

# Case lâm sàng

- BN nam, 46 tuổi, nhập viện vì chóng mặt
- Hút thuốc lá 20 gói năm
- TC: ĐTĐ 5 năm, THA 10 năm, tái khám thường xuyên
- Không đau ngực, không khó thở
- Khám lâm sàng bình thường
- ECG, XQ ngực bình thường



Chỉ số xét nghiệm	Cách đây 1 năm	Lúc NV	Giới hạn tham chiếu
Glucose máu	7.6	9.2	3.9 - 6.4 mmol/L
AST/ALT	32/24	20/19	< 35 U/L
Creatinin	1.16	1	0.6-1.2 mg/dL
Cholesterol	5	4.9	3.9 - 5.2 mmol/L
HDL-C	1.14	1	> 0.9 mmol/L
LDL-C	3	3.2	< 3.4 mmol/L
Triglyceride	1.6	2.0	0.46 - 1.88 mmol/L
Thuốc	Metformin 750 1v x2, Coversyl 5mg 1v	Tanganil 0.5g 1 ống x2 Betaserc 24mg 1v x2 Metformin 750 1v x2 Coversyl 5mg mg 1v	



# Case lâm sàng



- Sau 2 ngày, bệnh nhân đột ngột lên cơn đau ngực, đo ECG ST chênh lên V1-V4, Troponin I hs 5.0.
- **Chẩn đoán:** Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên giờ 1 thành trước Killip I
- **Xử trí:**
  - Lovenox 40mg 1 ống TDD
  - Aspirin 81 mg 4v u
  - Plavix 75mg 4v u
  - Atorvastatin 10mg 4v
  - Chuyển Bệnh viện Thống Nhất

**ĐÃ BỎ SÓT  
NHỮNG GÌ??**

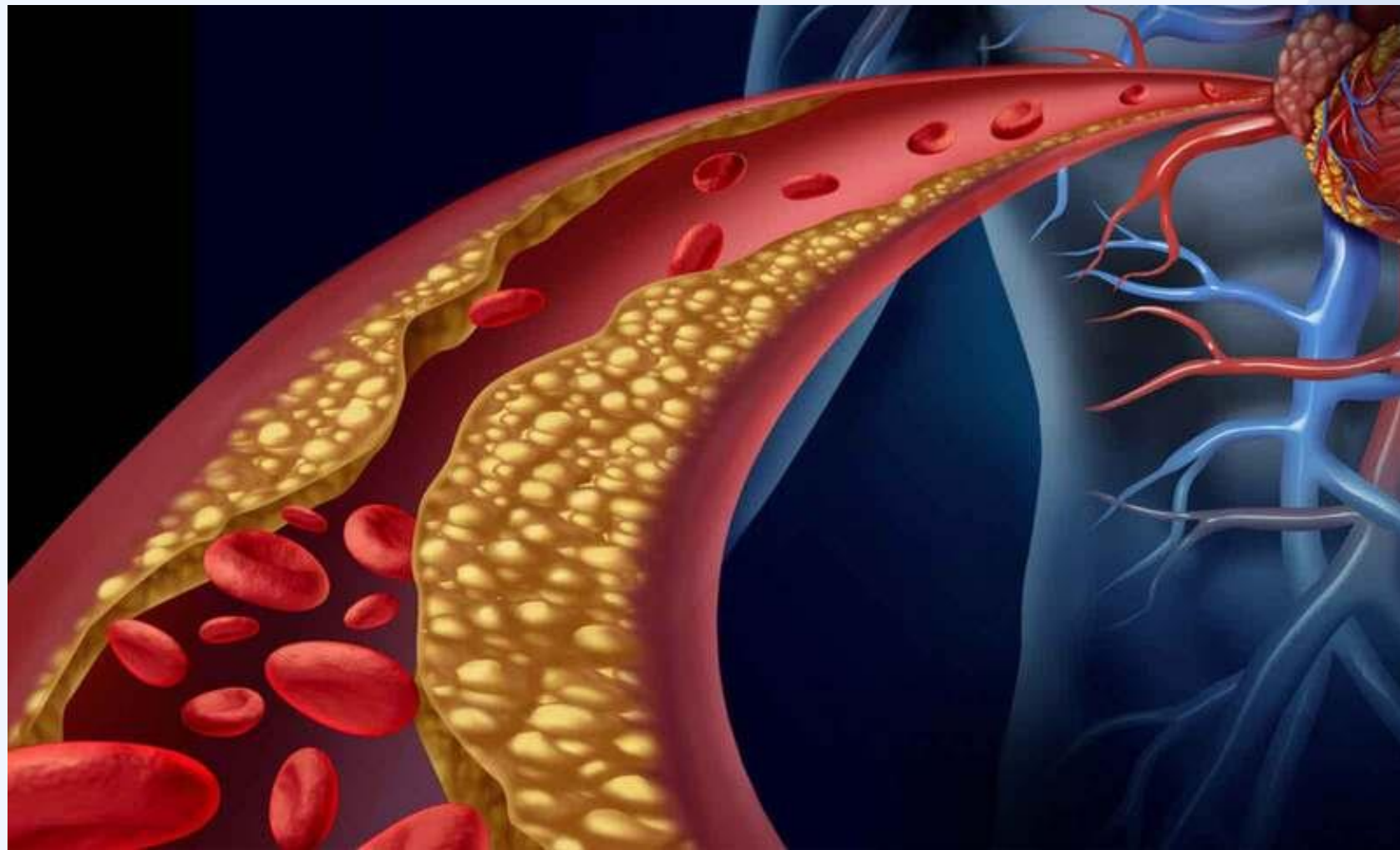


# RỐI LOẠN LIPID MÁU LDL VÀ VAI TRÒ CỦA STATIN



**BS ĐÀO HỮU PHI HẢI**

# Tổng quan

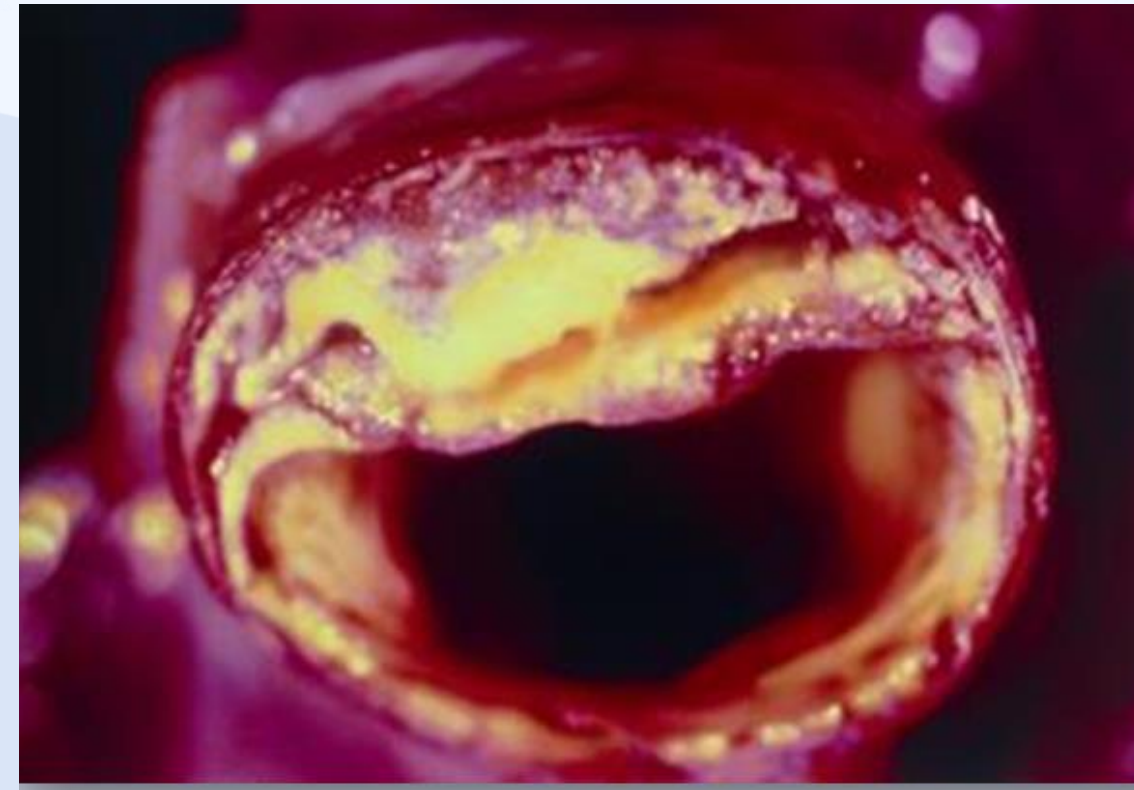


**Rối loạn lipid máu là tình trạng đặc trưng bởi sự tăng của một hoặc nhiều thành phần lipid trong huyết tương: Triglyceride, cholesterol, cholesterol ester, phospholipid và lipoprotein (VLDL, LDL) cùng với sự giảm nồng độ HDL.**

**Tại sao rối loạn lipid máu lại nguy hiểm?**

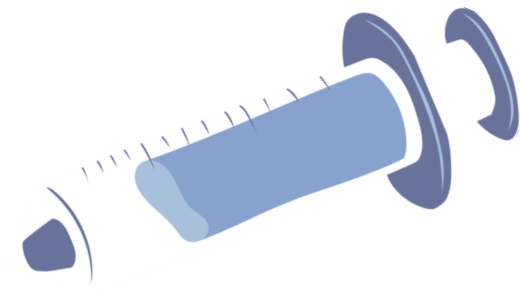


# Tổng quan

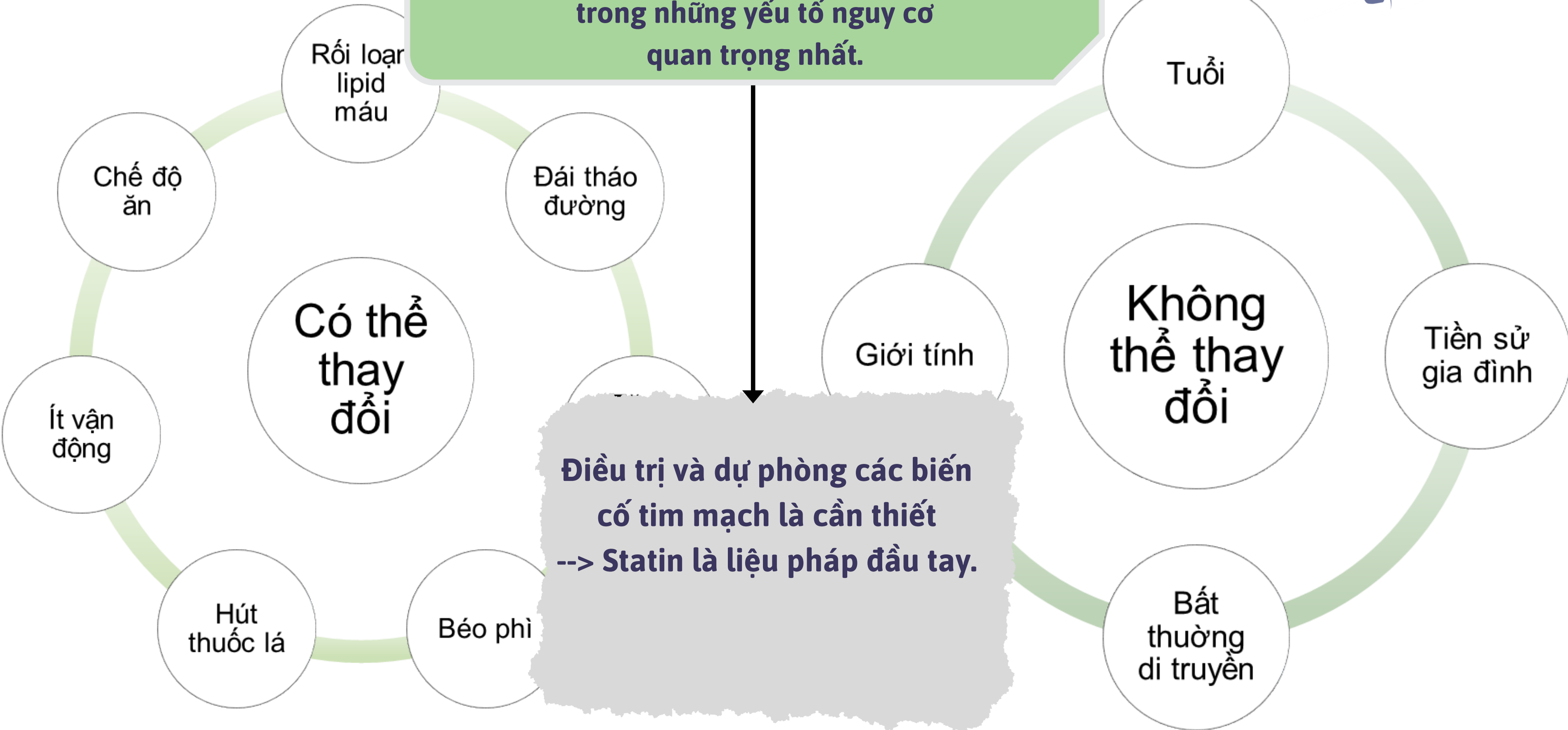


- LDL-C nhiều sẽ lắng đọng vào thành mạch máu
  - =>Hình thành mảng xơ vữa động mạch
  - =>Lòng mạch hẹp dần hoặc tắc hoàn toàn.

# Các YTNC hình thành mảng xơ vữa



Rối loạn lipid máu và nhất là tăng LDL-C là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng nhất.



**Điều trị và dự phòng các biến cố tim mạch là cần thiết  
--> Statin là liệu pháp đầu tay.**

# ĐỐI TƯỢNG TÂM SOÁT

## ĐỐI TƯỢNG CẦN TÂM SOÁT

≥ 40 tuổi

Tất cả bệnh nhân mọi lứa tuổi có bất kỳ tình trạng nào sau đây

- Bằng chứng lâm sàng của xơ vữa động mạch
- Phình động mạch chủ bụng
- Đái tháo đường
- Tăng huyết áp
- Hút thuốc lá
- Dấu hiệu của rối loạn lipid (cung giác mạc, ban vàng mí mắt, u vàng)
- Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm\*
- Tiền sử rối loạn lipid máu có tính gia đình
- Bệnh thận mạn (eGFR ≤ 60 mL/phút/1.73 m<sup>2</sup> hoặc ACR ≥ 30 mg/g)
- Béo phì (BMI ≥ 25)
- Bệnh lý viêm mạn tính (viêm khớp dạng thấp, lupus đỏ hệ thống, bệnh ruột viêm)
- Nhiễm HIV
- Rối loạn cương
- Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
- Tiền sử tiền sản giật

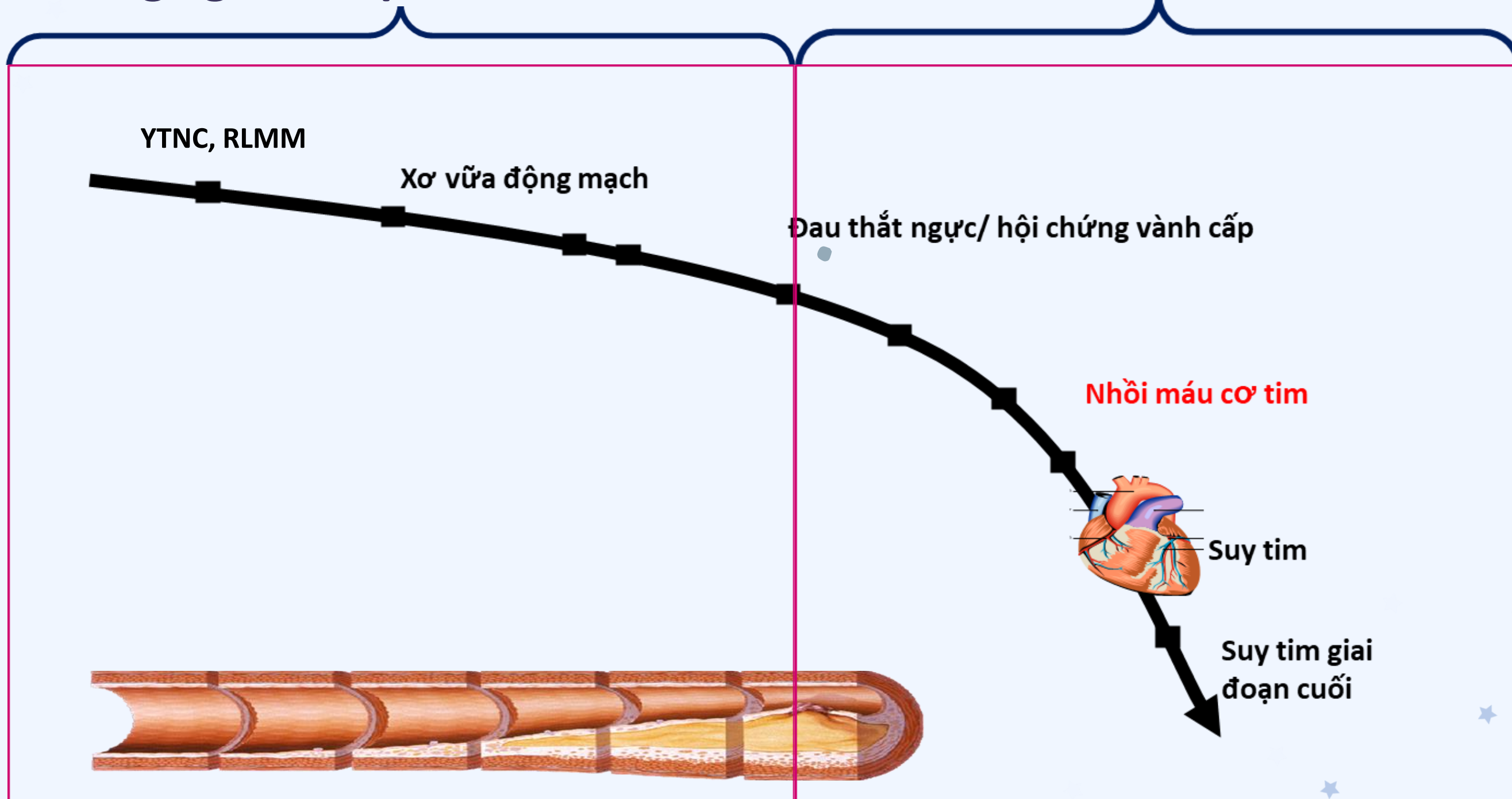




# ĐIỀU TRỊ KHI NAO?

Phòng ngừa tiên phát

Phòng ngừa thứ phát



YTNC, RLMM

Xơ vữa động mạch

Đau thắt ngực/ hội chứng vành cấp

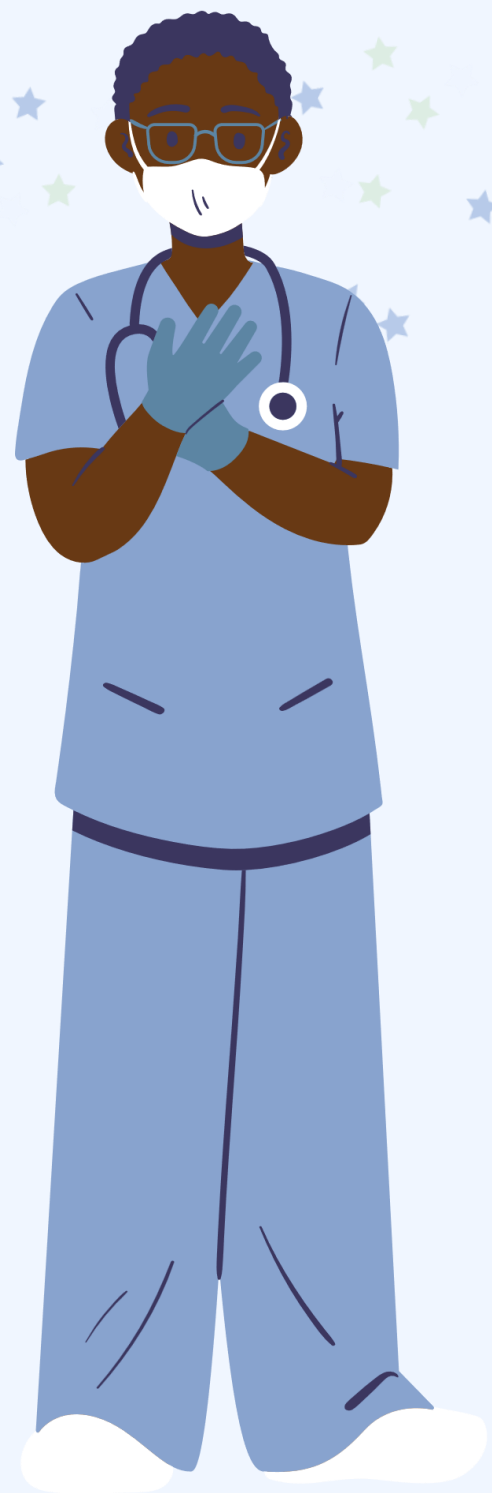
Nhồi máu cơ tim

Suy tim

Suy tim giai đoạn cuối



<b>Dự phòng tiên phát cho BN có nguy cơ tim mạch rất cao nhưng không mắc FH, khuyến cáo giảm LDL-C <math>\geq 50\%</math> so với mức ban đầu VÀ đạt mức LDL-C mục tiêu <math>&lt; 1,4</math> mmol/L (55 mg/dL) [25], [26], [22].</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
<b>Dự phòng tiên phát cho BN có nguy cơ tim mạch rất cao mắc FH, khuyến cáo nên giảm LDL-C <math>\geq 50\%</math> so với mức ban đầu VÀ đạt mức LDL-C mục tiêu <math>&lt; 1,4</math> mmol/L (55 mg/dL).</b>	<b>IIa</b>	<b>C</b>
<b>Dự phòng tiên phát cho BN có nguy cơ tim mạch cao, khuyến cáo giảm LDL-C <math>\geq 50\%</math> so với mức ban đầu VÀ đạt mức LDL-C mục tiêu <math>&lt; 1,8</math> mmol/L (70 mg/dL) [25], [22].</b>	<b>I</b>	<b>A</b>
<b>Dự phòng tiên phát cho BN có nguy cơ tim mạch trung bình, nên đạt mức mục tiêu LDL-C <math>&lt; 2,6</math> mmol/L (100 mg/dL) [22].</b>	<b>IIA</b>	<b>A</b>
<b>Dự phòng tiên phát cho BN có nguy cơ tim mạch thấp, có thể cân nhắc mức LDL-C mục tiêu <math>&lt; 3,0</math> mmol/L (116 mg/dL) [26].</b>	<b>IIb</b>	<b>A</b>



Dự phòng thứ phát cho BN có nguy cơ tim mạch rất cao, khuyến cáo giảm LDL-C  $\geq 50\%$  so với mức ban đầu VÀ đạt mức LDL-C mục tiêu  $< 1,4$  mmol/L (55 mg/dL) [24], [25], [4], [6], [21].

I

A

Dự phòng thứ phát cho BN có nguy cơ tim mạch rất cao đã có biến cố mạch máu lần thứ hai trong vòng 2 năm (không nhất thiết cùng loại biến cố như lần đầu tiên) trong khi đang điều trị statin liều tối đa có thể dung nạp, có thể cân nhắc đạt mức LDL-C mục tiêu  $< 1,0$  mmol/L (40 mg/dL) [6], [20].

IIb

B

**NGUY  
CƠ  
RẤT  
CAO**

- BTMDXV biểu hiện trên lâm sàng hoặc trên hình ảnh học, bao gồm: tiền sử hội chứng vành cấp (nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định), đau thắt ngực ổn định, tiền sử tái thông động mạch vành (PCI, CABG hoặc các thủ thuật tái thông động mạch vành khác), đột quỵ, TIA, bệnh động mạch ngoại biên. Biểu hiện BTMDXV trên hình ảnh học bao gồm những dấu hiệu dự đoán biến cố lâm sàng: mảng xơ vữa lớn trên hình chụp mạch vành hoặc CT-scan (bệnh nhiều nhánh động mạch vành với hai động mạch vành chính hẹp >50%) hoặc siêu âm động mạch cảnh.
- -ĐTĐ có (1) BTMDXV, hoặc (2) tổn thương cơ quan đích nghiêm trọng (eGFR <45ml/phút/1,73m<sup>2</sup>) bất kể albumin niệu hoặc eGFR 45-59ml/phút/1,73m<sup>2</sup> kèm microalbumin niệu hoặc có protein niệu >300mg/g, giai đoạn A3 hoặc có bệnh vi mạch ở ít nhất 3 vị trí khác nhau) hoặc (3) tổng điểm SCORE2-Diabetes ≥20% hoặc (4) có ít nhất ba yếu tố nguy cơ chính hoặc (5) ĐTĐ type 1 khởi phát sớm trong thời gian dài (>20 năm).
- Bệnh thận mạn mức độ nặng (eGFR <30ml/ph/1,73 m<sup>2</sup> da).
- Tổng điểm SCORE2 hoặc SCORE2-OP ≥10% nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch trong vòng 10 năm.
- Tăng cholesterol máu gia đình có BTMDXV hoặc yếu tố nguy cơ chính khác.
- Biến cố tim mạch lần 2 trong vòng 2 năm.

**NGUY  
CƠ  
CAO**

- Các yếu tố nguy cơ riêng lẻ tăng đáng kể: đặc biệt ở BN có cholesterol toàn phần ≥8 mmol/L (>310 mg/dL), LDL-C >4,9 mmol/L (>190 mg/dL), hoặc huyết áp ≥180/110 mmHg.
- BN tăng cholesterol máu gia đình không kèm các yếu tố nguy cơ chính khác.
- BN ĐTĐ không có bệnh tim mạch do xơ vữa và (1) không đáp ứng tiêu chí nguy cơ rất cao nhưng có điểm SCORE2-Diabetes 10-20% hoặc (2) có 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch chính, hoặc (5) ĐTĐ với thời gian mắc 10-20 năm.
- Bệnh thận mạn mức độ trung bình (eGFR 30-59 mL/ph/1,73m<sup>2</sup> da).
- Tổng điểm SCORE2 hoặc SCORE2-OP từ 5 - 10% nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch trong vòng 10 năm.

**NGUY  
CƠ  
TRUNG  
BÌNH**

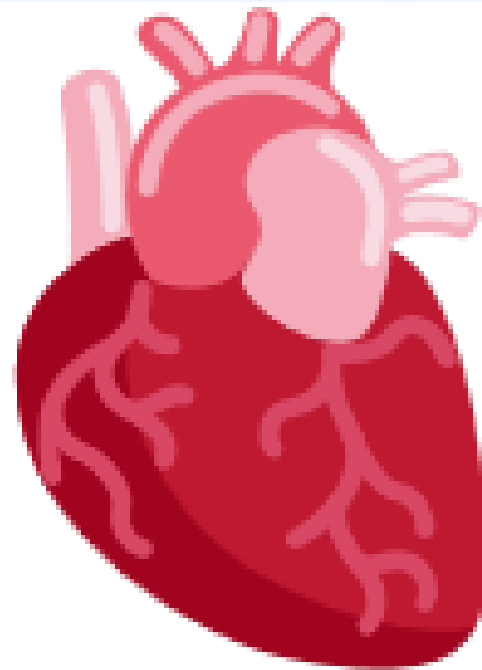
- BN ĐTĐ không có bệnh tim mạch do xơ vữa và (1) không đáp ứng tiêu chí nguy cơ rất cao/cao nhưng có điểm SCORE2-Diabetes 5-10% hoặc (2) BN trẻ (ĐTĐ type 1 <35 tuổi, type 2 <50 tuổi) với thời gian ĐTĐ <10 năm, không kèm các yếu tố nguy cơ khác.
- Tổng điểm SCORE2 hoặc SCORE2-OP từ 1-5% nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch trong vòng 10 năm.

**NGUY  
CƠ  
THẤP**

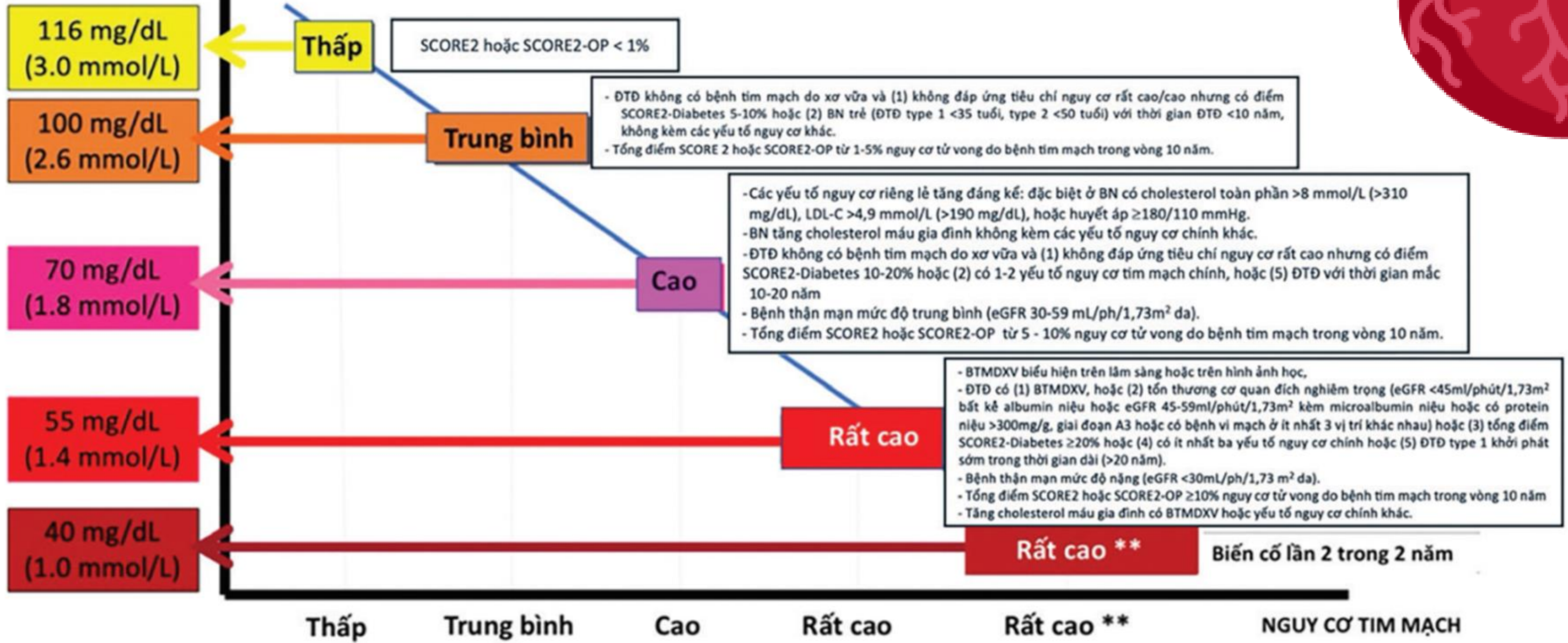
- BN ĐTĐ không đáp ứng tiêu chí nguy cơ rất cao/cao/trung bình và kèm theo tổng điểm SCORE2-Diabetes <5%.
- Tổng điểm SCORE2 hoặc SCORE2-OP <1% nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch trong vòng 10 năm.



# NGUY CƠ TIM MẠCH + LDL-C MỤC TIÊU



LDL-C mục tiêu + giảm  $\geq 50\%$  mức LDL-C ban đầu



# Case lâm sàng



- BN nam, 46 tuổi, nhập viện vì chóng mặt
- Hút thuốc lá 20 gói năm
- TC: ĐTĐ 5 năm, THA 10 năm, tái khám thường xuyên
- Không đau ngực, không khó thở
- Khám lâm sàng bình thường
- ECG, Xq ngực bình thường

**NGUY CƠ TIM MẠCH CAO  
KHUYẾN CÁO DUY TRÌ LDL-C  
<1.8 mmol/L  
GIẢM LDL-C  $\geq$ 50% MỨC BAN  
ĐẦU**

	CÁCH MỘT NĂM	LÚC NHẬP VIỆN	GIỚI HẠN THAM CHIẾU
Glucose máu	7.6	9.2	(3.9-6.4) mmol/L
AST/ALT	32/24	20/19	<35 U/L
Creatinin	1.16	1.0	
Cholesterol	5.0	4.9	(3.9-5.2) mmol/L
HDL-C	1.14	1.0	(>0.9) mmol/L
LDL-c	3.0	3.2	(<3.4) mmol/L
Triglyceride	1.6	2.0	(0.46-1.88) mmol/L
Thuốc	Metformin 750 1v x2 Coversyl 5mg mg 1v mỗi ngày	<b>=&gt;CẦN CAN THIỆP ĐỂ CÓ LDL-C MỤC TIÊU</b>	

# Statin và giảm biến cố tim mạch

## Phòng ngừa tiên

Giảm LDL-C bằng liệu pháp statin để dự phòng tiên phát rất có hiệu quả trong việc giảm các biến cố tim mạch

Năm	Nghiên cứu	Loại BN	Giảm nguy cơ biến cố	
1995	WOSCOPS	5.595	↓ 31%	
1998	AFCAPS/TexCAPS	Lovastatin	6.605	↓ 37%
		Atorvastatin	10.300	
		Rosuvastatin	17.800	
		Rosuvastatin	12.700	

ESC 2019 đưa statin với **mức khuyến cáo loại I** để dự phòng tiên phát biến cố tim mạch cho bệnh nhân từ 40-75 tuổi.

ESC 2019: **Cân nhắc dự phòng tiên phát bằng statin ở BN > 75 tuổi có nguy cơ cao/rất cao (IIb-B)**



# Statin và giảm biến cố tim mạch



## Phòng ngừa thứ phát

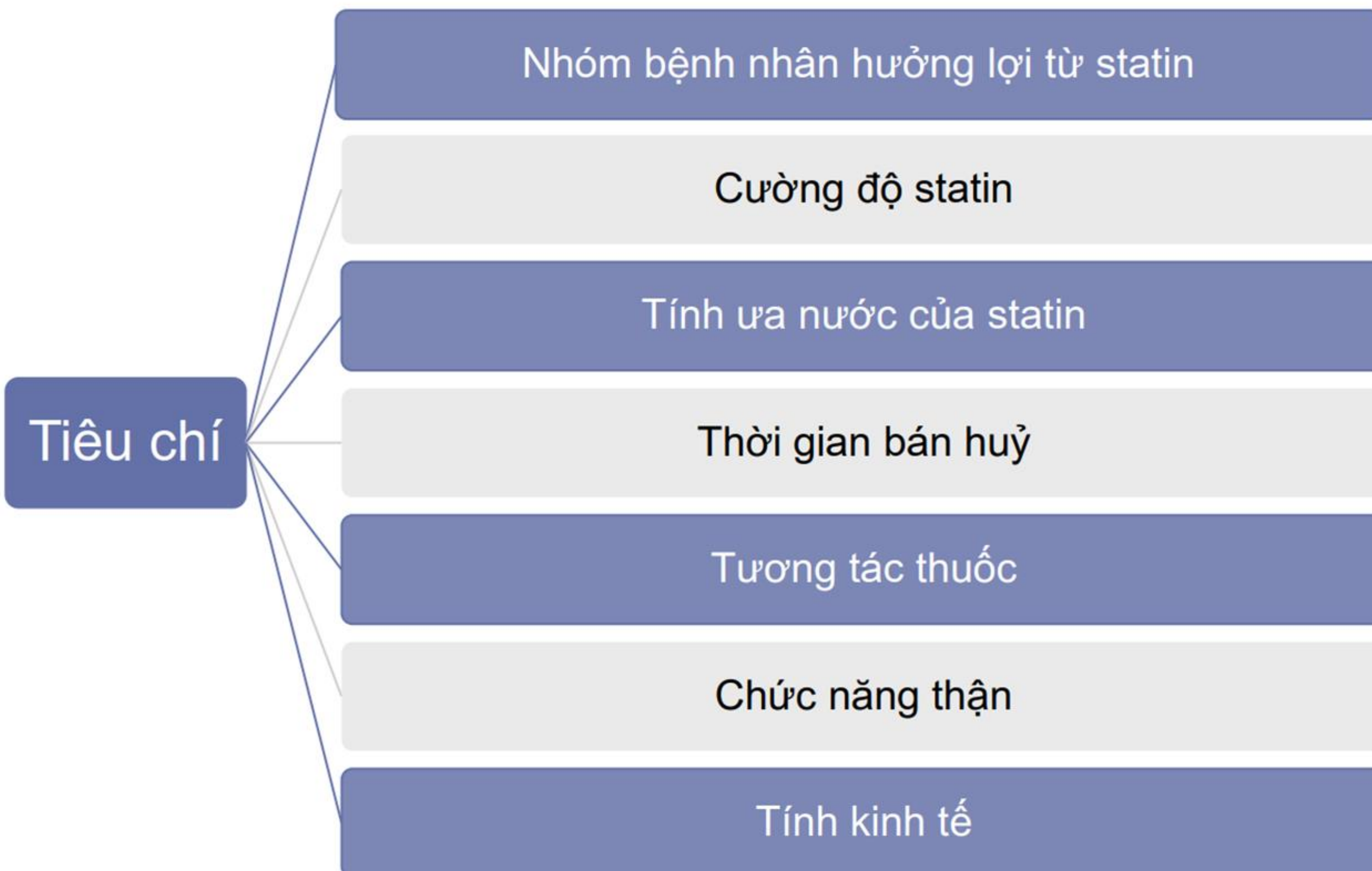
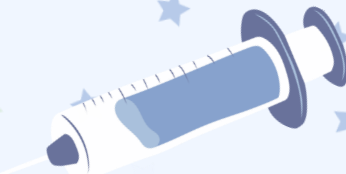
Giảm tỷ lệ tử vong, giảm các biến cố tim mạch trong dự phòng thứ phát.

Năm	Nghiên cứu	Đối tượng	Giảm nguy cơ biến cố (%)
1994	4S		27%
	Pravastatin	4.159	26%
	Pravastatin		
	Simvastatin		
	Atorvastatin		

Tất cả bệnh nhân có bệnh tim mạch với bất kể mức LDL-C ban đầu, hầu hết các phương pháp điều trị làm giảm LDL-C đều giúp giảm nguy cơ NMCT và thiếu máu cục bộ cơ tim

Giảm nguy cơ đột quỵ tái phát ở những bệnh nhân tiền sử đột quỵ nhồi máu não hay TIA.

# TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN STATIN



## 2018 AHA/ACC Multisociety Guideline on the Management of Blood Cholesterol

Treatment Group	Recommendation	Level of Evidence
Clinical ASCVD	High-intensity statin if $\leq 75$ years. Moderate- to high-intensity statin if $> 75$ years.	Strong (A), Class I Moderate (B), Class <u>IIa</u>
LDL-C $\geq 190$ mg/dL Age 20-75 years	High-intensity statin.	Moderate (B), Class I
Diabetes Age 40-75 years, LDL 70-189 mg/dL	Moderate-intensity. Consider high-intensity in patients who have multiple ASCVD risk factors.	Strong (A), Class I Moderate (B), Class <u>IIa</u>
Primary prevention Age 40-75 years, LDL 70-189 mg/dL, and estimated ASCVD 10-year risk: $\geq 7.5\%$	Risk discussion if 10-year ASCVD risk is $\geq 7.5\%$ to $< 20\%$ . If decision is made for statin therapy, moderate-intensity is recommended If 10-year ASCVD risk is $\geq 20\%$ , high-intensity statin should be initiated.	Strong (A), Class I  Strong (A), Class I



# CƯỜNG ĐỘ STATIN

High-Intensity Statin Therapy	Moderate-Intensity Statin Therapy	Low-Intensity Statin Therapy
Daily dose lowers LDL on average by $\geq 50\%$	Daily dose lowers LDL on average by approximately 30-49%	Daily dose lowers LDL on average by $< 30\%$
Atorvastatin 40-80 mg Rosuvastatin 20-40 mg	Atorvastatin 10-20 mg Rosuvastatin 5-10 mg Simvastatin 20-40 mg Pravastatin 40-80 mg Lovastatin 40 mg Fluvastatin XL 80 mg Fluvastatin 40 mg BID Pitavastatin 2-4 mg	Simvastatin 10 mg Pravastatin 10-20 mg Lovastatin 20 mg Fluvastatin 20-40 mg

## Giảm LDL-C của các statin theo liều





# CASE LÂM SÀNG



- Sau 2 ngày, BN đột ngột lên cơn đau ngực, đo ECG ST chênh lên V1-V4, Troponin I hs 5.0.
- Chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên giờ 1 thành trước Killip I
- Xử trí: Lovenox 40mg 1 ống TDD
- Aspirin 81 mg 4v u
- Plavix 75mg 4v u
- **Atorvastatin 10mg 4v**
- Chuyển BV Thống Nhất

# Điều trị hạ lipid máu trên bệnh nhân hội chứng vành cấp

Trong thời gian nằm viện

Điều trị khởi đầu

Chưa điều trị hạ lipid máu, bất kể giá trị LDL-C

Đang dùng statin hoạt lực thấp/liều thấp, bất kể giá trị LDL-C

Đã dung nạp với liều statin cao nhất

Đã dung nạp với liều statin cao nhất và ezetimibe

Khởi đầu với statin hoạt lực cao liều cao (Nhóm I)

Chuyển sang statin hoạt lực cao liều cao (Nhóm I)

LDL-C < 1,4 mmol/l hoặc 55 mg/dl

LDL-C < 1,4 mmol/l hoặc 55 mg/dl

Có

Không

Có

Không

Kết hợp statin với ezetimibe (Nhóm IIb)

Kết hợp statin với ezetimibe (Nhóm IIb)

Không thay đổi điều trị

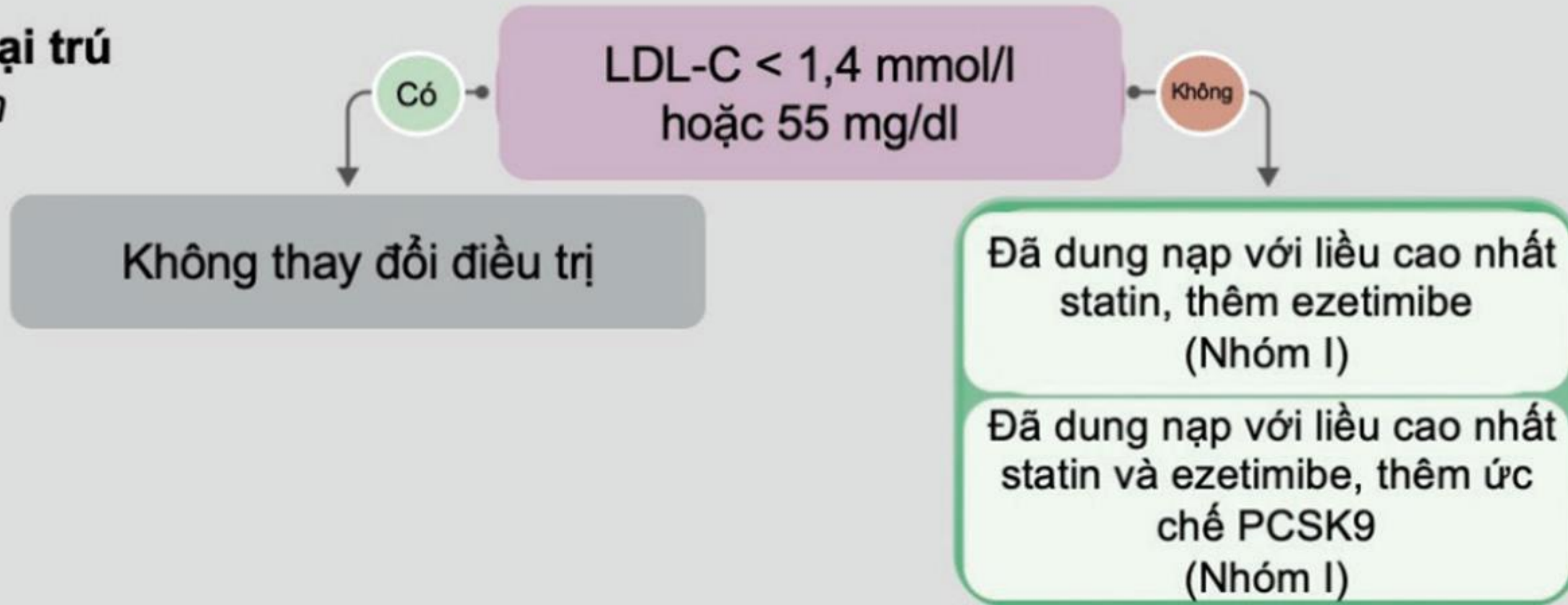
Thêm ezetimibe (Nhóm I)

Không thay đổi điều trị

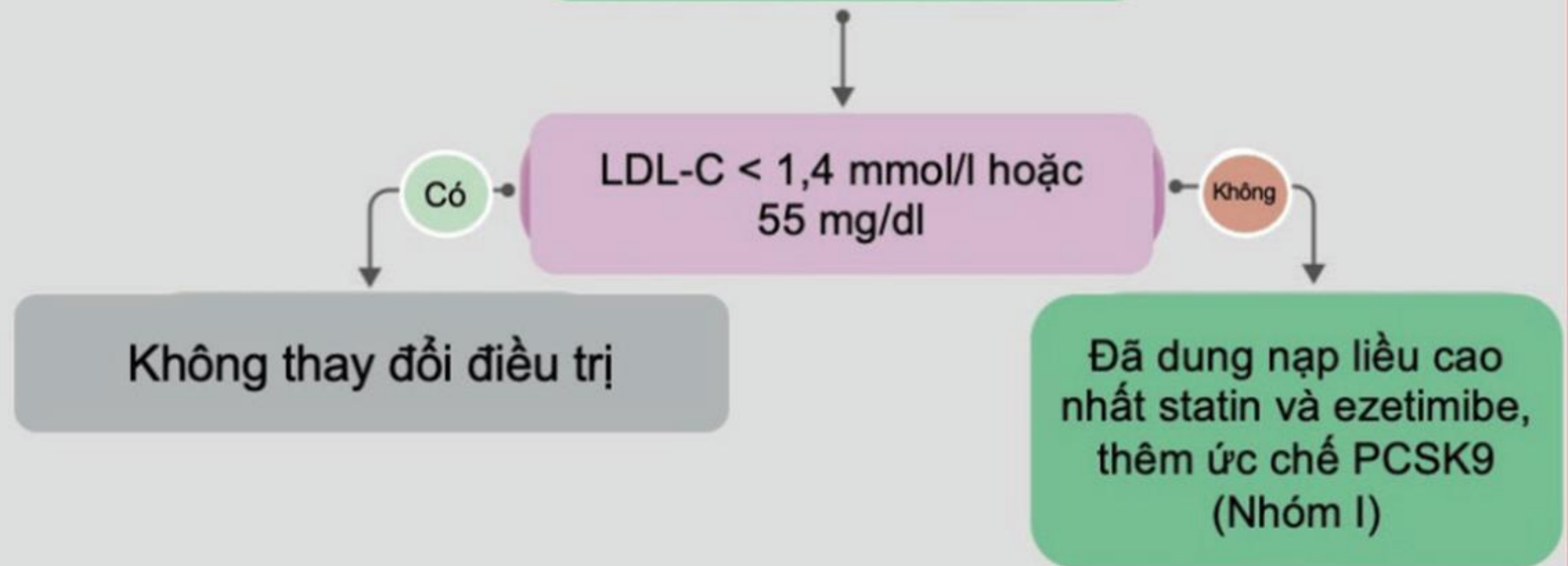
Thêm ức chế PCSK9 (Nhóm I)



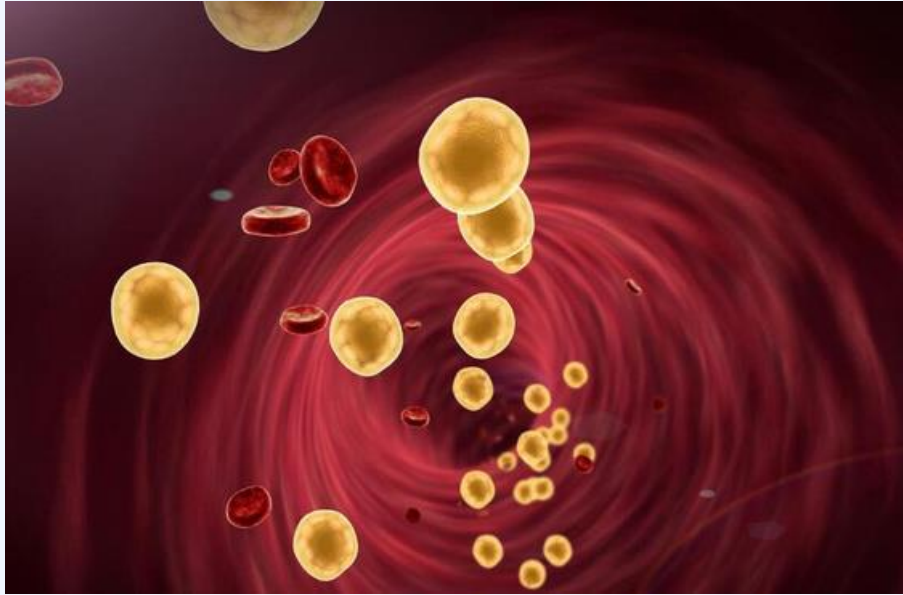
**Theo dõi ngoại trú**  
*Sau 4 – 6 tuần*



*Sau 4 – 6 tuần tiếp theo*







Ở tất cả BN có hội chứng vành cấp không có bất kỳ chống chỉ định hoặc không có tiền căn không dung nạp thuốc xác định, bắt đầu hoặc tiếp tục điều trị statin hoạt lực cao hoặc liều tối đa có thể dung nạp càng sớm càng tốt, bất kể giá trị LDL-C ban đầu [333], [276], [275].

<b>I</b>	<b>A</b>
----------	----------

Nồng độ lipid nên được đánh giá lại sau 4-6 tuần sau hội chứng vành cấp để xác định việc đạt mức LDL-C mục tiêu và các vấn đề an toàn cần được đánh giá tại thời điểm này và liều điều trị statin cần được điều chỉnh cho phù hợp.

<b>IIa</b>	<b>C</b>
------------	----------

Nếu sau 4-6 tuần hội chứng vành cấp mà không đạt được mức LDL-C với liều statin liều tối đa dung nạp, thì cân nhắc kết hợp với ezetimibe.

<b>I</b>	<b>B</b>
----------	----------

Nếu mức LDL-C mục tiêu không đạt được sau 4-6 tuần sử dụng statin liều tối đa có thể dung nạp và ezetimibe thì cân nhắc bổ sung chất ức chế PCSK-9 [6], [21].

<b>I</b>	<b>B</b>
----------	----------







# Case lâm sàng

**BN được can thiệp, đặt stent và xuất viện sau 1 tuần.**

**1 tháng sau tái khám BV Tân Phú.**

- **Than đau nhức vai gáy nhiều, hay run tay, yếu 2 tay 1 tháng nay, ho đàm, viêm họng 3 ngày nay.**
- **Khám lâm sàng bình thường, không dấu hiệu thần kinh, sức cơ 5/5. Xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường.**
- **Toa: Aspirin 81mg, Plavix 75mg, Rosuvastatin 40mg, Concor 5mg, Vasartan 80mg, Metformin 850mg.**



Chỉ số xét nghiệm	Lúc NV	Giới hạn tham chiếu
Glucose máu	9.2	3.9 - 6.4 mmol/L
AST/ALT	20/19	< 35 U/L
Creatinin	1	
Cholesterol	4.9	3.9 - 5.2 mmol/L
HDL-C	1	> 0.9 mmol/L
LDL-C	3.2	< 3.4 mmol/L
Triglyceride	2	0.46 - 1.88mmol/L



**LƯU Ý NHỮNG GÌ  
KHI SỬ DỤNG  
STATIN**

**GIẢM LDL-C < 1.4mmol/L với STATIN liều cao ( ATORVASTATIN 40-80mg,  
ROSUVASTATIN 20-40mg)**

# Tính ưa nước của statin

Hydrophilic	Lipophilic
Rosuvastatin	Atorvastatin
Pravastatin	Lovastatin
Fluvastatin	Simvastatin
Pitavastatin (slightly hydrophilic)	

**Statin ưa nước sẽ hạn chế liên kết mô  
=> cân nhắc khi tác dụng phụ liên quan đến cơ**



# Chức năng thận

- Atorvastatin và fluvastatin ít bài tiết qua nước tiểu, có thể là lựa chọn tốt nhất ở những người bị suy giảm chức năng thận.
- Atorvastatin không cần chỉnh liều ở BN suy thận.

## Urinary Excretion (%)

Atorvastatin:	2
Fluvastatin XL:	5
Lovastatin:	10
Rosuvastatin:	10
Simvastatin:	13
Pravastatin:	20





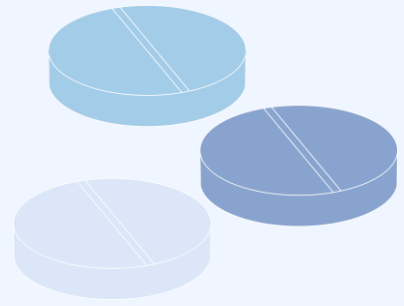
# Thời gian bán hủy của statin

Statin	Atorvastatin	Fluvastatin	Lovastatin	Pravastatin	Simvastatin	Rosuvastatin	Pitavastatin
Half-life (h)	<b>14</b>	1.2	3	1.8	2	<b>19</b>	<b>11</b>
Optimal time of dosing	Any time of day	Bedtime	With meals morning and evening	Bedtime	Evening	Any time of day	NA

Short Half-Life	Long Half-Life
Dose in the evening to maximize effect: <ul style="list-style-type: none"><li>• Lovastatin</li><li>• Simvastatin</li><li>• Fluvastatin</li></ul>	Can be dosed any time of day: <ul style="list-style-type: none"><li>• Atorvastatin</li><li>• Rosuvastatin</li><li>• Pitavastatin</li></ul>

- **Statin có T<sub>1/2</sub> ngắn => dùng buổi tối**
- **Statin có T<sub>1/2</sub> dài sử dụng bất kỳ thời điểm nào trong ngày.**

# Tương tác thuốc



- Tương tác mạnh với Macrolid
- Việc phối hợp clarithromycin hoặc erythromycin với simvastatin hoặc atorvastatin làm tăng nguy cơ mắc bệnh cơ và hội chứng tiêu cơ vân cấp do statin
- Cân nhắc việc dừng statin tạm thời hoặc lựa chọn kháng sinh khác.

Đa số các statin chuyển hóa qua gan thông qua enzym CYP450 (trừ Pravastatin không qua CYP450, Rosuvastatin và Pitavastatin ít chuyển hóa).

# Pharmacokinetic properties of the statins

Statin	Atorvastatin	Fluvastatin	Lovastatin	Pravastatin	Simvastatin	Rosuvastatin	Pitavastatin
Half-life (h)	<b>14</b>	1.2	3	1.8	2	<b>19</b>	11
Optimal time of dosing	<b>Evening</b>	Bedtime	With meals morning and evening	Bedtime	Evening	<b>Any time of day</b>	NA
Effect of food	<b>Decreased</b>	Decreased	Increased	Decreased	NO	<b>NO</b>	NA
Solubility	Lipophilic	Hydrophilic	Lipophilic	Hydrophilic	Lipophilic	Hydrophilic	Hydrophilic
Renal excretion (%)	2	5	10	20	13	10	NA
CYP450 metabolism	✓ 3A4	✓ 2C9	✓ 3A4	×	✓ 3A4	Limited	Limited



# ADR VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

- Yếu và đau cơ + Creatine Kinase (CK) tăng cao > 10 lần
- Tiêu cơ vân: Nặng hơn, CK tăng 40 lần -> Tử vong
- Gặp ở: Người Lớn Tuổi, Bệnh nhân suy gan, suy thận, bệnh cơ từ trước, suy giáp, Đái tháo đường



# ADR VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

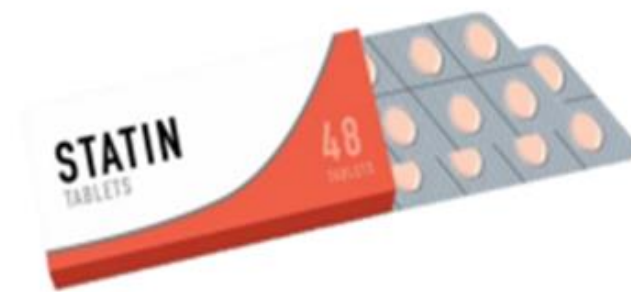


Creatine kinase

↑ 10  
3 - 4

Nên ngừng sử dụng statin ngay lập tức nếu CK cao hơn **10 lần** giới hạn trên của mức bình thường hoặc hơn **5 lần** ở bệnh nhân nguy kịch.

Nếu CK từ **3 - 4 lần** giới hạn trên và các triệu chứng nhẹ, có thể tiếp tục liệu pháp, nhưng phải kiểm tra mức CK sau vài ngày.



Không dung nạp



# ADR VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

## TĂNG MEN GAN

- Tăng nhẹ AST /0,5-2%BN, chủ yếu statin mạnh, liều cao, trong 3 tháng đầu.
- Tăng AST không phản ánh tổn thương hủy tế bào thực sự, ít tiến triển gây ảnh hưởng đến chức năng gan → không có khuyến cáo theo dõi định kỳ AST ở bệnh nhân sử dụng statin kéo dài không triệu chứng
- Xét nghiệm AST nên được tiến hành một lần duy nhất sau 8 – 12 tuần kể từ khi bắt đầu/nâng liều statin. Nếu thấy tổn thương gan mà không tìm thấy nguyên nhân khác, giảm liều hoặc đổi thuốc





# ADR VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ

## STATIN VÀ ĐTĐ

- Statin có liên quan đến tăng tỷ lệ ĐTĐ mới xuất hiện, thường gặp ở người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ.
- Statin chỉ làm tăng một phần nhỏ nguy cơ mắc mới ĐTĐ, đặc biệt ở những bệnh nhân đã có nhiều yếu tố nguy cơ
- FDA cho rằng lợi ích dự phòng và giảm biến cố tim mạch của statin vượt xa nguy cơ, không nên ngừng điều trị statin ở những bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ từ trước hoặc mới được chẩn đoán.



# CASE LÂM SÀNG

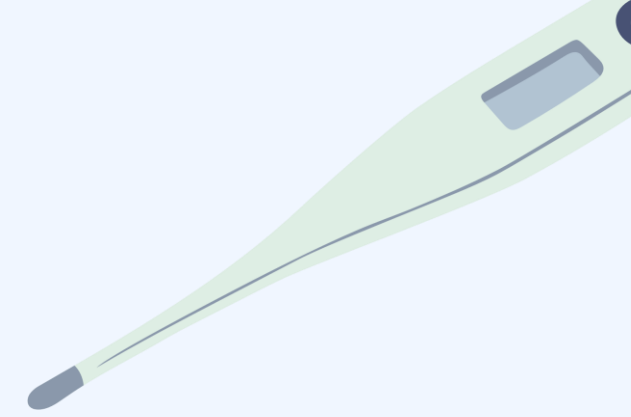
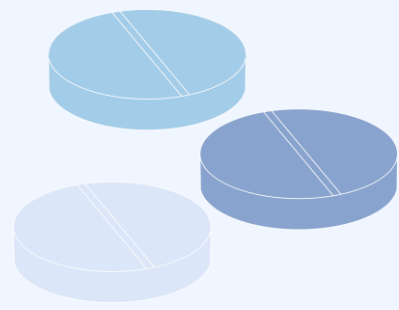
- BN được can thiệp, đặt stent và xuất viện sau 1 tuần.
- 1 tháng sau tái khám BV Tân Phú.
  - **Than đau nhức vai gáy nhiều, hay run tay, yếu 2 tay 1 tháng nay, ho đàm, viêm họng 3 ngày nay.**
  - Khám lâm sàng bình thường, không dấu hiệu thần kinh, sức cơ 5/5. Xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường.
  - Toa: Aspirin 81mg, Plavix 75mg, **Rosuvastatin 40mg**, Concor 5mg, Vasartan 80mg, Metformin 850mg.

## HƯỚNG XỬ TRÍ:

- Rosuvastatin ưa nước -> TDP liên quan đến cơ -> Xem xét đổi qua Atorvastatin
- Viêm họng cấp -> Xem xét tương tác thuốc -> Không dùng nhóm Macrolide
- BN có tiền sử ĐTĐ -> Lợi ích vượt xa nguy cơ -> Không thay đổi gì



# CASE LÂM SÀNG



- 1. LDL-C trong giới hạn bình thường không phản ánh hết nguy cơ tim mạch của bệnh nhân => Kiểm soát mức LDL theo phân tầng nguy cơ**
- 2. Với BN HCVC không có CCD với STATIN, STATIN liều cao được khuyến cáo cho bệnh nhân sớm nhất có thể ở mức khuyến cáo IA**
- 3. Dự phòng thứ phát: sau biến cố tim mạch bằng statin và phối hợp thuốc để đạt được và duy trì mức LDL-C mục tiêu**
- 4. Lưu ý tác dụng phụ và tương tác thuốc của từng loại statin với từng bệnh khác nhau**



# STATIN TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN ĐẶC BIỆT

## BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ THIẾU MÁU NÃO



### AHA/ASA GUIDELINE

#### 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack

1	A	1. In patients with ischemic stroke with no known coronary heart disease, no major cardiac sources of embolism, and LDL cholesterol (LDL-C) >100 mg/dL, atorvastatin 80 mg daily is indicated to reduce risk of stroke recurrence. <sup>208,209</sup>
1	A	2. In patients with ischemic stroke or TIA and atherosclerotic disease (intracranial, carotid, aortic, or coronary), lipid-lowering therapy with a statin and also ezetimibe, if needed, to a goal LDL-C of <70 mg/dL is recommended to reduce the risk of major cardiovascular events. <sup>210</sup>

# STATIN TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN ĐẶC BIỆT

## BỆNH NHÂN LỚN TUỔI

Statin nên được sử dụng để dự phòng thứ phát cho người cao tuổi mắc BTMDXV giống như cho BN trẻ tuổi.

Statin nên được sử dụng để dự phòng tiên phát cho người  $\leq 75$  tuổi.

Statin được xem xét để dự phòng tiên phát cho người  $>75$  tuổi có nguy cơ tim mạch cao trở lên.

Ở người cao tuổi có suy thận và/hoặc có khả năng xảy ra tương tác thuốc, điều trị bằng statin nên bắt đầu với liều thấp và sau đó điều chỉnh tăng dần liều để đạt mức LDL-C mục tiêu

**I**

**A**

**I**

**A**

**IIb**

**B**

**I**

**C**





# Thank you for your attention



**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

**KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU 2024**

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2812791/pdf/kcj-40-1.pdf>

<https://caremeulayminh.com/khao-sat>