

Một số điểm mới trong hướng dẫn thực hành giảm cholesterol máu của Hiệp hội Tim mạch/ Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ACC) 2013

Phạm Mạnh Hùng

Đinh Huỳnh Linh

Viện Tim mạch Việt Nam

TỔNG QUAN

Ngày 12 tháng Mười một, 2013, Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ và Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA) đã ban hành khuyến cáo mới nhất về kiểm soát cholesterol máu để giảm nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa ở người lớn¹.

Bản khuyến cáo này ra đời sau một thời gian dài nghiên cứu và cân nhắc kỹ lưỡng, 12 năm sau khuyến cáo thứ ba về điều trị cholesterol máu ở người lớn (ATP III), 8 năm sau bản cập nhật của ATP III – trong đó khuyến cáo điều trị hạ mỡ máu tích cực (đưa nồng độ LDL-C xuống dưới mức 1,8 mmol/L) ở những bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao².

Quá trình ban hành khuyến cáo được bắt đầu tiến hành từ năm 2008, khi Viện Tim, Phổi, Huyết học quốc gia Hoa Kỳ (National Heart, Lung, and Blood Institute, viết tắt NHLBI) thành lập uỷ ban điều trị cholesteol máu cao ở người lớn (ATP IV) để tiến hành cập nhật cho khuyến cáo ATP III. Một uỷ ban soạn thảo được thành lập, gồm các chuyên gia và thầy thuốc lâm sàng trong lĩnh vực tim mạch, nội tiết, dịch tễ, và chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Các chuyên gia đã tiến hành phân tích các dữ liệu hiện có nhằm trả lời 2 câu hỏi trong thực hành lâm sàng. Câu hỏi đầu tiên liên quan đến việc điều trị dựa trên mức cholesterol máu mục tiêu, cụ thể là nồng độ cholesterol có tỉ trọng lipoprotein thấp

(LDL-C) và các cholesterol không phải loại có tỉ trọng lipoprotein cao (non-HDL-C). Câu hỏi thứ hai tìm hiểu vai trò dự phòng bệnh lý tim mạch do xơ vữa cũng như tác dụng phụ có thể gặp của các nhóm thuốc hạ mỡ máu. Các bệnh tim mạch do xơ vữa bao gồm bệnh mạch vành, bệnh mạch não (gồm cả tai biến mạch não thoáng qua), và bệnh mạch máu ngoại biên. Các tài liệu được xem xét nằm trong hệ thống dữ liệu bằng tiếng Anh được xuất bản từ tháng Một năm 1995 đến tháng Mười hai năm 2009, chủ yếu là những thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên (RCT) và phân tích gộp (meta-analysis) của các RCT này. Nhóm soạn thảo chỉ xem xét những nghiên cứu có chất lượng khá trở lên, nhằm mục đích đưa ra những chứng cứ khoa học đáng tin cậy nhất. Sau khi được tổng hợp và phân tích, các khuyến cáo được phân loại theo nhóm chỉ định (nhóm I, IIa, IIb, III) và mức độ bằng chứng (A, B, C).

Trước khi ban hành, bản khuyến cáo được đánh giá bởi 23 chuyên gia do NHLBI chỉ định. Sau đó, 4 cố vấn độc lập do ACC/AHA đề cử sẽ tiến hành thẩm định thêm. Ngoài ra, văn bản đã được ACC/AHA thông qua cũng cần nhận được sự đồng thuận của nhiều hiệp hội Tim mạch khác như Hiệp hội phục hồi chức năng Tim mạch và bệnh phổi, Hiệp hội Dược sỹ Hoa Kỳ, Hội dự phòng bệnh Tim mạch, Hội Tim mạch phụ nữ, và Hội điều dưỡng dự phòng bệnh Tim mạch.

KHUYẾN CÁO VỀ ĐIỀU TRỊ HẠ CHOLESTEROL MÁU NĂM 2013

Bản khuyến cáo tập trung vào chiến lược điều trị cholesterol máu để giảm nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa ở người lớn. Khuyến cáo đưa ra một danh sách đầy đủ các hướng dẫn thực hành trong từng tình huống lâm sàng cụ thể (bảng 1).

Bảng 1. Khuyến cáo 2013 của ACC/AHA về kiểm soát cholesterol máu

Thay đổi lối sống tích cực ở mọi người	
Bắt đầu và tiếp tục sử dụng liệu pháp statin ở những trường hợp sau:	
1.	Những người có bệnh lý tim mạch do xơ vữa
	a. Người ≤ 75 tuổi, không lo ngại về tính an toàn của thuốc: dùng statin liều cao (khuyến cáo IA)
	b. Người > 75 tuổi, có lo ngại về tính an toàn của thuốc: dùng statin liều trung bình (khuyến cáo IA)
2.	Dự phòng tiên phát ở những người LDL-C ≥ 190 mg/dL (5 mmol/L)
	a. Loại trừ những nguyên nhân gây tăng cholesterol máu thứ phát
	b. Người ≥ 21 tuổi: dùng statin liều cao (khuyến cáo IB)
	c. Mục đích giảm $\geq 50\%$ nồng độ LDL-C trong máu (khuyến cáo IIa, B)
	d. Có thể cân nhắc dùng thuốc hạ mỡ máu không phải statin để tăng tác dụng giảm LDL-C (khuyến cáo IIb, C)
3.	Dự phòng tiên phát ở những người đái tháo đường, tuổi 40-75, LDL-C từ 1,8-4,9 mmol/L
	a. Sử dụng statin liều trung bình (khuyến cáo IA)
	b. Cân nhắc sử dụng statin liều cao nếu nguy cơ biến cố tim mạch trong 10 năm vượt quá 7,5% (khuyến cáo IIa, B)
4.	Dự phòng tiên phát ở những người không có đái tháo đường, tuổi 40-75, mức LDL-C từ 1,8 đến 4,9 mmol/L
	a. Cân ước tính nguy cơ biến cố tim mạch trong 10 năm theo thang điểm ASCVD (khuyến cáo IB)
	b. Trước khi bắt đầu liệu pháp statin, thầy thuốc cần thảo luận về vai trò của thuốc cũng như tác dụng phụ hay tương tác thuốc có thể gặp, cân nhắc nguyện vọng của đối tượng điều trị (khuyến cáo IIa, C). Nhấn mạnh thay đổi lối sống và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ. Trong trường hợp quyết định điều trị bằng statin:
	I. Nguy cơ tim mạch $\geq 7,5\%$: dùng statin liều trung bình hoặc cao (khuyến cáo IA)
	II. Nguy cơ tim mạch từ 5-7,5%: xem xét dùng statin liều trung bình (khuyến cáo IIa, B)
	III. Cần xem xét thêm các yếu tố sau khi đưa ra chỉ định điều trị: LDL-C $\geq 4,1$ mmol/L, tiền sử gia đình có bệnh tim mạch, hs-CRP ≥ 2 mg/L, điểm vôi hoá mạch vành ≥ 300 đơn vị Agatston, chỉ số huyết áp cổ chân cánh tay $< 0,9$ (khuyến cáo IIb, C)
5.	Cân nhắc dự phòng tiên phát bằng statin cho những người LDL-C < 5 mmol/L, tuổi < 40 hoặc > 75 , hoặc có nguy cơ tim mạch 10 năm $< 5\%$ (khuyến cáo IIb, C)
6.	Không khuyến cáo dùng statin thường quy cho các bệnh nhân suy tim NYHA II-IV hoặc bệnh nhân lọc thận chu kỳ

(Tiếp bảng 1)

Theo dõi định kỳ việc thay đổi lối sống và sử dụng thuốc. Có thể cân nhắc dùng thêm thuốc hạ mỡ máu không phải statin ở một số đối tượng	
	Giám sát điều trị và theo dõi tác dụng phụ của thuốc trong vòng 4-12 tuần kể từ sau bắt đầu điều trị hoặc thay đổi phác đồ (khuyến cáo IA)
	a. Xét nghiệm lipid máu khi đói (khuyến cáo IA)
	b. Không định lượng men gan (ALT) và Creatine Kinase định kỳ trừ khi người bệnh có triệu chứng (khuyến cáo IIa, C)
	c. Sàng lọc và điều trị đái tháo đường type 2 theo các khuyến cáo hiện hành (khuyến cáo IB)
	d. Đáp ứng với điều trị: giảm $\geq 50\%$ nồng độ LDL-C, với liệu pháp statin liều cao, và 30-50% nồng độ LDL-C với liệu pháp statin liều trung bình
I.	Không đủ bằng chứng khoa học về điều trị dựa trên LDL-C hay non-HDL-C mục tiêu
II.	Với những đối tượng không biết LDL-C nên, các RCT cho thấy statin liều cao giảm được LDL-C xuống mức $< 100\text{mg/dL}$ ($2,6\text{ mmol/L}$)
	e. Không đáp ứng với điều trị
I.	Khuyến khích người bệnh tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống (khuyến cáo IA)
II.	Tìm các nguyên nhân gây tăng cholesterol máu thứ phát (khuyến cáo IA)
III.	Tăng liều statin. Nếu bệnh nhân đã dùng liều statin tối đa có thể dung nạp được, cân nhắc dùng thêm các thuốc nhóm hạ mỡ máu khác (khuyến cáo IIb, C)
	f. Sau khi dùng statin, theo dõi định kỳ mỗi 3-12 tháng để đảm bảo hiệu quả điều trị và tính an toàn của thuốc (khuyến cáo IA)
Những đối tượng không dung nạp với statin liều khuyến cáo: dùng liều tối đa có thể	
	Khi có các triệu chứng ở cơ hay cơ quan khác, xác định có phải do statin gây ra hay không (khuyến cáo IIa, B)
	a. Tìm hiểu tiền sử bệnh lý ở cơ trước khi dùng statin
	b. Nếu các triệu chứng ở cơ xuất hiện khi đang dùng statin: ngừng thuốc
	c. Khi triệu chứng (nhẹ, vừa) thuyên giảm, bắt đầu dùng lại statin với liều bằng hoặc thấp hơn. Nếu tái phát triệu chứng, ngừng statin và dùng liều thấp hơn nữa (statin đó hoặc statin khác)
	d. Nếu các triệu chứng ở cơ kéo dài > 2 tháng sau khi ngừng statin, đi tìm các bệnh lý khác gây đau cơ như: suy giáp, giảm chức năng gan, thận, đau cơ do steroid, thiếu vitamin D, đau cơ do thấp

NHỮNG ĐIỂM CHÍNH YẾU CỦA KHUYẾN CÁO 2013 VỀ HẠ CHOLESTEROL MÁU

Thang điểm tổng hợp ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm

Để giúp các thầy thuốc lâm sàng ước tính nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa, nhóm soạn

thảo đề ra một thang điểm tổng hợp (Pool Cohort Equation), ước tính nguy cơ nhồi máu cơ tim, tử vong do bệnh mạch vành, đột quỵ, của người bệnh. Các yếu tố được đưa vào công thức bao gồm tuổi, giới tính, chủng tộc, thói quen hút thuốc, cholesterol máu, huyết áp tâm thu, có hay không dùng thuốc hạ áp, và tình trạng đái tháo đường³.

Công thức Pool Cohort Equation được lấy từ cơ sở dữ liệu của 5 nghiên cứu thuần tập lớn, trên các nhóm đối tượng khác nhau – bao gồm nghiên cứu ARIC (Atherosclerotic Risk in Communities), CHS (Cardiovascular Health Study), CARDIA (Coronary Artery Risk Development in Young Adults), nghiên cứu Framingham gốc, và nghiên cứu Framingham thế hệ hai. Độ chính xác của bảng điểm mới sau đó được tiến hành kiểm định trong hai nghiên cứu thuần tập độc lập là nghiên cứu MESA (Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis) và nghiên cứu REGARDS (Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke).

So với các bảng điểm trước, công thức Pool Cohort Equation có ưu điểm là tính cả nguy cơ đột quy, đồng thời tính toán nguy cơ được hiệu chỉnh theo giới tính và chủng tộc. Thang điểm Framingham trước đây chỉ tính toán nguy cơ bệnh mạch vành ở người Mỹ da trắng.

Thay đổi lối sống tích cực

Một lối sống tích cực là nền tảng cho sức khỏe tim mạch. Khuyến cáo nhấn mạnh tới chế độ ăn ít muối và chất béo no và ít muối, giàu rau quả, cá, dầu thực vật, hạn chế đường, các đồ uống có đường, và các loại thịt đỏ. Ngoài ra, cần tăng cường tập thể dục đều đặn. Mọi người nên giữ cân nặng ở mức vừa phải, không hút thuốc, kiểm soát tốt tình trạng tăng huyết áp và đái tháo đường, nếu có.

Liệu pháp statin

Các bằng chứng mạnh mẽ từ những thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên cho thấy hiệu quả dự phòng biến cố tim mạch của các thuốc nhóm statin ở 4 nhóm đối tượng sau:

Có biểu hiện lâm sàng của bệnh tim mạch do xơ vữa (hội chứng vành cấp, nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực ổn định, bệnh mạch vành hoặc mạch máu khác đã được tái tưới máu, đột quy, tai biến mạch não thoáng qua, các bệnh mạch máu ngoại biên do căn nguyên xơ vữa).

Có mức LDL-C ≥ 5 mmol/L.

Có đái tháo đường, tuổi từ 40-75, có mức

LDL từ 1,8-4,9 mmol/L và chưa có biểu hiện lâm sàng của bệnh tim mạch do xơ vữa.

Không có đái tháo đường, có nguy cơ tim mạch 10 năm $\geq 7,5\%$, mức LDL-C từ 1,8 đến 4,9 mmol/L.

Các đối tượng nhóm 1 được chỉ định statin dự phòng thứ phát các biến cố tim mạch. Những đối tượng nhóm 2,3,4 dùng statin để dự phòng tiên phát. Cần nhắc dự phòng tiên phát các biến cố tim mạch ở những người có nguy cơ tim mạch 10 năm từ 5-7,5%. Không có chỉ định dùng statin cho các bệnh nhân suy tim NYHA II-IV, bệnh nhân lọc thận chu kỳ, do kết quả các thử nghiệm lâm sàng không cho thấy hiệu quả của thuốc.

Tính an toàn của statin

Các RCT đã chứng minh tính an toàn của statin khi được theo dõi hợp lý. Xem xét chỉnh liều ở những người trên 75 tuổi, có tiền sử không dung nạp thuốc, hoặc gặp tác dụng phụ. Không khuyến cáo xét nghiệm men gan và CK định kỳ trừ khi có triệu chứng gợi ý tổn thương gan hoặc tiêu cơ.

Mặc dù statin liều cao có thể làm tăng nhẹ nguy cơ đái tháo đường type 2, lợi ích giảm biến cố tim mạch lớn hơn tác hại của thuốc, nhất là ở những đối tượng đã có triệu chứng tim mạch, hoặc nguy cơ $\geq 7,5\%$.

Khởi đầu statin với liều phù hợp

Để đạt hiệu quả lâm sàng và giảm thiểu tác dụng không mong muốn, cần sử dụng statin với liều khởi đầu phù hợp. Dựa trên bằng chứng từ các RCT, liệu pháp statin tích cực (nhằm đạt mức giảm LDL-C $\geq 50\%$) được khuyến cáo cho những đối tượng từ 75 tuổi trở xuống, có bệnh lý tim mạch, và không có quan ngại về tính an toàn của thuốc. Liệu pháp statin trung bình (mục tiêu giảm mức LDL-C từ 30-50%) được chỉ định cho những người trên 75 tuổi có bệnh tim mạch do xơ vữa, hoặc những người dưới 75 tuổi, có bệnh tim mạch do xơ vữa, nhưng quan ngại về tính an toàn của thuốc.

Liều dùng của statin trong các thử nghiệm lâm sàng được trình bày trong bảng 2. Các hàm lượng in đậm đã được chứng minh hiệu quả giảm biến cố tim mạch, các hàm lượng in nghiêng đã được FDA chấp thuận, nhưng chưa được đưa vào nghiên cứu trong các RCT. Statin cường độ cao giảm $\geq 50\%$ LDL-C nền, cường độ trung bình giảm 30-50% LDL-C, cường độ thấp giảm $< 30\%$ LDL-C nền.

Bảng 2. Liều statin được khuyến cáo

Statin	Liều hàng ngày		
	Liều cao	Liều trung bình	Liều thấp
Atorvastatin	40-80 mg	10 (20) mg	—
Rosuvastatin	20 (40) mg	5 (10) mg	—
Simvastatin	—	20-40 mg *	10 mg
Pravastatin	—	40 (80) mg	10-20 mg
Lovastatin	—	40 mg	20 mg
Fluvastatin	—	80 mg (Fluvastain XL)	20-40 mg
Fluvastatin	—	40 mg hai lần 1 ngày	—
Pitavastatin	—	2-4 mg	1 mg

*Không dùng simvastatin liều 80 mg do nguy cơ đau cơ và tiêu cơ vân

Chưa có đủ bằng chứng hỗ trợ việc điều trị dựa trên mức cholesterol mục tiêu

Các RCT hiện tại về thuốc hạ mỡ máu nhóm statin và non-statin không so sánh hiệu quả điều trị khi đưa ra các mục tiêu hạ cholesterol máu khác nhau. Do vậy, uỷ ban soạn thảo không đủ cơ sở để đưa ra khuyến cáo về nồng độ cholesterol mục tiêu. Theo các chuyên gia, điều trị dựa trên một mục tiêu LDL-C hay non-HDL-C cụ thể có thể dẫn tới không tối ưu hoá liều statin, hoặc bổ sung thêm các thuốc hạ mỡ máu non-statin, trong khi chưa có bằng chứng về lợi ích của sự kết hợp thuốc này.

Theo dõi định kỳ bệnh nhân

Bệnh nhân khi bắt đầu liệu pháp statin cần được xét nghiệm mỡ máu khi đối định kỳ. Mặc dù mức giảm LDL-C không được coi như đích điều trị, có thể sử dụng kết quả xét nghiệm để đánh giá hiệu quả điều trị, và là công cụ giúp người bệnh thay đổi lối sống tích cực hơn, cũng như tuân thủ trị liệu chặt chẽ hơn.

Đối với những bệnh nhân không đáp ứng với statin, cần nhấn mạnh vai trò của thay đổi lối sống, đồng thời đi tìm các nguyên nhân tăng cholesterol máu thứ phát, như: chế độ ăn giàu chất béo, do thuốc (lợi tiểu, cyclosporine, corticoid, amiodarone), tăng mỡ máu gia đình (có yếu tố gen), hội chứng thận hư, tắc mật, các rối loạn chuyển hoá (suy giáp, béo phì, mang thai). Ở các đối tượng không đáp ứng liệu pháp statin hoặc dung nạp thuốc kém, cần nhắc bổ sung thuốc hạ mỡ máu nhóm khác không phải statin.

Từ khuyến cáo đến thực hành lâm sàng

Theo các tác giả trong nhóm soạn thảo, bằng việc sử dụng các bằng chứng khoa học đáng tin cậy nhất trong cơ sở dữ liệu, bản khuyến cáo đã đưa ra những hướng dẫn có lợi ích nhất cho người bệnh.

So với các phiên bản trước, khuyến cáo 2013 có một số điểm khác biệt nổi bật.

Đưa ra thang điểm Pool Cohort Equaiton để ước tính nguy cơ tim mạch 10 năm, từ đó làm cơ sở chỉ định điều trị.

Bổ sung thêm tai biến mạch não vào nhóm các bệnh tim mạch do xơ vữa, bên cạnh bệnh mạch vành và bệnh mạch máu ngoại biên. Các khuyến cáo trước đây không tính đến tai biến mạch não do không phân biệt được biến cố do xơ vữa hay do cục máu đông trôi đi từ tim.

Mức cholesterol máu mục tiêu (LDL-C và non-HDL-C) không còn được sử dụng để định hướng điều trị.

Xác định 4 nhóm đối tượng được hưởng lợi từ liệu pháp statin.

Nhấn mạnh vai trò của statin liều cao và trung bình. Gần như không còn khuyến cáo sử dụng statin liều thấp (tham khảo bảng 2).

Vai trò của thuốc hạ cholesterol máu không phải statin trở nên không đáng kể. Các thuốc này chỉ được cân nhắc sử dụng nếu bệnh nhân không đáp ứng với statin hoặc không dung nạp statin. Lý do là ban soạn thảo không tìm thấy các RCT chứng minh vai trò giảm biến cố tim mạch của các thuốc fibrat, niacin, hay axit béo omega-3.

Chưa có khuyến cáo về điều trị tăng triglyceride máu.

Với những thay đổi này, bản khuyến cáo mới dường như dễ hiểu hơn và dễ áp dụng hơn trong thực hành lâm sàng. Chỉ định điều trị được đưa ra dựa trên tình trạng lâm sàng và nguy cơ tim mạch của người bệnh. Mọi bệnh nhân có biểu hiện bệnh tim mạch do xơ vữa đều được xếp vào nhóm nguy cơ cao. Những đối tượng này, cùng với những người LDL-C ≥ 5 mmol/L, cần được dùng statin liều cao ngay từ đầu, và không có đích LDL-C cần đạt trong quá trình điều trị.

Đây là một cột mốc chuyển dịch rất đáng lưu ý: từ việc điều trị dựa trên nồng độ LDL-C và non-HDL-C đích sang điều trị statin liều trung bình đến cao cho mọi đối tượng có nguy cơ. Tuy nhiên,

còn nhiều tranh cãi về việc nên hay không nên xoá bỏ mức LDL-C mục tiêu.

Với statin liều cao (cao nhất có thể dung nạp được), chúng ta kỳ vọng sẽ giảm nồng độ LDL-C xuống $\geq 50\%$ so với mức LDL-C nền. Tuy nhiên, điều này không chắc đúng cho mọi bệnh nhân, bởi đáp ứng với thuốc thay đổi ở từng người bệnh, và không thể có một phác đồ cố định trong mọi trường hợp. Trong nghiên cứu ASTEROID (A Study to Evaluate the Effect of Rosuvastatin on Intravascular Ultrasound-Derived Coronary Atheroma Burden), chỉ có 53% bệnh nhân sử dụng rosuvastatin 40 mg đạt mức giảm LDL-C như mong muốn, nghĩa là gần một nửa số bệnh nhân không đạt mục tiêu điều trị như khuyến cáo mới.⁴ Trong thực hành lâm sàng, đáp ứng với thuốc thay đổi ở từng người bệnh và không thể có một liều cố định cho tất cả mọi người. Ngoài ra, nguy cơ tim mạch tồn dư của mỗi bệnh nhân là khác nhau, và kết quả điều trị (ví dụ nồng độ LDL-C là 2,6 mmol/L) có thể giảm biến cố đích ở bệnh nhân này, nhưng không giảm biến cố đích ở một bệnh nhân khác.

Cơ sở của việc bắt đầu điều trị statin cho các bệnh nhân nhóm 4 (không có đái tháo đường, có nguy cơ tim mạch 10 năm $\geq 7,5\%$, mức LDL-C từ 1,8 đến 4,9 mmol/L) là nguy cơ tim mạch cao, tính theo thang điểm Pool Cohort Equation. Điều này có nghĩa là một người không có đái tháo đường, mức LDL-C từ 1,8-2,6 mmol/L (thông số bình thường của các labo hoá sinh trên thế giới) lại là đối tượng điều trị, chỉ vì tuổi cao và có tăng huyết áp. Một số chuyên gia phản biện rằng cần nhiều thời gian hơn để kiểm định tính chính xác của thang điểm mới này, bởi nó bỏ qua nhiều yếu tố quan trọng như tiền sử gia đình, BMI, lối sống. Thang điểm mới có xu hướng ước tính quá mức nguy cơ tim mạch của một người bình thường, dẫn tới lo ngại chỉ định statin sẽ bị mở rộng hơn mức cần thiết⁵.

Chính vì vậy, khuyến cáo của ACC/AHA đã

gây ra nhiều tranh cãi mạnh mẽ, mặc dù không ai nghi ngờ về tính khoa học và minh bạch trong quy trình biên soạn. Chỉ sau 1 tháng, hiệp hội các nhà nội tiết lâm sàng Hoa Kỳ (American Association of Clinical Endocrinologists, AACE) đã chính thức thông báo không đồng thuận với bản khuyến cáo mới. AACE không nhất trí bỏ đi mốc LDL-C mục tiêu, cũng như không tán thành kết luận liệu pháp statin đơn độc là đủ để điều trị bệnh nhân tăng cholesterol máu⁶. Hiệp hội mỡ máu quốc gia (National Lipid Association) cũng không nhất trí với khuyến cáo mới của ACC/AHA.

Tuy nhiên, đa số các chuyên gia vẫn tán đồng với nội dung bản khuyến cáo mới. Theo bác sỹ Leslie Cho, trung tâm tim mạch Cleveland: “Trong kỷ nguyên y học thực chứng ngày nay, khi chúng ta tin ở thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng ngẫu nhiên và phân tích gộp, thì chúng ta cũng phải tin vào các kết luận mà những nghiên cứu đó đưa ra, dù kết luận có thể và khác biệt với suy nghĩ thông thường”⁷.

KẾT LUẬN

Bản khuyến cáo mới, với cả ưu và nhược điểm, thể hiện sự thay đổi đáng kể trong quan điểm điều trị tăng cholesterol máu. Giữa những tranh cãi, chúng tôi tin rằng phần lớn các bác sỹ lâm sàng vẫn đồng thuận với điểm cốt lõi của khuyến cáo. Tất cả chúng ta đều nhận thấy vai trò của statin liều trung bình đến cao cho 4 nhóm bệnh nhân như đã trình bày. Chúng ta cũng nhất trí rằng cần đánh giá nguy cơ tim mạch cho mọi bệnh nhân. Nên hay không nên đưa ra mốc cholesterol mục tiêu là vấn đề còn cần thảo luận.

Cuối cùng, khuyến cáo chỉ là tổng hợp ý kiến của các chuyên gia, nó là công cụ định hướng chứ không thể là mệnh lệnh tuyệt đối trong từng tình huống lâm sàng cụ thể. Mọi văn bản hướng dẫn chỉ có tác dụng hỗ trợ chứ không bao giờ thay thế hoàn toàn đánh giá của người thầy thuốc. Do vậy, với mỗi người bệnh, cần cần nhắc lợi ích – nguy cơ trước khi bắt đầu trị liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stone, N. J., et al. (2014). “2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.” *Circulation* 129(25 Suppl 2): S1-45.
2. National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report. *Circulation* 2002;106:3143–3421.
3. American Heart Association. 2013 Prevention Guidelines Tools: CV Risk Calculator. Dallas, TX: American Heart Association; 2013
4. Nissen SE, Nicholls SJ, Sipahi I, et al. Effect of very high-intensity statin therapy on regression of coronary atherosclerosis: the ASTEROID trial. *JAMA* 2006;295:1556–1565.
5. Muntner P, Colantonio LD, Cushman M, et al. Validation of the atherosclerotic cardiovascular disease Pooled Cohort risk equations. *JAMA* 2014;311:1406-15.
6. American Association of Clinical Endocrinologists. Press Statement. Website: <http://media.aace.com/press-release/press-statement>
7. Leslie Cho, Chad Raymond et al. New cholesterol guidelines: Worth the wait? *Cleveland Clinic Journal of Medicine* January 2014 vol. 81 1 11-19.