

# **ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở NHẬT BẢN**

**Hội xơ vữa động mạch Nhật Bản (JAS)  
Hướng dẫn phòng ngừa các bệnh lý xơ vữa  
động mạch trong tim mạch 2012**

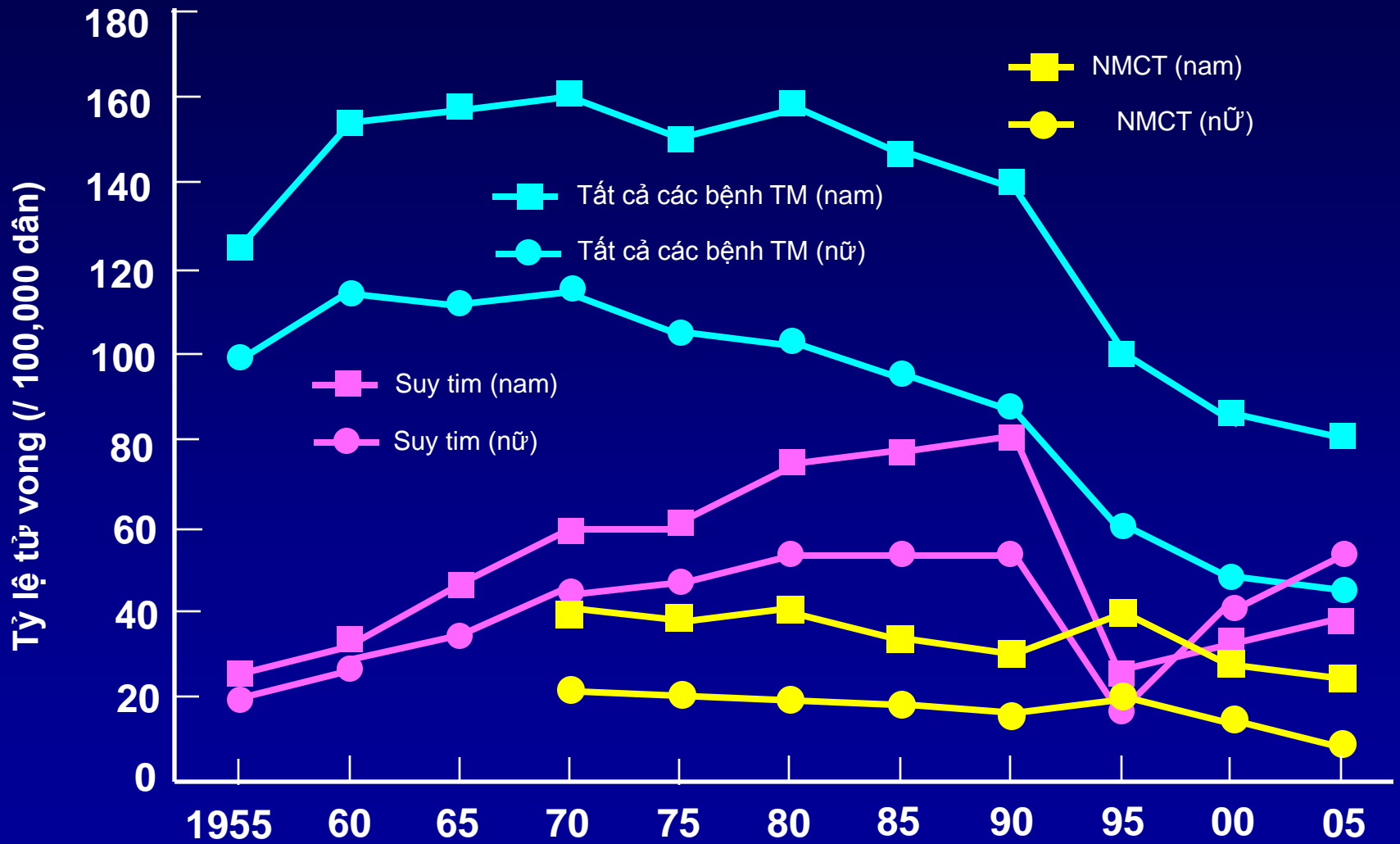
**Jun Sasaki**

**University of Health and Welfare**

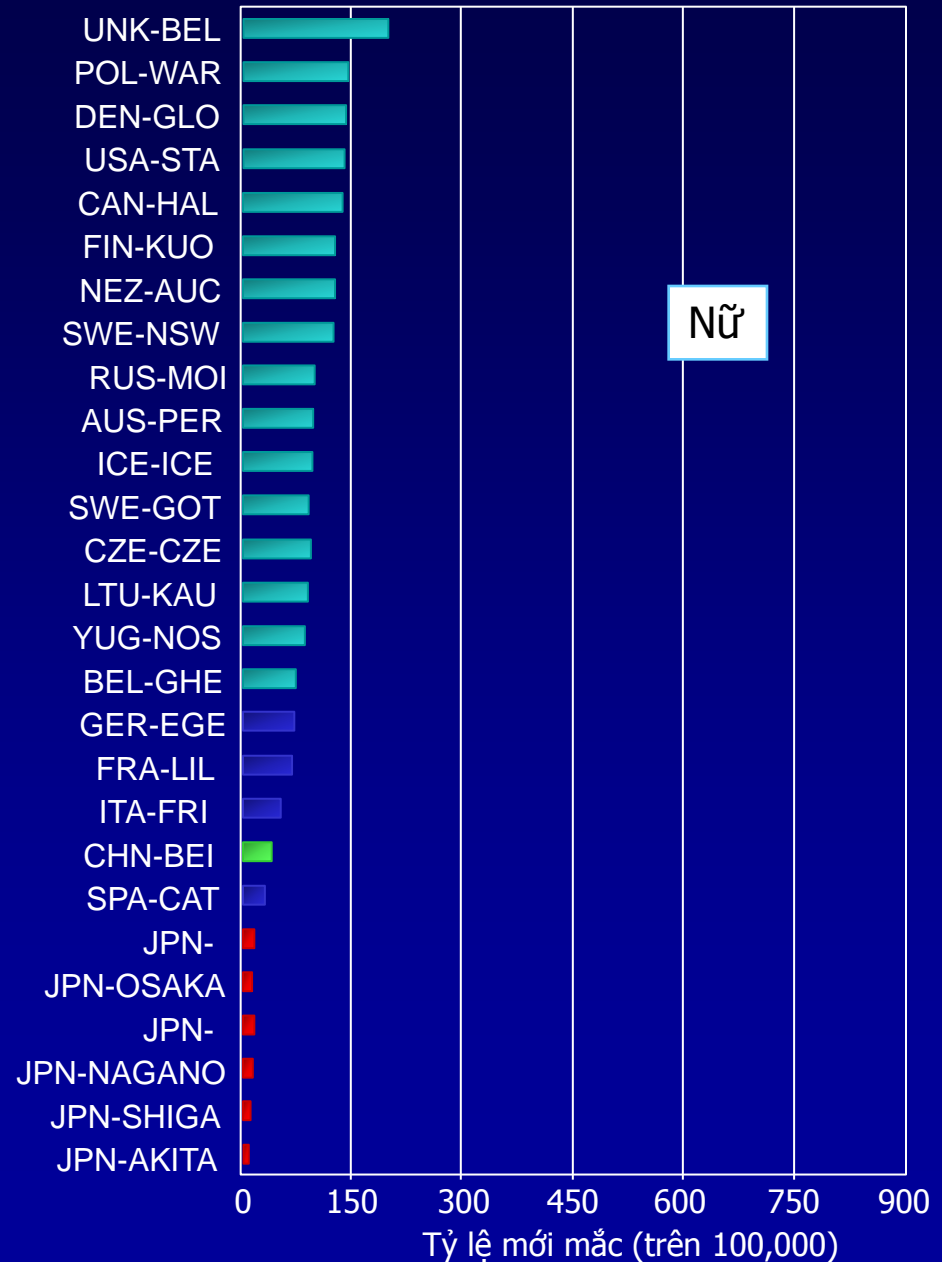
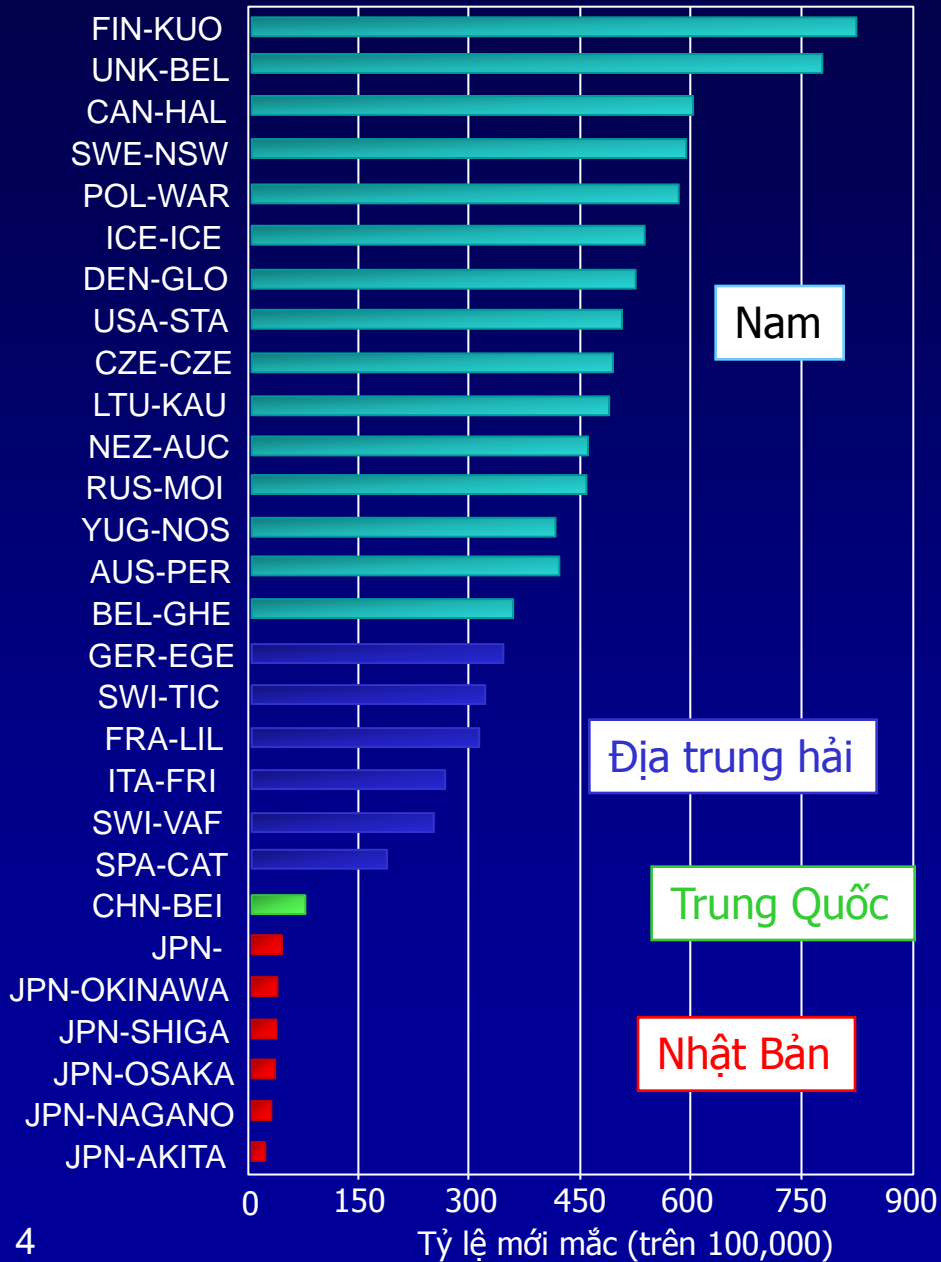
- Dịch tễ học
- Chứng cứ
- Hướng dẫn 2012
- Tóm tắt

# Sự thay đổi tỷ lệ tử vong do tim mạch tại Nhật Bản theo thời gian

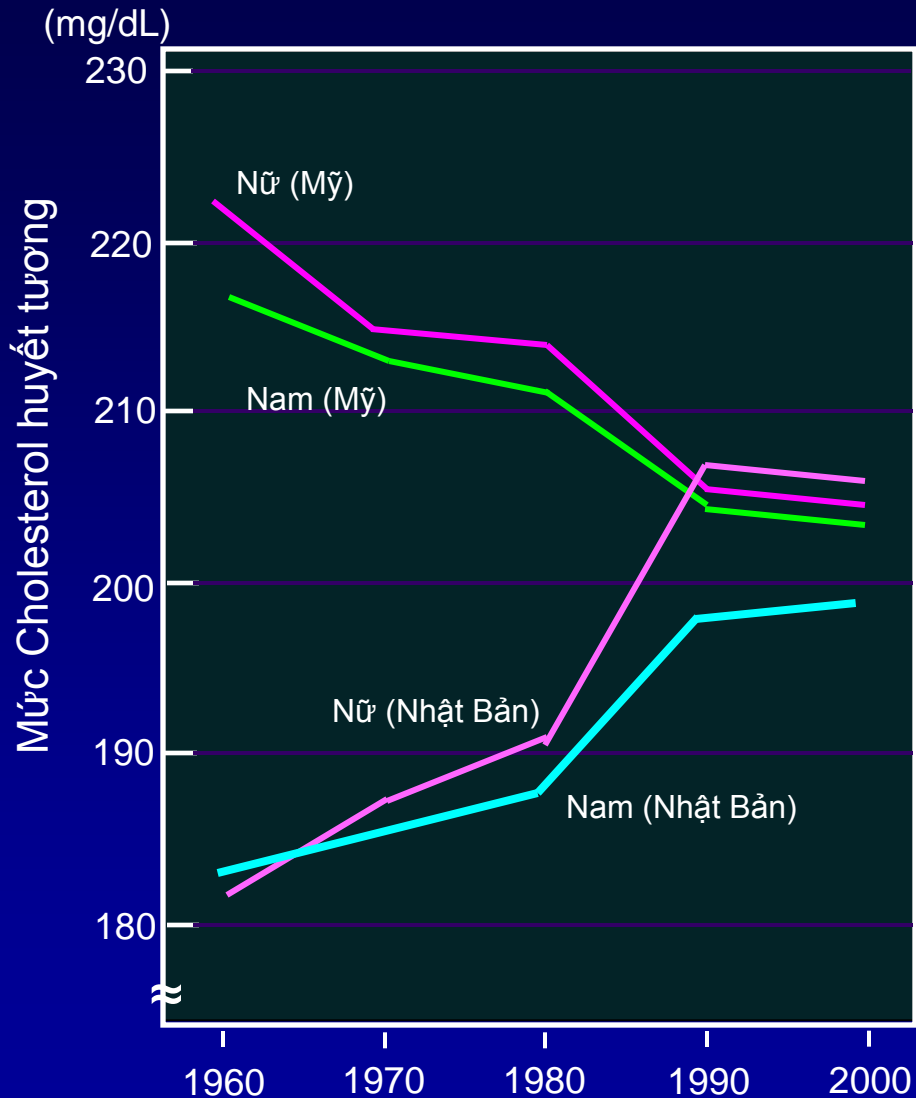
Vẽ dựa trên phân tích sống còn của Nhật Bản



# Tỷ lệ mới mắc NMCT cấp theo tuổi ( 35-64 tuổi) theo dự án MONICA và một nghiên cứu ở Nhật Bản



## Mức Cholesterol toàn phần trung bình ở Mỹ và Nhật Bản



## Tử vong do bệnh lý mạch vành (1980-2000)



- Dịch tễ học
- Chứng cứ
- Hướng dẫn 2012
- Tóm tắt

# Chứng cứ ở người Nhật Bản

---

## Các nghiên cứu dịch tễ

- **NIPPON DATA80**  
(cholesterol toàn phần và tử vong do tim mạch, **bảng nguy cơ**)
- Iso và CS. (TG và bệnh lý tim mạch)
- Kitamura và CS. (HDL-C và bệnh lý tim mạch)

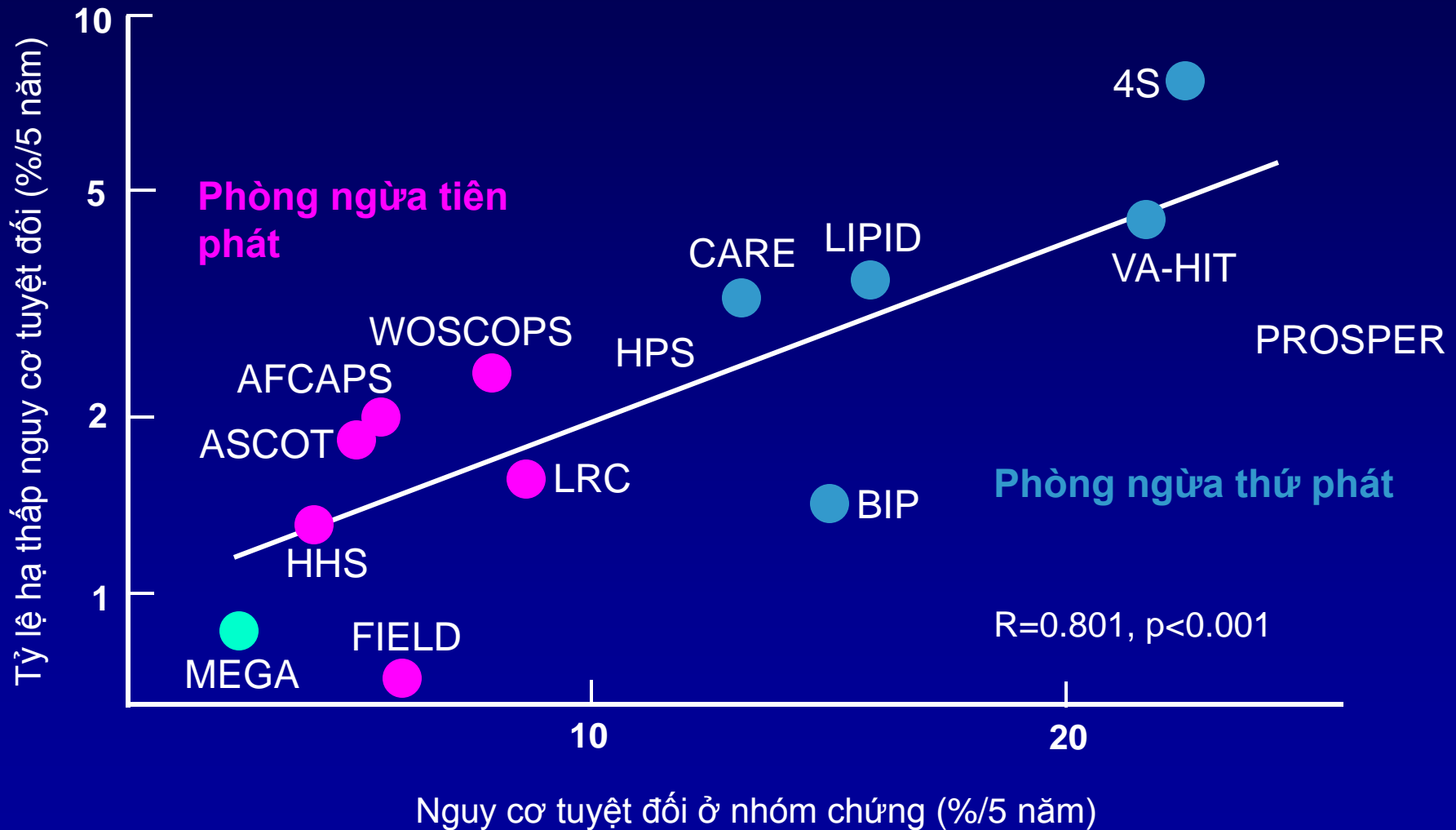
## Các nghiên cứu lâm sàng

- KLIS
- PATE
- **MEGA (Pravastatin)**
- JELIS (EPA)

## Nghiên cứu quan sát tiến cứu

- J-LIT (Simvastatin)
-

# So sánh việc giảm nguy cơ tuyệt đối ở nhóm có biến cố tim mạch và nhóm chứng trong các thử nghiệm giảm lipid máu tích cực





- Dịch tễ học
- Chứng cứ
- Hướng dẫn 2012
- Tóm tắt



## **Chương 2**

# **Điều trị toàn diện các yếu tố nguy cơ trong phòng ngừa bệnh lý tim mạch**

- 1. Để phòng ngừa các bệnh lý tim mạch, các yếu tố nguy cơ chính bao gồm: rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, nên được điều trị toàn diện ngay từ giai đoạn mới bắt đầu của bệnh.**
- 2. Thay đổi lối sống, như có chế độ ăn hợp lý, tập thể dục, và bỏ thuốc lá, là nền tảng trong phòng ngừa bệnh lý tim mạch. Thay đổi lối sống tiếp tục đóng vai trò quan trọng ngay cả sau khi đã dùng thuốc.**



# Sơ đồ điều trị toàn diện các yếu tố nguy cơ trong phòng ngừa bệnh lý tim mạch

**Bước 1:** Tầm soát (hỏi bệnh, các dấu hiệu thực thể, và các dấu hiệu khi thăm khám)

**Bước 2:** Đánh giá các yếu tố nguy cơ

(Tiền sử bệnh mạch vành, nhồi máu ngoài tim và não, và bệnh mạch ngoại biên; đái tháo đường; bệnh thận mạn; tuổi; giới; rối loạn lipid; tăng HA; tiền sử gia đình mắc bệnh mạch vành sớm)

**Bước 3:** Phân loại nguy cơ dựa trên nguy cơ tuyệt đối

**Bước 4:** Đưa ra quyết định điều trị dựa trên nguy cơ

**Bước 5:** Mục tiêu điều trị của từng loại bệnh

**5A: Rối loạn lipid**

LDL-C loại I: <160 mg/dL  
loại II: <140 mg/dL  
loại III: <120 mg/dL  
Phòng ngừa thứ phát: <100 mg/dL  
HDL-C ≥ 40 mg/dL, TG <150 mg/dL

**5B: Tăng HA**

Người trẻ/trung niên: <130/85 mmHg  
Người già (≥ 65 tuổi): <140/90 mmHg  
Đái tháo đường, bệnh thận mạn, hay sau NMCT (MI): <130/80 mmHg  
Bệnh lý mạch máu não: <140/90 mmHg

**5C: Đái tháo đường**

HbA1C (NGSP): <6.9%  
HbA1C (JDS) : <6.5%  
Đường huyết lúc đói : <130mg/dL  
Đường huyết 2 giờ sau ăn: <180 mg/dL

**5D: Các tình trạng bệnh lý khác**

Hội chứng chuyển hóa  
Béo phì  
Đạm niệu đại thể, vân vân.

**Bước 6:** Thay đổi lối sống ( bỏ thuốc lá, chống thừa cân, chế độ ăn, luyện tập thể lực, vân vân.)

**Bước 7:** Điều trị thuốc (Bước 6 vẫn nên tiếp tục)

**7A: Rối loạn lipid**

Statins, resin, ezetimibe, fibrates, niacin, EPA, probucol, vân vân.

**7B: Tăng HA**

Chẹn canxi, Ức chế thụ thể, Ức chế men chuyển, lợi tiểu, chẹn beta, vân vân.

**7C: đái tháo đường**

SU, α-GI, biguanides, TZD, DPP-4 inhibitors, insulin, vân vân.

**7D: Các tình trạng bệnh lý khác**

Chống kết tập tiểu cầu (aspirin), vân vân.



# Rối loạn lipid máu: Tiêu chuẩn chẩn đoán để tầm soát (lúc đói)

Lipoprotein Cholesterol tỷ trọng thấp (LDL-C)	$\geq 140$ mg/dL	Tăng LDL- cholesterol máu
	120-139 mg/dL	Tăng -LDL-cholesterol máu giới hạn
HDL-C	$< 40$ mg/dL	Giảm-HDL-cholesterol máu
Triglycerides (TG)	$\geq 150$ mg/dL	Tăng triglycerid máu

LDL-C được tính theo công thức Friedewald (cholesterol toàn phần [TC] — HDL-C — TG/5) (nếu TG  $< 400$  mg/dL).

Nếu TG  $\geq 400$  mg/dL hay không đo lúc đói, nên dùng không HDL-C (TC — HDL-C), và điểm cắt giá trị là LDL-C + 30 mg/dL.



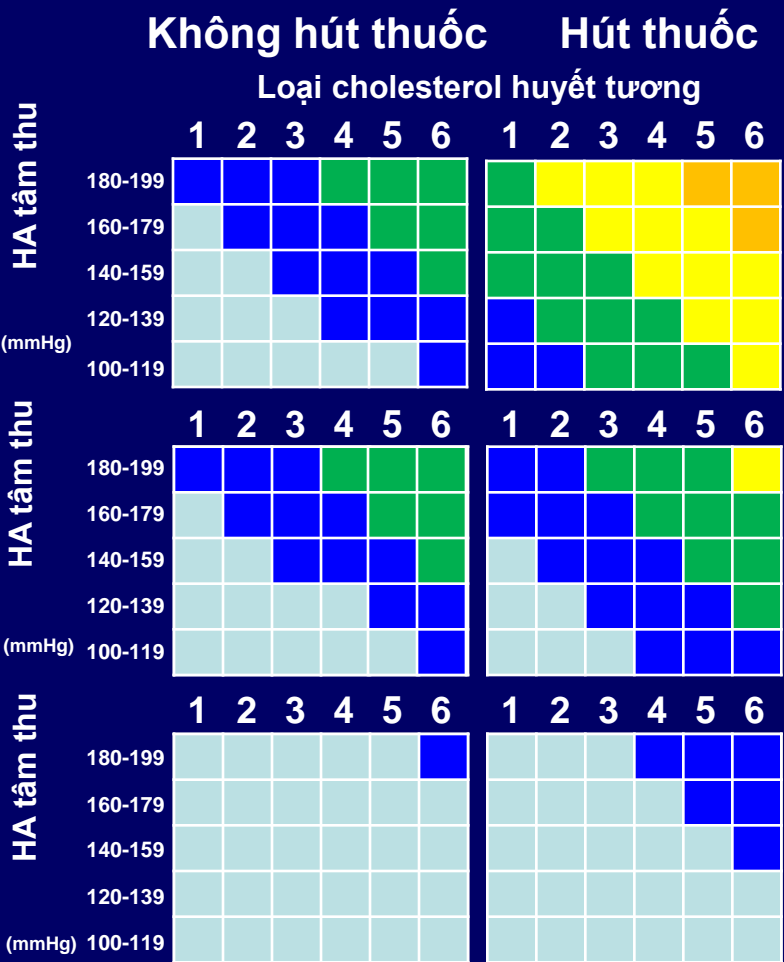
# Bảng nguy cơ tuyệt đối cho tử vong bệnh mạch vành (Phòng ngừa tiên phát)

## Nam

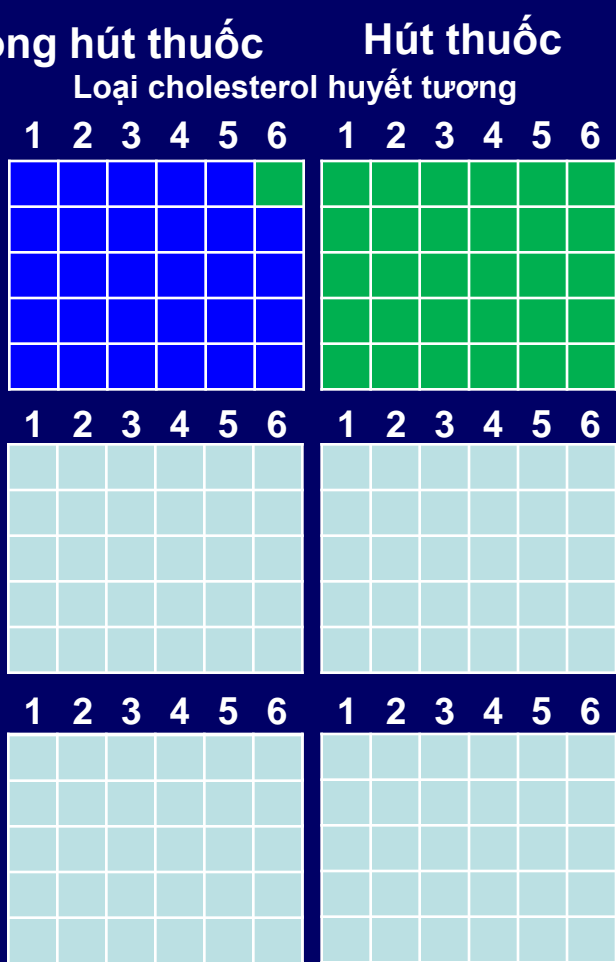
## Nữ

Nguy cơ tử vong trong 10 năm do bệnh mạch vành

- < 0.5%
- ≥ 0.5% < 1%
- ≥ 1% < 2%
- ≥ 2% < 5%
- ≥ 5% < 10%



Tuổi 60-69 (cũng dùng cho người <=74 tuổi)



Tuổi 50-59

Tuổi 40-49

\* Loại cholesterol huyết tương: Cholesterol toàn phần  
 1=160-179  
 2=180-199  
 3=200-219  
 4=220-239  
 5=240-259  
 6=260-279 (mg/dL)

Bảng này không dùng cho bệnh nhân có nguy cơ cao, như bệnh nhân có đái tháo đường hay bệnh thận mạn.

# Lưu ý trong phân loại

1. Việc đánh giá nên dựa trên tử vong do bệnh mạch vành.
2. Người nguy cơ tử vong trong 10 năm  $\geq 2\%$  nên được xem như **loại III** (nguy cơ cao).
3. Người nguy cơ tử vong trong 10 năm  $< 0.5\%$  nên được xem như **loại I** (nguy cơ thấp).
4. Dữ liệu của Nhật Bản không khảo sát **tiền sử gia đình có bệnh mạch vành, giảm-HDL-cholesterol máu, hay có rối loạn dung nạp glucose**. Những yếu tố này nên được xem như các yếu tố nguy cơ cộng thêm.
5. **Đái tháo đường, nhồi máu ngoài tim và não, bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh thận mạn** nên



# Mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có mức nguy cơ khác nhau

Nguyên lý điều trị	Loại điều trị	Mục tiêu lipid máu (mg/dL)			
		LDL-C	HDL-C	TG	không HDL-C
Phòng ngừa tiên phát: Điều trị bằng thuốc nên được xem xét sau khi thay đổi lối sống.	Loại I	<160	≥40	<150	<190
	Loại II	<140			<170
	Loại III	<120			<150
Phòng ngừa thứ phát: Điều trị thuốc nên được xem xét, cùng với thay đổi lối sống.	Có tiền sử bệnh mạch vành	<100			<130

- Dịch tễ học
- Chứng cứ
- Hướng dẫn 2012
- Tóm tắt



# Tóm tắt

- Tỷ lệ hiện mắc và tử vong do bệnh mạch vành ở Nhật Bản thấp hơn khá nhiều so với các nước phương tây.
- Nhấn mạnh tới điều trị toàn diện các yếu tố nguy cơ.
- Đưa ra khái niệm nguy cơ tuyệt đối .
- không-HDL-C là mục tiêu thứ hai trong điều trị tăng triglycerid máu .