

Đặc điểm và kết quả điều trị tăng Triglyceride máu nặng tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai

Nguyễn Quang Bày^{*,**}, Phạm Thị Lưu^{*}

Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai^{*}

Bộ môn Nội tổng hợp - Trường Đại học Y Hà Nội^{**}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tăng triglyceride máu nặng là rối loạn lipid máu nguy hiểm nhưng chưa có phác đồ điều trị rõ ràng. Nghiên cứu này nhằm mục đích tìm hiểu (1) Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân có tăng triglyceride máu nặng và (2) Kết quả điều trị tăng triglyceride máu nặng tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dọc, tiến cứu, can thiệp ở 33 bệnh nhân tăng triglyceride > 11,2 mmol/L, trong thời gian từ tháng 1 - 10/2019.

Kết quả: Đa số các bệnh nhân là từ 30 - 50 tuổi, thừa cân và béo phì. 30,3% bệnh nhân có nghiện rượu, và 27,3% bệnh nhân nhập viện do viêm tụy cấp. Triglyceride máu trung bình khi nhập viện là $29,2 \pm 18,6$ mmol/L. Ngoài thay đổi lối sống, 87,9% bệnh nhân sử dụng ≥ 2 thuốc làm giảm Triglyceride máu. Có 70% bệnh nhân được điều trị bằng insulin truyền tĩnh mạch, trong thời gian trung bình $78,2 \pm 57,2$ (giờ). Sau điều trị, Triglyceride máu giảm trung bình $22,8 \pm 18,5$ mmol/L. Truyền insulin tĩnh mạch làm giảm Triglyceride máu nhiều hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê so với không điều trị insulin. Tuy nhiên truyền insulin làm

giảm Triglyceride nhiều và có ý nghĩa thống kê ở các bệnh nhân đái tháo đường và phụ nữ có thai.

Kết luận: Tăng Triglyceride máu nặng thường gặp ở bệnh nhân nam giới, tuổi 30 - 50, có thừa cân, nghiện rượu. Điều trị tích cực bằng thay đổi lối sống và thuốc làm giảm có ý nghĩa Triglyceride máu. Liệu pháp truyền insulin tĩnh mạch cho kết quả rất tốt ở các bệnh nhân đái tháo đường và phụ nữ có thai.

Từ khóa: Triglyceride máu nặng, insulin.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng triglyceride (TG) máu là rối loạn chuyển hóa lipid thường gặp. Tại Việt Nam, các nghiên cứu thấy tỷ lệ tăng TG máu khá cao từ 28,7 đến 39,9%, và có thể lên tới 61,4% ở những bệnh nhân đái tháo đường [1,2], trong đó tỷ lệ tăng TG máu nặng và rất nặng (> 10 mmol/L) chiếm tỷ lệ chỉ dưới < 2% [3,4]. Có 2 nhóm nguyên nhân chính gây tăng TG máu gồm tăng TG máu tiên phát (do bất thường di truyền về gen, thường có tính chất gia đình...) và tăng TG máu thứ phát do nhiều nguyên nhân như béo phì, đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa... nhưng thường gặp nhất là do rượu. Mặc dù tăng TG máu nặng sẽ làm tăng

cao nguy cơ gây biến chứng tim mạch và viêm tụy cấp nhưng hiện vẫn chưa có sự thống nhất về về điều trị tăng TG máu nặng. Tại Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi gặp nhiều bệnh nhân có tăng TG máu rất cao, kèm theo viêm tụy cấp tái phát và một số phụ nữ có thai cũng có TG cao đe dọa gây sảy thai, đẻ non... vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu chính:

1 - Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân có tăng TG máu nặng tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai.

2 - Nhận xét kết quả điều trị tăng TG máu nặng ở nhóm bệnh nhân trên, đặc biệt là đánh giá hiệu quả của điều trị truyền insulin tĩnh mạch.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 33 bệnh nhân tăng TG máu nặng, nhập viện tại khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2019 đến tháng 10/2019. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân là:

- Có tăng TG máu mức độ nặng theo Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC) 2019: nồng độ TG máu khi đói > 11,2 mmol/L [6].

- Có được điều trị rối loạn lipid máu tại Khoa Nội tiết - Bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có rối loạn ý thức, hoặc có suy thận, suy giáp.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dọc, tiến cứu, can thiệp, không có nhóm chứng

- Khám bệnh và khai thác lý do vào viện, tiền sử, bệnh sử. Về bệnh sử, chú ý:

Bản thân: Rối loạn lipid máu, nghiện rượu, hút thuốc lá, viêm tụy cấp, và các bệnh lý khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, gout

Gia đình: Có người thân trong gia đình mắc rối loạn lipid máu

- Khám bệnh: Đo chiều cao, cân nặng, tính BMI; đo huyết áp, khám tìm u mỡ vàng dưới da

- Xét nghiệm sinh hóa máu:

Triglyceride máu và Lipid máu lúc đói tại thời điểm nhập viện và các ngày sau để theo dõi điều trị. Đánh giá theo tiêu chuẩn của NCEP - ATP III (2001).

Ure, creatinin, FT4 và TSH, men gan (AST, ALT)

- Siêu âm ổ bụng tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, kiểm tra xem có hình ảnh viêm tụy không.

- Khi nghi có viêm tụy cấp, các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ ổ bụng.

- Chẩn đoán viêm tụy cấp theo Hiệp hội Tiêu hóa Hoa Kỳ (2013), khi có 2/3 tiêu chuẩn [7]:

Đau bụng điển hình

Amylase và/hoặc Lipase huyết tương tăng trên ba lần giới hạn trên của bình thường.

Có tổn thương viêm tụy trên chẩn đoán hình ảnh (Siêu âm, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng).

Điều trị: gồm các biện pháp

- Insulin nhanh (human) truyền tĩnh mạch, liều tính theo UI/kg cân nặng/h.

Bệnh nhân đái tháo đường: Truyền theo phác đồ điều trị nhiễm toan ceton.

Bệnh nhân không bị đái tháo đường: Truyền insulin + Glucose 5% + Kali.

Thời gian sử dụng: tính từ khi bắt đầu truyền cho đến khi ngừng truyền tính theo giờ

- Các thuốc điều trị tăng TG máu uống nếu không có chống chỉ định: Fenofibrate 200mg/ngày và/hoặc Omega-3 5g/ngày.

- Chế độ ăn theo chuyên gia dinh dưỡng, khuyến khích tập thể dục tại giường bệnh.

- Theo dõi cho đến khi TG máu khi đói < 10 mmol/L và/hoặc hết triệu chứng viêm tụy cấp.

Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20 với các thuật toán thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả những thông tin của bệnh nhân được bảo mật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân chia nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi và giới

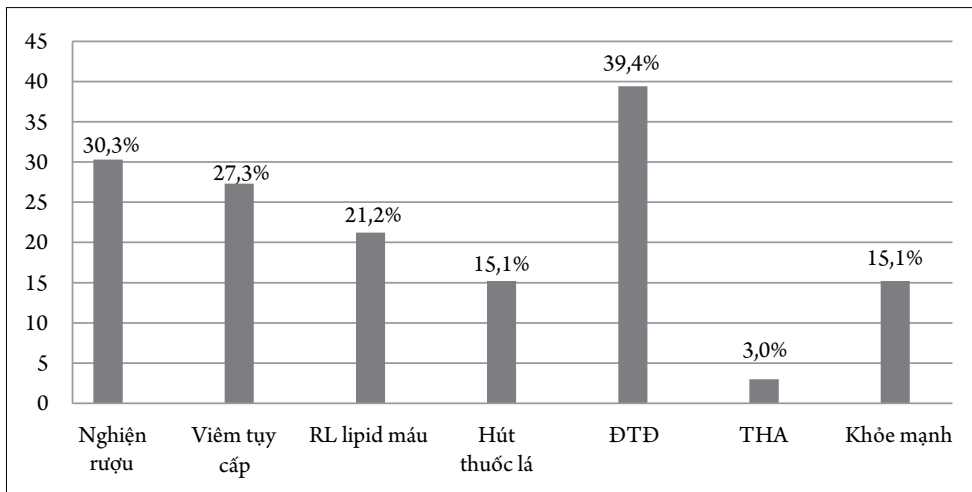
Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung	
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ
< 30	3	14,3	2	16,7	5	15,2
30 - 40	5	23,8	6	50,0	11	33,3
41 - 50	7	33,3	2	16,7	9	27,3
> 50	6	28,6	2	16,7	8	24,3
Tổng	21	100	12	100	33	100
Tuổi trung bình	42,3 ± 15,7		43,9 ± 11,0		43,3 ± 12,7	

Các bệnh nhân có độ tuổi từ 26 - 79 tuổi. Nhóm tuổi từ 30 - 50 chiếm 60,6% số bệnh nhân nghiên cứu. Chỉ có 1 bệnh nhân trên 60 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam/ nữ là 1,75/1

Tính BMI chúng tôi thấy không có bệnh nhân

nào gầy (BMI < 18,5) nhưng có đến 30,3% số bệnh nhân là thừa cân và 42,4% số bệnh nhân là béo phì.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân tăng TG máu nặng



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm bệnh nhân nghiên cứu theo tiền sử bệnh

Tiền sử: 30,3% số BN có nghiện rượu; 27,3 % số BN có tiền sử viêm tụy cấp từ 1 đến 5 lần; 21,2 % số BN có tiền sử rối loạn lipid máu; 39,4% số BN có đái tháo đường. Không BN nào có tiền sử gia đình về rối loạn lipid máu.

Các nguyên nhân chính khiến BN phải nhập viện là: Phát hiện TG máu cao khi đi khám sức khỏe (9 BN, chiếm 27,3%), viêm tụy cấp (5 BN chiếm 15,2%), có u mỡ vàng dưới da (1 BN chiếm 3,0%). Đa số là được phát hiện tình cờ (18 BN, chiếm 54,5%).

Bảng 2. Nồng độ TG máu của các bệnh nhân lúc nhập viện

	Trung bình ± SD (mmol/L)	p
BN không ĐTĐ (n=6)	19,8 ± 7,7	0,223
BN có ĐTĐ (n=27)	30,9 ± 19,5	
Chung (n=33)	29,2 ± 18,6	

TG máu trung bình lúc nhập viện của các BN là 29,2 ± 18,6 mmol/L, dao động từ 13,7 đến 90,9 mmol/L. Ngoài ra, 18,2% BN có tăng LDL-C và 27,3 % BN có giảm HDL-C.

Đánh giá kết quả điều trị nội khoa ở bệnh nhân tăng TG máu nặng

Phương pháp điều trị

Bảng 3. Phân chia nhóm đối tượng nghiên cứu theo phương pháp điều trị

Điều trị	Không ĐTĐ		Có ĐTĐ		Chung	
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ
Fibrate đơn thuần	0	0	4	14,3	4	12,1
Fibrate + Insulin	1	20,0	5	17,9	6	18,2
Insulin + Omega	2	40,0	2	7,1	4	12,1
Fibrate + Omega	0	0	6	21,4	6	18,2
Insulin + Fibrate+ Omega	2	40,0	11	39,3	13	39,4
Tổng	5	100	28	100	33	100

Ngoài điều chỉnh chế độ ăn, 39,4% số bệnh nhân được điều trị bằng cả 3 loại thuốc hạ TG máu; 48,5% số BN được điều trị phối hợp 2 loại thuốc hạ TG máu.

Có 23 BN được điều trị insulin truyền tĩnh mạch trong trung bình là 78,2 ± 57,2 giờ (dao động từ 13,5 - 273 giờ), với liều insulin trung bình là 0,046 ± 0,013 UI/kg/h (dao động từ 0,027 - 0,075 UI/kg/h)

Đáp ứng điều trị

Sau thời gian điều trị trung bình là 7,1 ± 5,4 ngày, TG máu trung bình của các BN đã giảm từ 29,2 ± 18,6 mmol/L xuống 6,3 ± 3,9 mmol/L (p < 0,05).

Tỷ lệ BN đạt mục tiêu TG máu < 10 mmol/L sau 1, 3 và 5 ngày lần lượt là 15,2; 30,3 và 54,5%

So sánh hiệu quả của các phương pháp điều trị hạ TG máu

Bảng 4. Kết quả điều trị giữa 2 nhóm BN có và không sử dụng insulin truyền tĩnh mạch

Kết quả	Có điều trị Insulin tĩnh mạch (n= 23)	Không điều trị Insulin tĩnh mạch (n= 10)	p
TG trước can thiệp	33,17± 20,16	20,13± 10,14	0,02
TG sau can thiệp	7,13± 4,14	4,55± 2,91	0,085

Giảm TG	26,01± 20,45	15,38± 10,32	0,131
Số ngày ĐT	6,52± 5,59	8,50± 4,77	0,338

Điều trị insulin làm giảm TG nhiều hơn trong thời gian ngắn hơn so với không điều trị insulin tĩnh mạch nhưng không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

Bảng 5. Kết quả điều trị truyền insulin tĩnh mạch ở 2 nhóm BN có ĐTĐ và không có ĐTĐ

Kết quả	Không có ĐTĐ (n= 5)	Có ĐTĐ (n= 18)	p
TG trước điều trị	19,79 ± 7,74	36,88 ± 21,08	0,094
TG sau điều trị	10,52 ± 3,50	6,18 ± 3,86	0,034
Giảm TG	9,26 ± 10,52 ($p = 0,120$)	30,70 ± 20,31 ($p < 0,001$)	0,035
Số giờ truyền insulin	139,6 ± 78,35	61,19 ± 37,15	0,004
Liều insulin (UI/kg/h)	0,039 ± 0,008	0,048 ± 0,014	0,163

Khi được điều trị insulin truyền tĩnh mạch, nhóm BN đái tháo đường có giảm TG nhiều hơn so với nhóm BN không có đái tháo đường có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,035$. Thời gian điều trị insulin lại ngắn hơn có ý nghĩa thống kê với $p = 0,004$, mặc dù liều insulin là tương đương nhau.

Điều trị tăng TG máu ở bệnh nhân là phụ nữ có thai:

Cả 4 BN là phụ nữ mang thai trong nghiên cứu đều được điều trị bằng chế độ ăn, truyền insulin tĩnh mạch và uống Omega-3, nhưng không dùng fenofibrate.

- Bệnh nhân 39 tuổi, mang thai IVF 35 tuần. Tiền sử bình thường. Đợt này tình cờ đi khám phát hiện tăng TG máu 16,53 mmol/L. TG máu sau can thiệp là 8,26 mmol/L.

- Bệnh nhân 36 tuổi, mang thai 25 tuần. Có 2 lần sảy thai không rõ nguyên nhân, và đã biết có tăng TG máu từ 2 năm trước, nhưng ngừng dùng fenofibrate từ khi có thai. Lần này đi khám phát hiện TG máu là 13,84 mmol/L. TG máu sau can thiệp là 9,43 mmol/L.

- Bệnh nhân 28 tuổi, song thai IVF 6 tuần, đã bị đái tháo đường 1 năm. Đợt này đi khám, phát hiện

TG máu 28,65 mmol/L. TG máu sau can thiệp là 8,71 mmol/L.

- Bệnh nhân 29 tuổi, mang thai 35 tuần. Có tiền sử viêm tụy cấp do tăng TG máu ở lần mang thai đầu tiên dẫn đến đẻ non, sau bỏ thuốc điều trị tăng TG máu. Lần này đi khám xét nghiệm TG máu là 13,70 mmol/L. TG máu sau can thiệp: 13,14 mmol/L.

BÀN LUẬN

Nhiều phân tích gộp trên những bệnh nhân tăng TG máu thấy các yếu tố nguy cơ của tăng TG máu nặng là tuổi, giới nam, hút thuốc là, sử dụng rượu, thừa cân và béo phì, và đái tháo đường [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nam nhiều hơn nữ, và 30,3% bệnh nhân có nghiện rượu. Đặc biệt có tới trên 70% số bệnh nhân có thừa cân hoặc béo phì. Các nghiên cứu cho thấy người thừa cân và béo phì có nguy cơ bị rối loạn lipid máu cao gấp 1,8 - 2,6 lần so với người có cân nặng bình thường [2,8]. Thêm vào đó, thừa cân và béo phì còn là một yếu tố nguy cơ của đái tháo đường typ 2 và nếu không kiểm soát tốt đường huyết thì lại làm tăng TG máu nhiều hơn. Tỷ lệ hơn 60% các bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 - 50 là tuổi lao động, và tăng TG máu

nhiều ở những người này là cảnh báo cho lối sống ít hoạt động thể lực và thói quen uống bia rượu nhiều của người Việt Nam.

Các BN của chúng tôi có TG máu trung bình lúc nhập viện là $29,2 \pm 18,6$ mmol/L, cao nhất lên đến $90,9$ mmol/L. TG máu tăng trên $11,2$ mmol/L, sẽ làm tăng nguy cơ viêm tụy cấp nhiều hơn là tim mạch. Hassan Murad phân tích dữ liệu từ 35 nghiên cứu thấy tăng TG làm tăng nguy cơ mắc viêm tụy cấp gấp 4 lần, trong khi các biến cố tim mạch chỉ tăng 1,3 - 1,8 lần [8]. Còn Lloret Linares thấy 20% bệnh nhân tăng TG nặng có tiền sử viêm tụy cấp [7]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy 27,3% BN có tiền sử viêm tụy cấp, trung bình là 2,44 lần. Ngoài ra khám còn phát hiện có 14/27 BN đái tháo đường là mới được phát hiện.

Khó khăn trong thực hành lâm sàng là các BN tăng TG máu, kể cả TG máu rất cao cũng ít có triệu chứng. Trên 80% số BN của chúng tôi được phát hiện tăng TG nặng khi đi khám đái tháo đường hoặc khám sức khỏe định kỳ. Khi xem xét 5 BN nhập viện khoa tiêu hóa vì biến chứng viêm tụy cấp, thấy những BN này ít chú ý đến việc điều trị rối loạn lipid máu và không được theo dõi tại chuyên khoa Nội tiết sau khi ra viện dẫn đến tình trạng viêm tụy cấp tái phát nhiều đợt, có BN đã bị viêm tụy cấp tới 5 lần. Bên cạnh đó còn có nguyên nhân là nhiều người bệnh ở nước ta chưa quan tâm đến khám sức khỏe định kỳ, và tuân thủ điều trị kém. Đây là một thách thức lớn trong sàng lọc và điều trị cho người bệnh để hạn chế được các biến cố do tăng TG máu gây ra.

Cho đến nay, vẫn chưa rõ nhóm thuốc nào có tác dụng điều trị tối ưu tăng TG máu mức độ nặng. Fibrate đã được chứng minh hiệu quả giảm TG máu nhiều nhất nhưng tác dụng chậm, và bằng chứng về giảm biến cố tim mạch thì không nhất quán [6]. Các nghiên cứu về tác dụng của omega-3 lại không được thiết kế tốt [6]. Vì vậy chúng tôi quyết định can thiệp tích cực, nhiều biện pháp với mục tiêu đưa

TG máu về mức $< 10,0$ mmol/L để tránh bị VTC. Ngoài thay đổi chế độ ăn theo tư vấn của chuyên gia dinh dưỡng tư vấn, có 87,9% các BN được điều trị phối hợp ≥ 2 thuốc hạ TG máu, và gần 40% số BN sử dụng 3 thuốc hạ TG máu. Fibrate đơn trị liệu hoặc phối hợp trị liệu được dùng nhiều nhất, cho hơn 85% các BN, những người không dùng fibrate là phụ nữ có thai hoặc tăng men gan... Tiếp đó, Omega-3 và insulin được sử dụng ở gần 70% các BN, tất cả đều là phối hợp với nhau hoặc phối hợp với Fenofibrate. Không có bệnh nhân nào điều trị niacin hoặc statin.

Kết quả, sau thời gian điều trị trung bình 7,12 ngày, TG máu của các bệnh nhân giảm trung bình là $22,79 \pm 18,50$ mmol/L và có ý nghĩa thống kê so với lúc vào viện ($p < 0,001$).

Insulin có tác dụng làm giảm TG máu thông qua tăng cường hoạt động của enzyme lipoprotein lipase trong cơ và mô mỡ. Tuy nhiên một số nghiên cứu điều trị tăng TG máu nặng bằng insulin thấy có hiệu quả nhưng không rõ rệt vì cách thức điều trị cụ thể và chỉ định truyền insulin tĩnh mạch ở mức TG máu nào là khác nhau. Sandeep nghiên cứu ở 106 bệnh nhân tăng TG máu có biến chứng viêm tụy cấp thấy truyền insulin tĩnh mạch không làm giảm TG máu nhanh hơn so với các phương pháp điều trị khác [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 23 bệnh nhân được điều trị bằng truyền insulin tĩnh mạch (có phối hợp với thuốc điều trị hạ TG máu khác) là những BN có TG máu cao hơn ($33,2 \pm 20,2$ so với $20,1 \pm 10,1$; $p = 0,02$), với thời gian điều trị trung bình là $78,2 \pm 57,2$ giờ, tương đương với nhiều nghiên cứu khác thấy truyền insulin làm giảm rõ rệt TG sau 2,8 - 3,0 ngày. Kết quả, nhóm BN điều trị insulin có giảm TG nhiều hơn và trong thời gian điều trị ngắn hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê. Lý do có thể là số lượng BN nhỏ (23 và 10 bệnh nhân), và liều insulin được sử dụng trong nghiên cứu thấp hơn (liều trung bình là $0,046 \pm 0,013$ UI/

kg/h) so với liều được sử dụng trong các báo cáo lâm sàng khác [9]. Đặc biệt là không có bệnh nhân nào bị viêm tụy cấp mới hoặc tái phát, hay biến cố tim mạch trong thời gian nghiên cứu.

Tuy nhiên khi phân tích kĩ hơn nhóm BN được điều trị insulin tĩnh mạch, chúng tôi thấy ở phân nhóm bệnh nhân đái tháo đường, TG máu giảm nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với lúc ban đầu (giảm trung bình $30,7 \pm 20,3$; $p < 0,001$), còn phân nhóm BN không có đái tháo đường thì TG máu có giảm nhưng không có ý nghĩa thống kê (giảm trung bình là $9,3 \pm 10,5$; $p = 0,120$). Thời gian truyền insulin tĩnh mạch của phân nhóm đái tháo đường chỉ bằng một nửa so với phân nhóm không có đái tháo đường ($61,2$ so với $139,6$ giờ; $p = 0,04$). Lý do có thể giảm đường huyết nhờ insulin sẽ làm giảm thêm TG.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân đang mang thai, tiền sử thai sản khá nặng (tuổi cao, sảy thai, đẻ non, thai IVF). Khó khăn trong điều trị những BN này là chưa có dữ liệu về an toàn của fibrate ở phụ nữ mang thai, còn các thuốc insulin, omega thì lại thiếu bằng chứng về hiệu quả trong điều trị tăng TG máu nặng. Tuy vậy, chúng tôi vẫn quyết định điều trị cho các thai phụ này bằng chế độ ăn và phối hợp insulin với omega-3. Kết quả có 3/4 thai phụ đáp ứng tốt, TG đạt mục tiêu. Có 3 người đã chuyển dạ đẻ an toàn ở tuần thai > 37 , trong đó có thai phụ không đáp ứng với điều trị, còn 1 BN vẫn đang được theo dõi.

Nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là số lượng bệnh nhân ít, thời gian theo dõi ngắn và không có điều kiện chẩn đoán rối loạn lipid máu di truyền nên có thể chưa phản ánh chính xác hiệu quả của

các phác đồ điều trị. Tuy nhiên kết quả này là gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng có thể sử dụng phác đồ truyền insulin tĩnh mạch trong giai đoạn TG máu tăng quá cao và chờ đợi thuốc fibrate có tác dụng, hoặc cho những người có chống chỉ định với thuốc fibrate; đặc biệt là ở những BN có đái tháo đường hoặc là phụ nữ có thai.

KẾT LUẬN:

Kết luận 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Tăng TG máu nặng thường gặp ở bệnh nhân nam giới, tuổi 30 - 50, có thừa cân/béo phì.

- Phần lớn các bệnh nhân không có triệu chứng của tăng TG máu trên lâm sàng.

- Nồng độ TG máu trung bình khi nhập viện là $22,9 \pm 18,6$ mmol/L, TG máu trung bình của nhóm BN có đái tháo đường cao hơn nhóm BN không có đái tháo đường với $p < 0,05$.

Kết luận 2: Nhận xét kết quả điều trị

- Tất cả bệnh nhân đều được điều trị tích cực bằng thay đổi chế độ ăn và sử dụng các thuốc làm giảm TG máu.

- Trên $> 85\%$ các BN được điều trị từ 2 nhóm thuốc trở lên, trong đó $39,4\%$ BN được điều trị bằng 3 thuốc insulin + fenofibrate + Omega. Sau điều trị tích cực trung bình 7,1 ngày, nồng độ TG giảm trung bình là $22,8 \pm 18,5$ mmol/L, và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

- 70% số BN được điều trị insulin truyền tĩnh mạch, thời gian điều trị trung bình là 78,2 giờ. Liệu pháp insulin truyền tĩnh mạch làm giảm TG máu có ý nghĩa thống kê ở các BN đái tháo đường và phụ nữ có thai.

ABSTRACT

Features and results of severe hypertriglyceridemia treatment at the Department of Endocrinology, Bach Mai Hospital

Objectives: Severe hypertriglyceridemia treatment have not been established. This study aims to investigate (1) Clinical and subclinical characteristics of patients with severe hypertriglyceridemia and (2)

Results of severe hypertriglyceridemia treatment at the Department of Endocrinology, Bach Mai Hospital

Subjects and methods: Longitudinal, prospective and intervention studies of 33 patients with hypertriglyceridemia > 11.2 mmol/L, from Jan to Oct, 2019.

Results: The majority of patients are 30 to 50 years old, and overweight. 30.3% of patients had alcoholism, and 27.3% of patients were hospitalized for acute pancreatitis. The mean blood TG level at admission was 29.2 ± 18.6 mmol/L. In addition to lifestyle changes, 87.9% of patients used ≥ 2 drugs to reduce blood TG. 70% of patients were treated with intravenous insulin, for an average of 78.2 ± 57.2 (hours). After intensive treatment, the average blood TG level decreased by 22.8 ± 18.5 mmol/L. Treatment with IV insulin reduced blood TG more but is not statistically significant compared to none-insulin treatment. However, IV insulin treatment is very effective in diabetic patients and pregnant women.

Conclusions: Most of severe hypertriglyceridemia patients are from 30 - 50 years old, with overweight and alcoholism. Intensive treatment with lifestyle changes and medications significantly reduces blood TG. IV insulin therapy has shown positive results, especially in patients with diabetes and pregnant women.

Key words: Severe hyper Triglyceridemia, insulin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lin, C.-F., et al.,** *Epidemiology of Dyslipidemia in the Asia Pacific Region.* International Journal of Gerontology, 2018. **12**(1): 2-6.
2. **Christian, J.B., et al.,** *Prevalence of severe hypertriglyceridemia in United States adults.* Am J Cardiol, 2011. **107**(6): 891-7.
3. **Pham Thi Dung, Do Van Vuong, Pham Ngoc Khai, et al,** *Prevalence of Dyslipidemia and Associated Factors among Adults in Rural Vietnam.* Systematic Reviews in Pharmacy, 2020. **11** (1): p. 7.
4. **Viện Quang Mai, Phạm Thị Phương Thủy, Nguyễn Đình Lượng,** *Tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người trên 45 tuổi bị đái tháo đường typ 2 và tiền đái tháo đường mới được phát hiện tại tỉnh Khánh Hòa.* Y học dự phòng, 2017. **8** (27): p. 1.
5. **Karpov, et al,** *Prevalence of Hypertriglyceridemia: New Data Across the Russian Population. The PROMETHEUS Study.* Kardiologija, 2016. **56**(7): 63-71.
6. **François Mach, Colin Baigent, Alberico L Catapano, et al,** *2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS).* European Heart Journal, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111-188.
7. **Tenner S., et al.,** *American College of Gastroenterology guideline: management of acute pancreatitis.* Am J Gastroenterol, 2013. **108**(9): 1400-15.
8. **Murad M.H., et al.,** *The association of hypertriglyceridemia with cardiovascular events and pancreatitis: a systematic review and meta-analysis.* BMC Endocrine Disorders, 2012. **12**: p. 2-2.
9. **Sandeep D, Anjul S, et al.,** *Intravenous Insulin Versus Conservative Management in Hypertriglyceridemia-Associated Acute Pancreatitis.* J Endocr Soc, 2020. **4**(1): 1 - 9.