hội chứng vành cấp thì dùng ngay AtorvaStatin hoặc RosuvaStatin và sau đó nếu vẫn chưa đạt mục tiêu điều trị thì có thể phối hợp giữa Statin và Ezetimibe để đạt được mức LDL-C thấp hơn và giảm thêm được biến cố tim mạch.

***Bệnh nhân can thiệp động mạch vành qua da cũng thuộc nhóm nguy cơ rất cao.***

- Trường hợp can thiệp trong bệnh cảnh hội chứng vành cấp: dùng như khuyến cáo cho bệnh nhân hội chứng vành cấp vừa nêu trên.

- Trường hợp bệnh nhân hội chứng vành cấp đã dùng Statin dài hạn trước đó rồi thì dùng lại liều nạp như trong hội chứng vành cấp.

- Trường hợp can thiệp động mạch vành theo chương trình: dùng liều nạp Statin (AtorvaStatin 40 mg, RosuvaStatin 20 mg) trước can thiệp dù bệnh nhân có đang dùng Statin trước đó hay không.

Chỉ định dùng Statin trong can thiệp động mạch vành là nhằm giảm thiểu nguy cơ xảy ra các biến cố tim mạch chính trong giai đoạn quanh thủ thuật và đã được chứng minh là có lợi đến 12 tháng.

**6.5. Rối loạn Lipid máu ở người tăng Cholesterol máu có tính chất gia đình**

**Bảng 18. Khuyến cáo xử trí tăng Cholesterol máu có tính chất gia đình dị hợp tử**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Phải nghi ngờ là tăng Cholesterol có tính chất gia đình ở những người bị bệnh ĐMV sớm (nam <50 tuổi, nữ < 60 tuổi), ở những người có người thân bị BTM sớm hoặc ở những người nằm trong gia đình tăng Cholesterol có tính gia đình.	I	C
Khi có điều kiện thì phải chẩn đoán xác định bằng phân tích DNA.	I	C
Khi có người trong gia đình bị tăng Cholesterol thể dị hợp tử thì khuyến cáo thực hiện tầm soát cho cả gia đình.	I	C



**Bảng 18. Khuyến cáo xử trí tăng Cholesterol máu có tính chất gia đình dị hợp tử (tiếp)**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Dùng Statin cho bệnh nhân tăng Cholesterol thể dị hợp tử và khi cần thiết thì phối hợp với thuốc ức chế hấp thụ Cholesterol (Ezetimibe).	I	C
Con của người bị tăng Cholesterol có tính gia đình: - Chẩn đoán càng sớm càng tốt - Giáo dục chế độ ăn thích hợp - Uống thuốc điều trị vào thời điểm tuổi dậy thì	I	C
Khi chưa có BTM thì dùng Statin với mức mục tiêu như bệnh nhân nguy cơ cao, khi có biểu hiện BTM thì với mức mục tiêu như bệnh nhân nguy cơ rất cao. Dùng Statin liều tối đa (có thể dung nạp được) hoặc phối hợp thuốc để đạt mức LDL-C mục tiêu.	IIa	C

### 6.6. Rối loạn Lipid máu ở phụ nữ

Có rất nhiều nghiên cứu về điều trị rối loạn Lipid máu, tuy nhiên không có nghiên cứu nào chỉ thực hiện trên đối tượng là nữ. Trong những công trình nghiên cứu lớn thì số lượng đối tượng nghiên cứu là nữ cũng chiếm tỷ lệ khiêm tốn và các phân tích kết quả cũng thường không có phân tích riêng cho từng giới tính. Những nghiên cứu phân tích tổng hợp (meta - analysis study) đã chỉ ra rằng lợi ích của việc điều trị rối loạn Lipid máu là như nhau ở hai giới.

## **Bảng 19. Xử trí rối loạn Lipid máu ở phụ nữ**

Dùng Statin điều trị phòng ngừa tiên phát bệnh động mạch vành cho các phụ nữ có nguy cơ tim mạch cao.

Dùng Statin để điều trị phòng ngừa thứ phát cho phụ nữ có cùng chỉ định và mức mục tiêu như nam giới.

Không được dùng các thuốc điều trị rối loạn Lipid máu trong giai đoạn dự kiến có thai, đang mang thai hay đang cho con bú.

### **6.7. Rối loạn Lipid máu ở trẻ em**

Điều trị rối loạn Lipid máu ở trẻ em là điều trị không bằng thuốc (điều chỉnh chế độ ăn uống và luyện tập). Chỉ những trường hợp rối loạn Lipid máu có tính chất gia đình thì mới dùng thuốc để điều trị. Đến tuổi nào mới dùng được Statin là một điều chưa rõ ràng trên lâm sàng. Việc dùng Statin cho các bé trai trước 18 tuổi chỉ nên được xem xét cho những trường hợp có tiền sử gia đình đặc biệt nặng nề về bệnh động mạch vành.

### **6.8. Tăng Triglycerid ở bệnh nhân viêm tụy cấp**

- Đối với bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng TG, giảm TG là biện pháp điều trị loại bỏ nguyên nhân và mang lại hiệu quả cao với mục tiêu là giảm TG <500 mg/dl (5,7 mmol/l), đối với bệnh nhân tăng TG tấp 1 giảm TG <200 mg/dl (2,26 mmol/l) để phòng ngừa viêm tụy cấp tái phát.

- Có nhiều phương pháp để loại bỏ TG: lọc kép (double filter), lọc hấp phụ miễn dịch (immunoabsorption plasmapheresis), tách bỏ huyết tương (plasmapheresis), thay huyết tương (plasma exchange). Trong các phương pháp trên, thay huyết tương là phương pháp loại bỏ TG nhanh nhất và giá cả hợp lý nhất ở điều kiện kinh tế hiện tại. Thay huyết tương có thể được chỉ định khi TG >11,3 mmol/l hay TG >1000 mg/dl.

- Các thuốc uống hạ TG máu: nên dùng ngay khi bệnh nhân dung nạp thuốc :

- Nhóm Fibrate là lựa chọn hàng đầu trong trường hợp bệnh nhân tăng TG tiên phát, giúp giảm 40-60% hàm lượng TG.

- Nhóm Niacin không hiệu quả bằng nhóm Fibrate, giảm TG 30-50%: nên dùng liều thấp 300 mg/ngày sau đó tăng dần liều 2-4g/ngày.

- Nhóm Statin giảm TG tới 37%, nên dùng phối hợp với các nhóm trên sẽ làm tăng hiệu quả điều trị.

- Omega 3: là một dạng axit béo không no (dầu cá), tuy chưa có nghiên cứu nào điều trị đơn độc để giảm Lipid máu nhưng khi điều trị phối hợp với các thuốc trên có thể có tác dụng giảm 30-50% TG.

## 6.9. Rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn

**Bảng 20. Khuyến cáo điều trị rối loạn Lipid máu cho bệnh nhân bệnh thận mạn**

Khuyến cáo	Nhóm	Mức chứng cứ
Trên người $\geq 50$ tuổi có MLCT $<60$ ml/phút/1,73m <sup>2</sup> và không được điều trị bằng lọc thận mạn tính hoặc ghép thận thì nên điều trị với một Statin hoặc phối hợp Statin và Ezetimibe.	I	A
Trên người $\geq 50$ tuổi có CKD và có MLCT $\geq 60$ ml/phút/1,73m <sup>2</sup> , khuyến cáo điều trị với một Statin.	I	B
Trên bệnh nhân 18-49 tuổi có CKD nhưng không lọc thận mạn tính hoặc ghép thận, khuyến cáo điều trị Statin trên bệnh nhân có một hoặc nhiều yếu tố sau đây: - Đã có bệnh mạch vành (NMCT hoặc đã can thiệp mạch vành) - Đái tháo đường - Tiền sử đột quỵ thiếu máu não - Điểm SCORE $\geq 10\%$	II	A
Trên bệnh nhân đang điều trị Statin hoặc phối hợp Statin và Ezetimibe vào thời điểm khởi đầu lọc thận, đề nghị nên tiếp tục các thuốc này.	II	C
Trên người trưởng thành đã ghép thận, đề nghị vẫn nên điều trị Statin.	II	B

### III. KẾT LUẬN

Có 4 nhóm đối tượng chắc chắn được hưởng lợi từ điều trị Statin:

1. BTM do xơ vữa: hội chứng vành cấp, tiền sử NMCT, đau thắt ngực ổn định hoặc không ổn định, đã ngưng hoặc làm cầu nối chủ - vành, tai biến máu não, bệnh động mạch ngoại vi.

2. Bệnh nhân có LDL - C  $\geq$  190 mg/dL.

3. Bệnh nhân từ 40-75 tuổi, có ĐTĐ và LDL - C: 70-189 mg/dL.

4. Bệnh nhân có LDL - C: 70-189 mg/dL và nguy cơ mắc BTM gây TV trong 10 năm  $\geq$  10% (theo thang điểm SCORE).

Hơn thế nữa, với những bằng chứng ít hơn chúng ta đã khuyến cáo điều trị cho những đối tượng ít nguy cơ hơn với mong muốn là không bỏ sót bất cứ đối tượng nào có thể được hưởng lợi từ những phương tiện hiện có.

## GHI CHÚ

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



## HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

Tất cả nội dung trên khuyến cáo của Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam được xây dựng dựa trên cơ sở khoa học khách quan và không bị ảnh hưởng bởi bất cứ sự chi phối nào từ bên ngoài.

*Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam trân trọng cảm ơn các đơn vị, tổ chức sau đã hỗ trợ cho việc xây dựng và hoàn thành khuyến cáo này trong khuôn khổ quỹ hỗ trợ đào tạo không ràng buộc:*

### TÀI TRỢ CHÍNH



### ĐỒNG TÀI TRỢ



### HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM

Địa chỉ: 78 đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội

Tel : (84-4) 3 8688 488

Fax: (84-4) 3 8688 488

Email : [info@vnha.org.vn](mailto:info@vnha.org.vn)

Website: [www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)



## **HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM**

Địa chỉ: 78 đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội

Tel: (84-4) 3 8688 488 Fax: (84-4) 3 8688 488

Email: [info@vnha.org.vn](mailto:info@vnha.org.vn) Website: [www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)