

RỐI LOẠN LIPID MÁU

*BS Phạm Hoàng Vũ
Khoa Nội tiết - Tổng hợp*

1. Giới thiệu

Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển và ngày càng phổ biến ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Do đó, tầm soát và điều trị rối loạn lipid máu có vai trò rất quan trọng, việc này cần được tiến hành theo quy trình sau :

2. Xét nghiệm kiểm tra lipid máu

- Người lớn 20 - 45 tuổi (nam) và 20 - 55 tuổi (nữ) cần được kiểm tra lipid máu mỗi 5 năm.
- Nam từ 45 - 65 tuổi và nữ 55 - 65 tuổi : kiểm tra ít nhất 1 - 2 năm /lần nếu không có nguy cơ bệnh mạch vành và thường xuyên hơn nếu có nguy cơ bệnh mạch vành.
- >65 tuổi : kiểm tra mỗi năm nếu có từ 0 - 1 yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành.
- Tất cả bệnh nhân Đái tháo đường cần kiểm tra hàng năm.

Chú ý :

- Cholesterol toàn phần (TC) và HDL - cho có thể đo ở thời điểm bất kỳ.
- LDL - cho và Triglycerid phải đo xa bữa ăn ít nhất 10 - 12 giờ, không uống bia - rượu trong vòng 24giờ trước đó.
- Nồng độ lipid máu có thể bị ảnh hưởng bởi: bệnh lý cấp tính (sốt, phẫu thuật, đột quỵ), thuốc (ức chế beta, steroid, thiazide, ...).
- Nồng độ cholesterol máu sẽ bị giảm đi sau 24 giờ đến 3 tháng sau cơn nhồi máu cơ tim cấp, để chính xác ta nên đo trong vòng 24 giờ đầu.

3. Đánh giá yếu tố nguy cơ (YTNC) bệnh tim mạch

- Bn có **bệnh lý mạch vành** hay bất kỳ yếu tố **nguy cơ tương đương bệnh mạch vành** đã được chẩn đoán không : ĐTĐ, xơ vữa động mạch, bệnh lý động mạch ngoại biên hay phình động mạch chủ ngực.
- Nếu không, bn có yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch chính nào không :
 - Hút thuốc lá.
 - Tăng huyết áp.
 - HDL - cho < 1mmol/l (40mg/dl).
 - Gia đình có người cùng trục hệ bị bệnh mạch vành sớm (< 55tuổi ở nam, < 65 tuổi ở nữ).
 - Tuổi : nam >=45, nữ >= 55.
- Những yếu tố nguy cơ phụ .

PHÂN TẦNG NGUY CƠ

- Nguy cơ rất cao : có bệnh mạch vành **và** ít nhất một trong những vấn đề sau:
 - Nhiều yếu tố nguy cơ chính, đặc biệt ĐTĐ.
 - Kiểm soát kém các yếu tố nguy cơ, như tiếp tục hút thuốc lá, ..
 - Nhiều nguy cơ của hội chứng chuyển hóa.
 - Bệnh nhân bị hội chứng vành cấp.

- Nguy cơ cao : có bệnh mạch vành **hoặc** YTNC tương đương bệnh mạch vành **hoặc** nguy cơ mắc bệnh mạch vành 10 năm tới >20% (thang điểm Framingham).
- Nguy cơ trung bình - cao : ≥ 2 YTNC chính **và** nguy cơ mắc bệnh mạch vành 10 năm tới 10 - 20%.
- Nguy cơ trung bình : ≥ 2 YTNC chính **và** nguy cơ mắc bệnh mạch vành 10 năm tới <10%.
- Nguy cơ thấp : không bệnh mạch vành + không YTNC tương đương bệnh mạch vành + 0 - 1 YTNC tim mạch chính.

4. Điều trị rối loạn lipid máu

Mục tiêu	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
LDL - cho	<160mg/dl (4.1 mmol/l)	<130 mg/dl (3.4 mmol/l)	<130 mg/dl	<100 mg/dl	≤ 70 mg/dl
TG	<150mg/dl (1.7 mmol/l)	<150 mg/dl (1.7 mmol/l)	<150 mg/dl (1.7 mmol/l)	<150 mg/dl	<150 mg/dl
HDL - cho	≥ 40 mg/dl (1 mmol/l)	≥ 40 mg/dl (1 mmol/l)	≥ 40 mg/dl (1 mmol/l)	≥ 40 mg/dl	≥ 40 mg/dl
TC	≤ 240 mg/dl (6.2 mmol/l)	≤ 239 mg/dl (6.2 mmol/l)	≤ 239 mg/dl (6.2 mmol/l)	≤ 200 mg/dl	≤ 200 mg/dl

(Mục tiêu tổng quát của điều trị rối loạn Lipid máu)

- Trong tất cả các trường hợp rối loạn Lipid máu việc thay đổi lối sống luôn luôn là điều trị không thể thiếu, bao gồm : dinh dưỡng hợp lý, tập luyện thể dục, giảm cân, duy trì BMI 18.5 - 23, giảm bia rượu, từ bỏ thuốc lá.
- Nếu Triglyceride ≥ 500 mg/dl thì việc giảm nhanh mức Triglyceride là ưu tiên hàng đầu: bằng thuốc(Acid Nicotinic hoặc Fibrate) và chế độ ăn rất ít mỡ, giảm cân, tăng thể lực, ... để phòng ngừa viêm tụy cấp.
- Các trường hợp còn lại thì LDL - cho là mục tiêu đầu tiên cần điều chỉnh và việc điều trị được tiến hành theo các bước sau:

Bước 1: Điều chỉnh LDL - cho theo bảng sau:

Nguy cơ	Mục tiêu LDL - cho	Thay đổi lối sống	Dùng thuốc
Rất cao	<70 mg/dl (1.8 mmol/l)	Bất kỳ LDL - cho	>70 mg/dl
Cao	<100 mg/dl (2.6 mmol/l)	≥ 100 mg/dl	≥ 100 mg/dl
Trung bình cao	<130 mg/dl (3.4 mmol/l)	≥ 130 mg/dl	≥ 130 mg/dl
Trung bình	<130 mg/dl (3.4 mmol/l)	≥ 130 mg/dl	≥ 160 mg/dl
Thấp	<160 mg/dl (4.1 mmol/l)	≥ 160 mg/dl	≥ 190 mg/dl (4.8 mmol/l)

Cần đánh giá đáp ứng điều trị sau 6 tuần.

Bước 2: Sau khi đã được mục tiêu LDL - cho thì xem xét đến Triglycerid:

- Triglycerid <200 mg/dl thì chuyển sang bước 3.

- Nếu Triglycerid từ 200 - 499 mg/dl thì mục tiêu điều trị sẽ là non - HDL - cho, (với **non - HDL - cho = TC - HDL - cho**), dùng fibrate hoặc acid nicotinic.

Nguy cơ	Mục tiêu non - HDL - cho (mg/dl)
Rất cao	<100
Cao	<130
Trung bình cao	<160
Trung bình	<160
Thấp	<190

Bước 3: Điều trị để HDL - cho \geq 40 mg/dl.

→ Sau khi đã điều chỉnh được các rối loạn Lipid máu bệnh nhân cần được làm xét nghiệm kiểm tra lại sau mỗi 4 - 6 tháng đồng thời cần tiếp tục duy trì việc thay đổi lối sống.

THUỐC LỰA CHỌN:

➤ Thuốc làm giảm LDL - cho:

• **Statin:**

- Thuốc lựa chọn để giảm LDL - cho, đặc biệt trên bệnh nhân ĐTD, và đối với đối tượng này khi đã đạt mục tiêu LDL - cho mà Triglycerid còn cao \geq 177mg/dl (2mmol/l) thì có thể tăng liều Statin hoặc kết hợp với Ezetimibe, Fibrate hay acid Nicotinic.
- Hiệu quả có thể xuất hiện trong tuần đầu tiên điều trị.
- Tác dụng phụ (gặp từ 5 - 10 % trường hợp) gồm rối loạn tiêu hóa, đau, yếu cơ có thể xảy ra không đồng thời với tăng men gan.
- Kiểm tra men gan trước khi dùng thuốc và sau đó 8 - 12 tuần, rồi mỗi 6 tháng.
- Ngưng thuốc nếu men gan tăng 3 lần giới hạn trên mức bình thường.
- Khi dùng Statin chung với các thuốc được chuyển hóa bởi hệ thống Enzyme Cytochrome P450 sẽ có nguy cơ cao bị ly giải cơ vân: itraconazole, ketoconazole, erythromycin, clarithromycin, cyclosporin, **đặc biệt là Gemfibrozil.**

Tên thuốc	Atorvas - tatin	Fluvas - tatin	Lovas - tatin	Pravas - tatin	Rosuvastatin	Simvastatin
Liều(mg, u)	10 - 80	20 - 80	10 - 80	10 - 80	5 - 40	10 - 80
↓Triglycerid	13 - 32%	5 - 35%	2 - 13%	3 - 15%	10 - 35%	12 - 36%
↓ LDL - cho	38 - 54%	17 - 36%	29 - 8 %	19 - 34%	41 - 65%	28 - 46%
↑HDL - cho	4.8 - 5.5%	0.9 - 12%	4.6 - 8%	3 - 9.9%	10 - 14%	5.2 - 10%

(Hiệu quả của các loại Statin trên lipid máu)

- Không dùng chung với bưởi vì làm tăng nguy cơ bệnh lý cơ (cơ chế chưa rõ).
- Simvastatin làm tăng nồng độ Warfarin và Digoxin. Rosuvastatin làm tăng nồng độ Warfarin.

- **Nhựa gom acid mật:** ↓LDL - cho 15 - 30%, ↑HDL - cho 3 - 5%, một số trường hợp có thể làm ↑Triglyceride; dùng trước 1 giờ hoặc sau 4 giờ so với thuốc khác; có thể làm giảm hấp thu vitamin A, D, E, K.
 - Cholestyramine: 4 - 24g/ ngày trước mỗi bữa ăn.
 - Colestipol: viên 2 - 16 g/ngày, dạng hạt: 5 - 30 g/ngày trước mỗi bữa ăn
 - Colesevelam: viên 625, 3 - 6 viên/ngày dùng chung với thức ăn.
- **Nicotinic acid (Niacin):** ↓LDL - cho 5 - 25%, ↑HDL - cho 15 - 35%, ↓Triglyceride 20 - 50%; dạng tinh thể 1 - 3g/ ngày, chia 2 - 3 lần uống cùng bữa ăn; dạng phóng thích chậm uống buổi tối, khởi đầu 500 mg, tăng dần 500 mg mỗi tháng, tối đa là 2000mg.
- **Thuốc ức chế hấp thu Cholesterol:** Ezetimibe 10mg/ ngày, có thể lựa chọn nếu bệnh nhân kém dung nạp với Statin hoặc dùng phối hợp với Statin, ↓18 % LDL - cho, ↓nhẹ Triglyceride và ↑ nhẹ HDL - cho.
- **Thuốc giảm Triglyceride:**
 - **Fibrates:** ↓ 20 - 50 % Triglyceride, ↓ nhẹ LDL - cho 15 - 20 %, ↑ HDL - cho 10 - 35 %, gồm 2 nhóm chính:
 - Gemfibrozil: 600 mg/ngày, trước bữa ăn 30 phút, thận trọng khi dùng chung với Statin vì làm tăng nguy cơ ly giải cơ vân.
 - Fenofibrate: 48 - 145 mg/ngày.
 - Nicotinic acid.
 - Acid béo Omega - 3.
 - Statin.
- **Thuốc làm tăng HDL - cho:**
 - Acid nicotinic.
 - Fibrate.