



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

GIẢI PHÁP KIỂM SOÁT NGUY CƠ TIM MẠCH TỒN DƯ TRÊN BỆNH NHÂN TIM MẠCH CHUYỂN HÓA VÀ HƠN THỂ NỮA

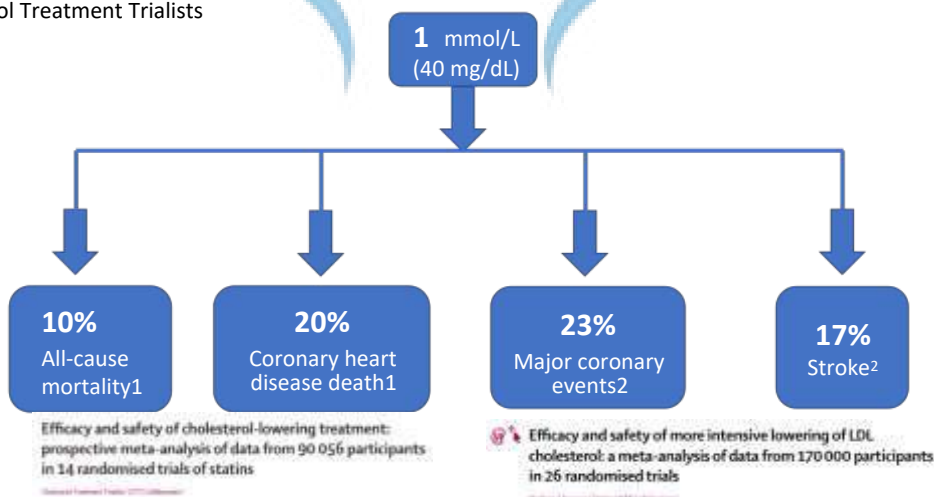
TS.BS. Bùi Thế Dũng
Trưởng khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

This presentation is sponsored by Abbott. I am solely responsible for the content of this presentation.



LDL-C: mục tiêu kiểm soát đầu tiên trong điều trị RLLM
Phân tích tổng hợp CTT: giảm song hành LDL-C và biến cố mạch máu chính

CTT: Cholesterol Treatment Trialists

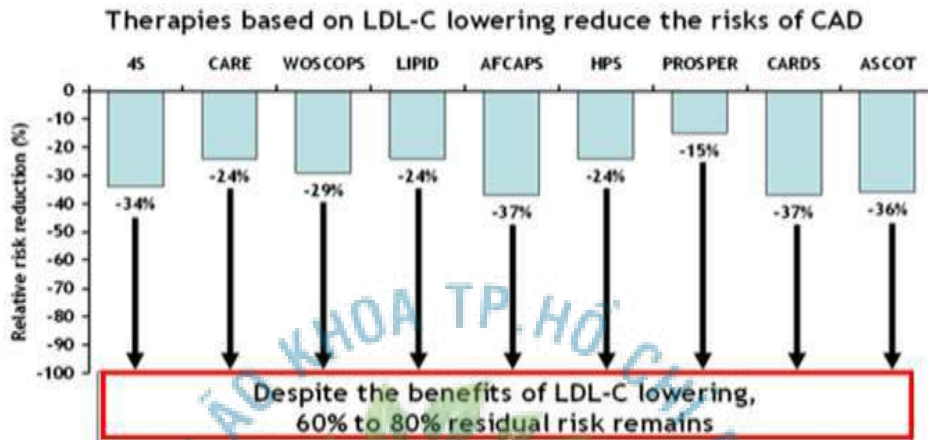


1. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* (London, England). 2010;376(9753):1670-1681. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61350-5

2. Baigent C, Keech A, Kearney PM, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* (London, England). 2005;366(9493):1267-1278. doi:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67394-1



LDL-c đạt mục tiêu nhưng nguy cơ tim mạch tồn dư vẫn còn



National Cholesterol Education Program. 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): Executive Summary. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2001. NIH publication 01-3670.

CAD: Coronary Artery Disease

VTM2351710 (v1.0)



Nguy cơ tim mạch tồn dư?

Nguy cơ tim mạch tồn dư (Residual CVD risk) được định nghĩa là **nguy cơ tái phát** các **biến cố mạch máu** vẫn tồn tại **mặc dù đã điều trị hoặc đạt được mục tiêu** cho các yếu tố nguy cơ như **LDL-C, huyết áp và đường huyết**.

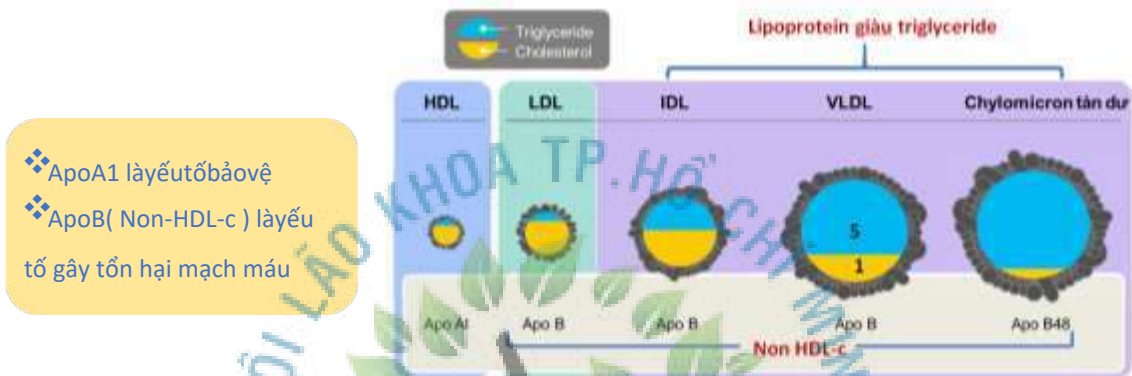
International Journal of Cardiology Cardiovascular Risk and Prevention 18 (2023) 200198

VTM2351710 (v1.0)



Ngoài LDL-c thì còn thành phần nào gây Xơ vữa động mạch?

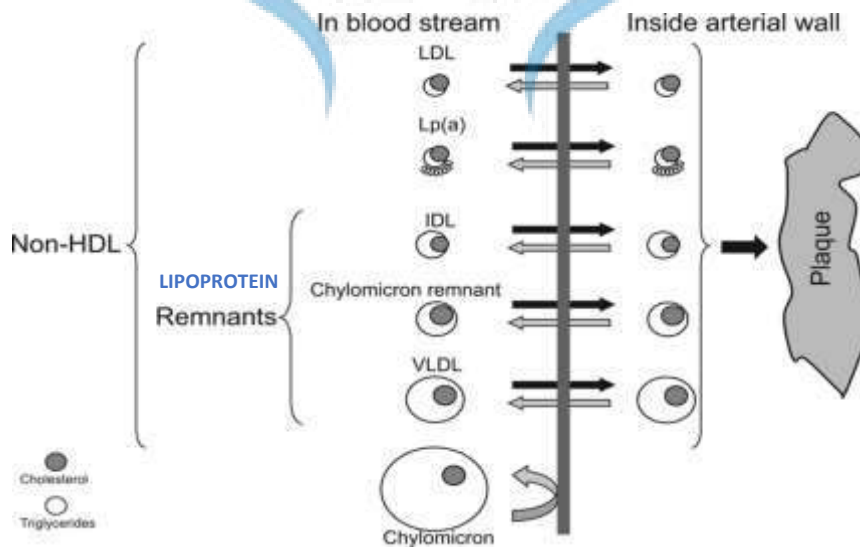
Cholesterol tồn dư trong các **Lipoprotein giàu triglyceride** (bao gồm IDL, VLDL, Chylomicron tồn dư) góp phần đáng kể gây xơ vữa động mạch.



European Cardiology Review 2020;15:e04



Non-HDL-C: Cơ chế gây ra mảng xơ vữa



Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology Volume 36, Issue 11, Nov 2016, Pages 2133-2135



Đánh giá non-HDL-C – đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch

Recommendations for lipid analyses for cardiovascular disease risk estimation



Recommendations	Class ^a	Level ^b
TC is to be used for the estimation of total CV risk by means of the SCORE system.	I	C
Đánh giá Non-HDL-C được khuyến cáo cho đánh giá nguy cơ, cụ thể ở bệnh nhân có mức TG cao, đái tháo đường, béo phì, hoặc LDL-C rất thấp (IC)		
Non-HDL-C evaluation is recommended for risk assessment, particularly in people with high TG levels, DM, obesity, or very low LDL-C levels.	I	C
ApoB analysis is recommended for risk assessment, particularly in people with high TG levels, DM, obesity, metabolic syndrome, or very low LDL-C levels. It can be used as an alternative to LDL-C, if available, as the primary measurement for screening, diagnosis, and management, and may be preferred over non-HDL-C in people with high TG levels, DM, obesity, or very low LDL-C levels.	I	C
Lp(a) measurement should be considered at least once in each adult person's lifetime to identify those with very high inherited Lp(a) levels >180 mg/dL (>430 nmol/L) who may have a lifetime risk of ASCVD equivalent to the risk associated with heterozygous familial hypercholesterolemia.	IIa	C
Lp(a) should be considered in selected patients with a family history of premature CVD, and for reclassification in people who are borderline between moderate and high-risk.	IIa	C

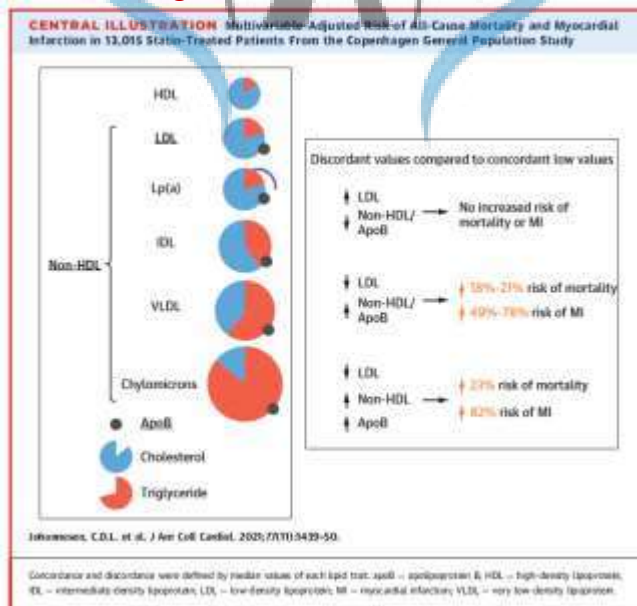
2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2020 Jan 1;41(1):111-188.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

VTM2351710 (v1.0)



Non-HDL-C phản ánh nguy cơ tổng hợp tốt hơn LDL-C ở bệnh nhân đang điều trị statin



13,015 bệnh nhân đang điều trị statin từ the Copenhagen General Population Study, theo dõi trung vị 8 năm

VTM2351710 (v1.0)

J Am Coll Cardiol. 2021 Mar 23;77(11):1439-1450. doi: 10.1016/j.jacc.2021.01.027.

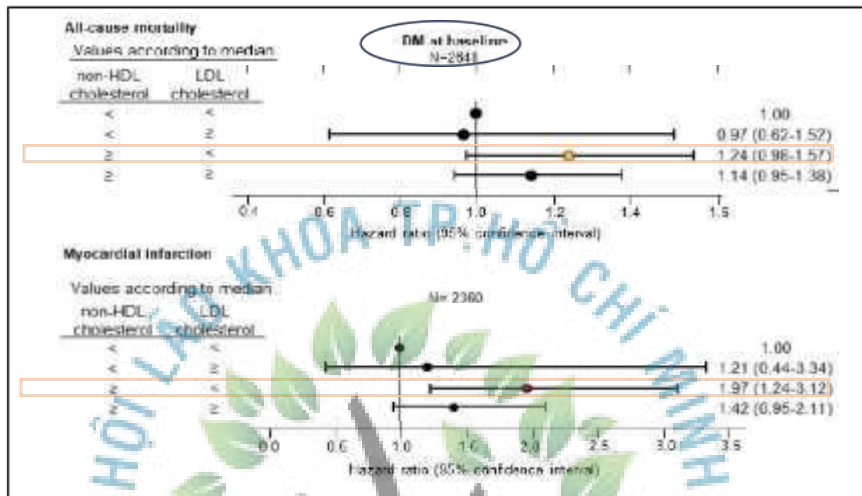
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

Apolipoprotein B and Non-HDL Cholesterol Better Reflect Residual Risk Than LDL Cholesterol in Statin-Treated Patients

Coriella O'Brien Lindquist, MD,^{1,2} Martin Sackner Berner, MD, PhD,^{1,2,3} Anne Langsted, MD, PhD,^{1,2} Borge Gertsen-Rostgaard, MD, DMS,^{1,2}



Non-HDL-C phản ánh nguy cơ tồn dư tốt hơn LDL-C ở bệnh nhân đái tháo đường đang điều trị statin



↑ 24%

↑ 97%

VTM2351710 (v1.0)

J Am Coll Cardiol. 2021 Mar 23;77(11):1439-1450. doi: 10.1016/j.jacc.2021.01.027.



Non-HDL-C càng tăng làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường

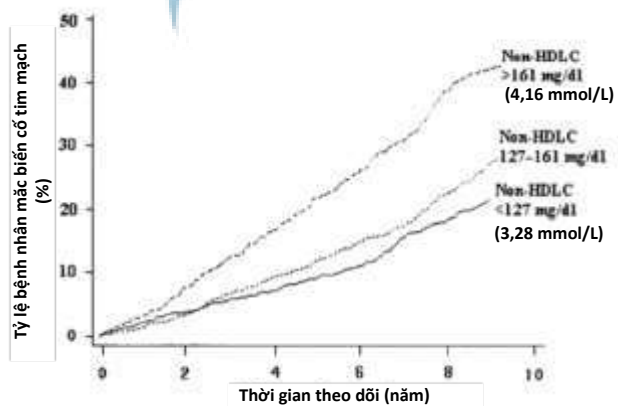
The Strong Heart Study

Trên bệnh nhân đái tháo đường:

Đối tượng: 2,108 bệnh nhân đái tháo đường không có bệnh tim mạch trước đó

Mục tiêu: Đánh giá vai trò Non-HDL trong việc dự báo nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường

Thời gian theo dõi: 9 năm



VTM2351710 (v1.0)

W Lu, MD, et al, Diabetes Care 2003; 26: 16-23.



Non-HDL-C được đề cập trong SCORE2 & SCORE2-OP



SCORE2 & SCORE2-OP

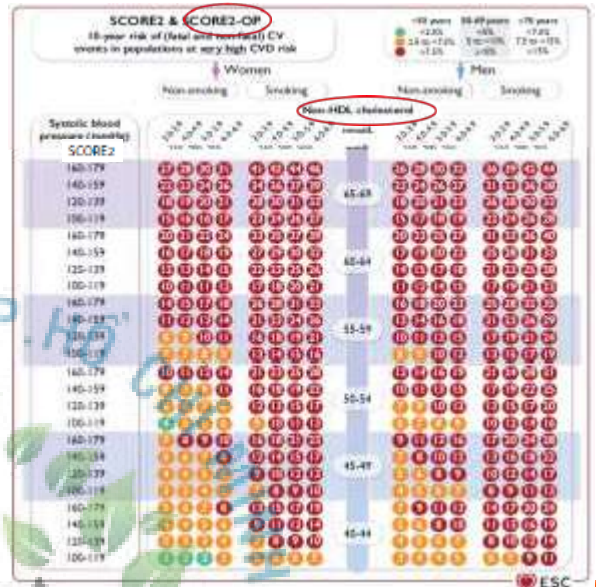
Dữ liệu từ 1990 - 2009

Sử dụng **non-HDL-c** thay cho cholesterol toàn phần và HDL-c

Đánh giá tiêuchứ tử vong và không tử vong do bệnh tim mạch trong 10 năm.

Hiệu chuẩn cho 04 khu vực châu Âu

→ Giúp loại bỏ các hạn chế của SCORE



VTM2351710 (v1.0)

European Heart Journal (2021) 42, 3 227 - 3 337

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

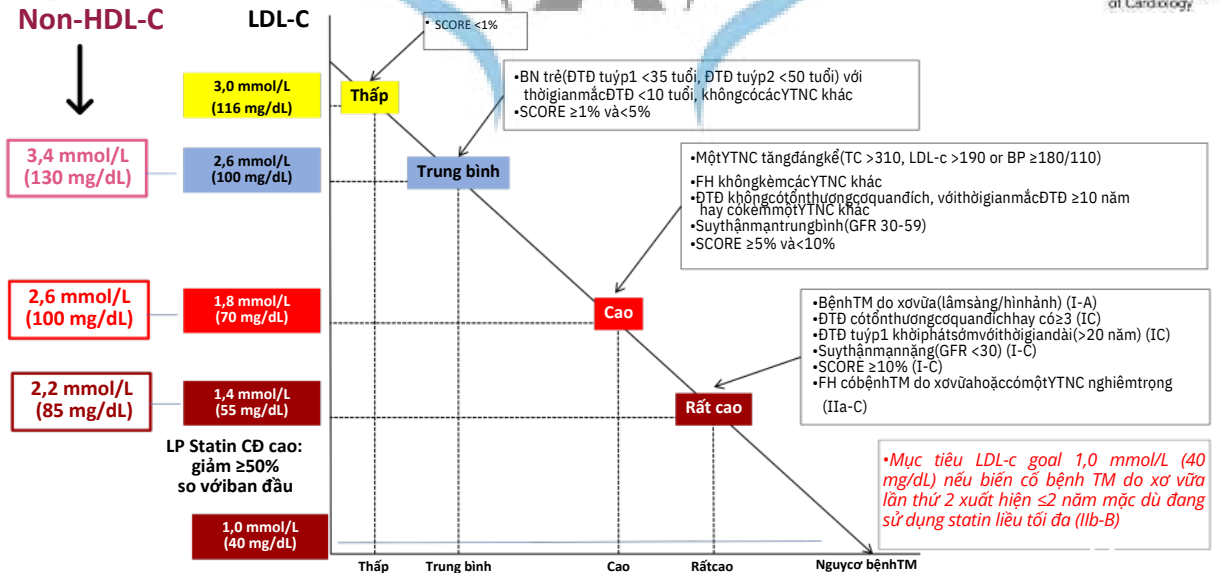
11



Non-HDL-C

Mục tiêu điều trị LDL-C và Non-HDL-C

Non-HDL-C = mục tiêu LDL-C + 30 mg/dL (0,8 mmol/L)



VTM2351710 (v1.0)

Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the Management of dyslipidaemias: Lipid Modification to Reduce Cardiovascular Risk. *European Heart Journal*. 2019;40(11):1111-1135. doi:10.1093/eurheartj/ehz455



Non-HDL-C trên lâm sàng

$$\text{Non-HDL-c} = \text{TC} - \text{HDL-c}$$

$$= \frac{\text{TG}}{5} + \text{LDL-c} \text{ (mg/dL) hoặc } = \frac{\text{TG}}{2 \cdot 2} + \text{LDL-c} \text{ (mmol/L)}$$

2. Kiểm soát non-HDL-c bằng cách kiểm soát TG

1. Tối ưu mục tiêu LDL-C

Công thức Friedewald: Non-HDL-c = TC - HDL-c (mg/dL)
Lượng LDL-c thấp không đáng kể
Lượng cholesterol trong VLDL-c chiếm khoảng 1/5 lượng triglyceride

Adapted from ESC 2019; European Heart Journal (2019) 00, 1-78

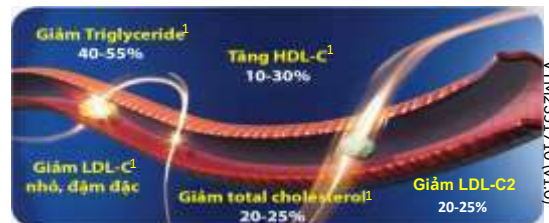
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Các biện pháp kiểm soát triglyceride

Thuốc	Giảm mức TG
Giải pháp hiện nay	
Statin	10-20%
Fibrates	50%
Omega 3 (EPA/ DHA/ EPA)	45%
Giải pháp mới nổi	
IONIS-ANGPTL3-LRx (antisense ức chế việc sản xuất ANGPTL3)	85%
Volanesorsen (antisense nhắm vào ApoC-III mRNA)	70%

Fenofibrate giúp kiểm soát các thông số lipid máu, đặc biệt giảm 40-55% TG và tăng 10-30% HDL-C



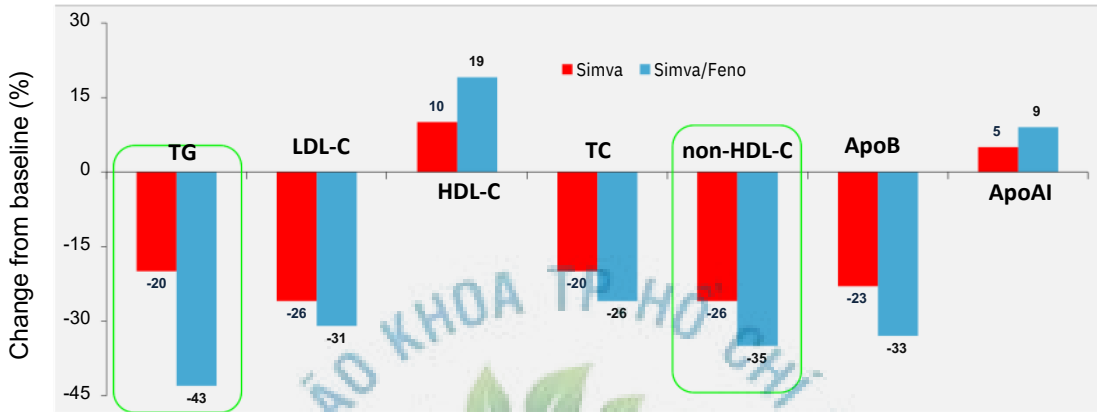
- Tờ hướng dẫn sử dụng fenofibrate
- Jellinger PS. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Management of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease Clinical Practice Guidelines. *Diabetes Spectrum*. 2018;31(3):234-245. doi:https://doi.org/10.2337/ds18-0009.

2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. *Eur Heart J*. 2020 Jan 1;41(1):111-188.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



SAFARI: Fenofibrate + statin cải thiện thêm chỉ số TG, VLDL-C, Non-HDL-C so với statin đơn trị



SAFARI: 618 bệnh nhân, 21–68 tuổi, TG ≥ 150 – ≤ 500 mg/dL and LDL > 130 mg/dL; 17% mắc đái tháo đường, 16% mắc bệnh tim mạch
Simva20 vs Simva20/Feno 160 trong vòng 12 tuần
P<0.001 (cho tất cả các kết quả giữa nhóm Simva vs Simva/Feno)

ApoAI, apolipoprotein AI; ApoB, apolipoprotein B; CVD, cardiovascular disease; Feno, fenofibrate;
HDL, high-density lipoprotein; LDL, low-density lipoprotein; SAFARI, Simvastatin plus Fenofibrate for combined hyperlipidaemia;
Simva, simvastatin; TC, total cholesterol; TG, triglyceride

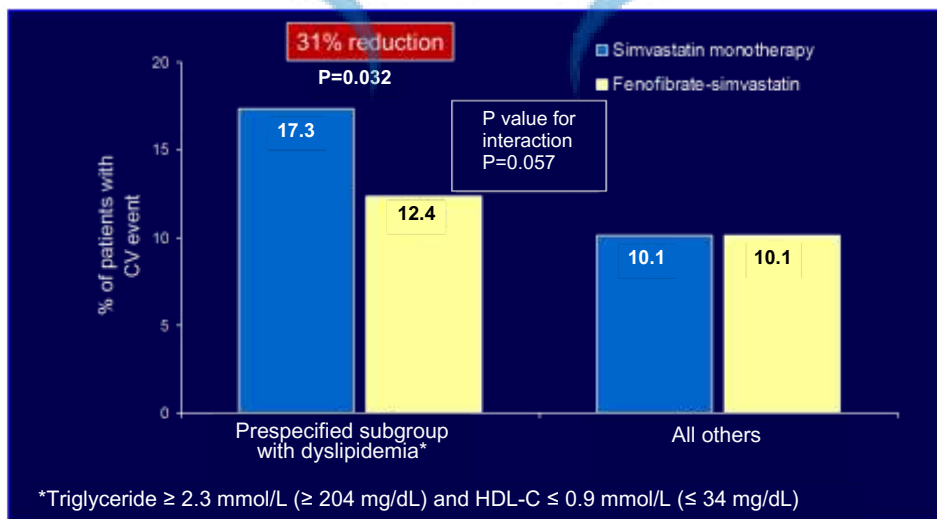
Grundy SM, *et al. Am J Cardio* 2005;95(4):462–468

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

VTM2351710 (v1.0)



ACCORD LIPID (Subgroup): Fenofibrate giúp giảm 31% biến cố tim mạch trên bệnh nhân ĐĐT típ 2 có TG cao và HDL-C thấp



Elam M, *et al. Clin Lipidol* 2011;6(1):9–20

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025

VTM2351710 (v1.0)

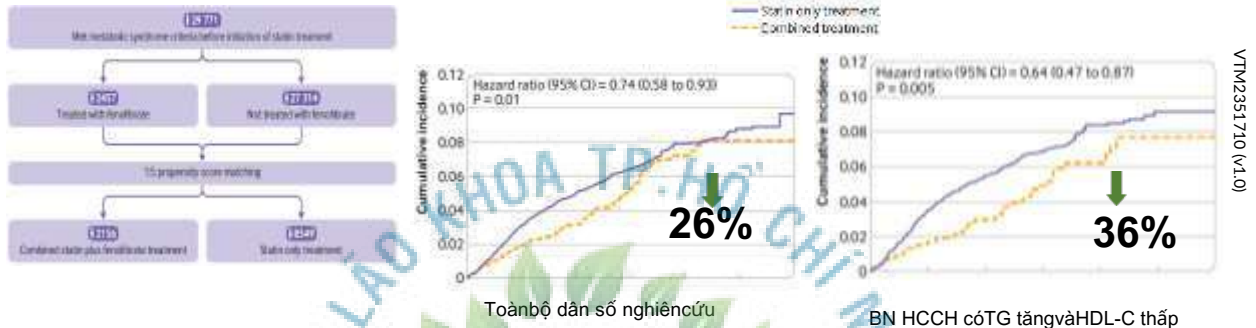
16



Bằng chứng bổ sung về hiệu quả tim mạch của fenofibrate: Nghiên cứu đời thực

ECLIPSE-REAL study: Nghiên cứu đoàn hệ Hàn Quốc trên 29.771 bệnh nhân mắc hội chứng chuyển hóa được dùng statin.

Primary outcome: CV death, CHD, and ischemic stroke



CI, confidence interval; CV, cardiovascular; CHD, coronary heart disease; ECLIPSE-REAL, Effectiveness of Fenofibrate Therapy in Residual Cardiovascular Risk Reduction in the Real World Setting study; HDL-C, high-density lipoprotein cholesterol; RCT, randomized controlled trial; TG, triglyceride.

Kim NH, Han KH, Choi J, Lee J, Kim SG. Use of fenofibrate on cardiovascular outcomes in statin users with metabolic syndrome: propensity matched cohort study. *BMJ*. Published online September 27, 2019;3125. doi:10.1136/bmj.m184

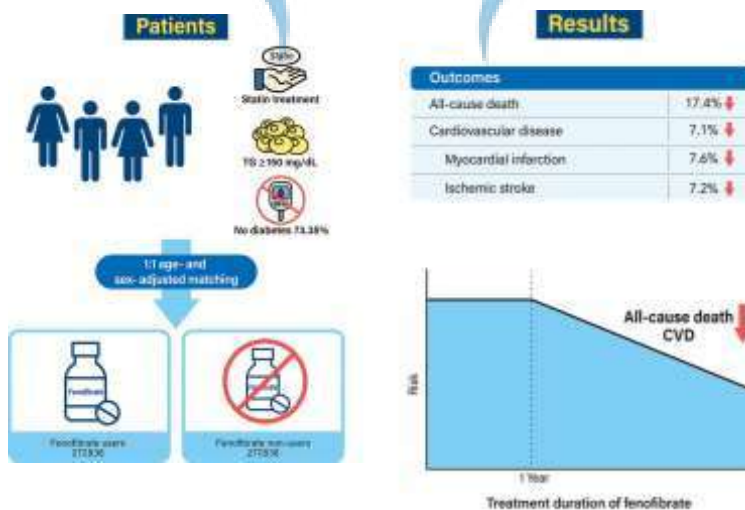
VTM2351710 (v1.0)

17



Fenofibrate kết hợp với điều trị statin nền làm giảm tử vong chung và bệnh tim mạch ở dân số chung có tăng TG

Dữ liệu đời thực: Korea National Health Information Database for 2010 to 2017; thời gian theo dõi trung bình 4,13 năm



K.-S. Kim et al. Fenofibrate add-on to statin treatment is associated with low all-cause death and cardiovascular disease in the general population with high triglyceride levels. *Metabolism* 137 (2022) 155327

VTM2351710 (v1.0)



Không có sự khác biệt về tác dụng không mong muốn giữa nhóm statin + fenofibrate so với statin đơn trị

ACCORD LIPID - Thời gian theo dõi **4,7** năm

Tác dụng không mong muốn	Fenofibrate+ Simvastatin (N = 2765)	Simvastatin (N = 2753)	P
ĐAU CƠ			
• Không liên quan CK	1110 (40%)	1115 (41%)	0,81
• CK > 5 x ULN	7 (0,3%)	8 (0,3%)	0,79
• CK > 10 x ULN	1 (0,04%)	2 (0,07%)	0,56
ĐAU CƠ/ VIÊM CƠ/ HỦY CƠ VÂN	4 (0,1%)	4 (0,1%)	1
VIÊM GAN	3 (0,1%)	0 (0%)	0,18

Nghiên cứu Accord lipid được thực hiện trên 5518 bệnh nhân ĐTĐ tuýp 2 với thời gian theo dõi trung bình là 4,7 năm

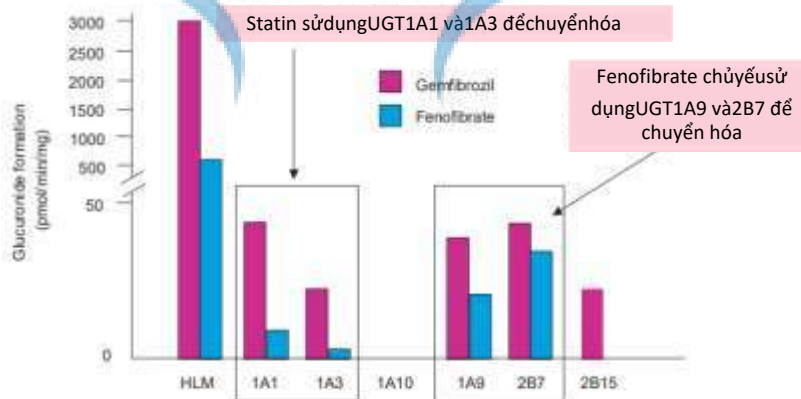
ECLIPSE REAL - Thời gian theo dõi **2,4** năm

Tác dụng không mong muốn	Fenofibrate + Statin (N = 2,156)	Statin (N = 8,549)	P
ĐAU CƠ			
Creatinin (µmol/L)*	84,1 (27,6%)	83,7 (51,0%)	0,4
Creatinin (µmol/L) > 2 ULN*	11,0 (0,9%)	54,0 (1,1%)	0,4
ĐAU CƠ/ VIÊM CƠ/ HỦY CƠ VÂN			
ALT (IU/L) > 2 ULN*	34 (2,7%)	90 (1,9%)	0,3
AST (IU/L) > 2 ULN*	25 (2,0%)	55 (1,2%)	0,4

Nghiên cứu Eclipse Real được thực hiện trên 10705 bệnh nhân HCCH với thời gian theo dõi trung bình là 2,4 năm



Fenofibrate không làm tăng tác dụng không mong muốn khi phối hợp statin do khác con đường chuyển hóa



Gemfibrozil cạnh tranh với statin trong việc sử dụng UGT1A1 và 1A3

Thử nghiệm IN-VITRO so sánh tác động của gemfibrozil so với fenofibrate trên 6 loại UGT isoenzyme

Prueksaritanont T. et al -Drug Metab. Dispos. (2002) 30(11):1280-1287



ESC 2019: Điều trị tăng triglyceride



European Heart Journal (2019) 40, 1–19
doi:10.1093/eurheartj/ehz455

ESC/EAS GUIDELINES



2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk

Để phòng ngừa tái phát trên BN đã đạt mục tiêu LDL-C mà TG > 2.3 mmol/L (> 200 mg/dL), fenofibrate/ bezafibrate có thể được xem xét phối hợp với statin. (IIb, B)

Ở bệnh nhân nguy cơ cao, đã đạt mục tiêu LDL-C mà TG > 2.3 mmol/L (> 200 mg/dL), fenofibrate/ bezafibrate có thể được xem xét phối hợp với statin. (IIb, C)

Recommendations for drug treatment of patients with hypertriglyceridaemia

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Statin treatment is recommended as the first drug of choice to reduce CVD risk in high-risk individuals with hypertriglyceridaemia [TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL)]. ⁵³⁵	I	B
In high-risk (or above) patients with TG levels between 1.5–5.6 mmol/L (135–499 mg/dL) despite statin treatment, n-3 PUFAs (icosapent ethyl 2 × 2 g/day) should be considered in combination with a statin. ⁵³⁶	IIa	B
In primary prevention patients who are at LDL-C goal with TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered in combination with statin. ^{537–539}	IIb	B
In high-risk patients who are at LDL-C goal with TG levels >2.3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered in combination with statin. ^{540–542}	IIb	C

CVD = cardiovascular disease; LDL-C = low-density lipoprotein cholesterol; PUFAs = polyunsaturated fatty acids; TG = triglycerides.
^aClass of recommendation.
^bLevel of evidence.

Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the Management of dyslipidaemias: Lipid Modification to Reduce Cardiovascular Risk. *European Heart Journal*. 2019;40(1):doi:https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455

VTM2351710 (v1.0)



ESC 2021: Điều trị tăng triglyceride



European Heart Journal (2021) 42, 3327–3387
doi:10.1093/eurheartj/ehab484

ESC GUIDELINES

2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

Ở bệnh nhân đang điều trị statin, đã đạt mục tiêu LDL-C mà TG > 2.3 mmol/L (> 200 mg/dL), fenofibrate/ bezafibrate có thể được xem xét phối hợp. (IIb, B)

Recommendations for drug treatments of patients with hypertriglyceridaemia.

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Statin treatment is recommended as the first drug of choice for reducing CVD risk in high-risk individuals with hypertriglyceridaemia [triglycerides >2.3 mmol/L (200 mg/dL)]. ⁵³³	I	A
In patients taking statins who are at LDL-C goal with triglycerides >2.3 mmol/L (200 mg/dL), fenofibrate or bezafibrate may be considered. ^{534–536}	IIb	B
In high-risk (or above) patients with triglycerides >1.5 mmol/L (135 mg/dL) despite statin treatment and lifestyle measures, n-3 PUFAs (icosapent ethyl 2 × 2 g/day) may be considered in combination with a statin. ⁶⁴	IIb	B

Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *European Heart Journal*. 2021;42(34):3327–3387. doi:https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484

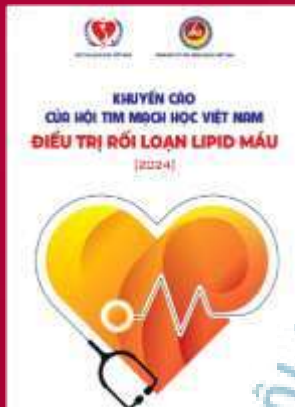
VTM2351710 (v1.0)

22



HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

Khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu của Hội Tim mạch học Việt Nam 2024



Bảng 17. Khuyến cáo điều trị bằng thuốc cho bệnh nhân tăng triglycerid máu

Ở nhóm BN dự phòng tiên phát đã đạt mục tiêu LDL-C mà nồng độ TG >2,3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate hoặc bezafibrate có thể được xem xét kết hợp với statin [263], [230], [231], [232].	IIb	C
Ở những BN có nguy cơ cao mà đã đạt mục tiêu LDL-C mà mức TG >2,3 mmol/L (>200 mg/dL), fenofibrate hoặc bezafibrate có thể được xem xét kết hợp với statin [263], [230], [231], [232].	IIb	C

2024

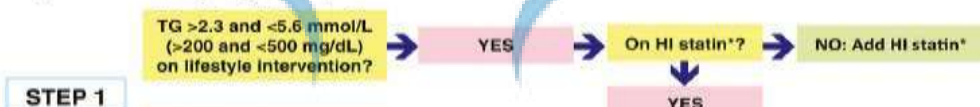
VTM2351710 (V1.0)



EAS
For EUROPE
Atherosclerosis
Society

EAS 2021: kiểm soát TG sau khi đạt mục tiêu LDL-C

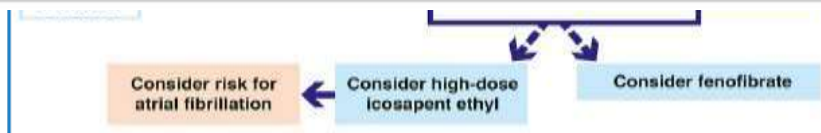
High-risk and very-high-risk patients with elevated TG



Box 5

Managing elevated TG-rich lipoproteins.

- Elevated TG-rich lipoproteins associate with increased cardiovascular risk, even if patients are at LDL-C goal.
- Contemporary evidence suggests that the atherogenic risk derived from TG-rich particles and their remnants approximates the risk from an LDL particle.
- In type 2 diabetes mellitus patients with elevated TG on LDL-lowering therapy, fenofibrate may be considered for beneficial macro- and microvascular effects.
- High-dose omega-3 fatty acids (icosapent ethyl) may be considered, weighing the benefit versus risks of treatment.



* HI statin: high-intensity statin or maximally tolerated statin therapy

Averna M, Banach M, Bruckert E, et al. Practical guidance for combination lipid-modifying therapy in high- and very-high-risk patients: A statement from a European Atherosclerosis Society Task Force. *Atherosclerosis*. 2021;325:99-109. doi:<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2021.03.039>

VTM2351710 (V1.0)

HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Published June 21, 2024

DOI: 10.1056/EVID200179



84TH SCIENTIFIC SESSIONS
ORLANDO, FL | 17-21 NOV 2024

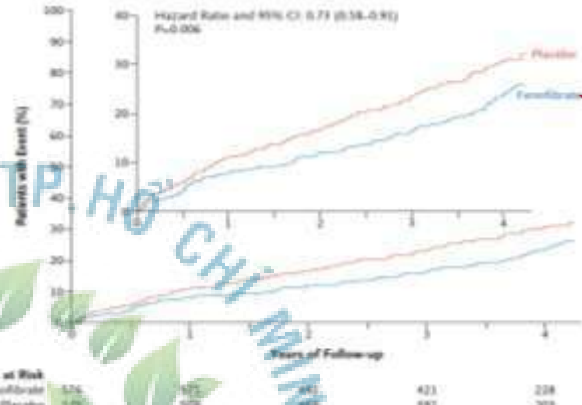
ORIGINAL ARTICLE

Effect of Fenofibrate on Progression of Diabetic Retinopathy

The **LENS** (Lowering Events in Non-proliferative retinopathy in Scotland) trial

- Nghiên cứu đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi, có nhóm chứng giả dược (RCT) - 1511 bệnh nhân đái tháo đường có bệnh VMĐTĐ hoặc bệnh hoàng điểm - 2 nhóm: 1. fenofibrate 145mg; 2. giả dược - **Tiêu chí chính**: biến cố gộp đầu tiên của tiến triển hoặc điều trị (tiêm nội nhãn, laser, phẫu thuật cắt dịch kính) bệnh VMĐTĐ / bệnh hoàng điểm.

Kết luận: Fenofibrate làm giảm tiến triển bệnh trên những người có tổn thương võng mạc sớm



VTM2351710 (v1.0)

David Preiss et al. Effect of Fenofibrate on Progression of Diabetic Retinopathy. NEJM Evidence. Published June 21, 2024. DOI: 10.1056/EVID200179



Hướng dẫn quản lý bệnh võng mạc đái tháo đường

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ VÀ QUẢN LÝ BỆNH VÕNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG / 2022

4.2.2. Điều trị tại mắt

a. Điều trị bệnh VMĐTĐ

- Giai đoạn không có bệnh VMĐTĐ, bệnh VMĐTĐ không tăng sinh nhẹ hoặc vừa: Theo dõi và khám lại định kỳ theo khuyến cáo. Điều trị phù hoàng điểm ĐTĐ nếu có. Fenofibrate 145-200mg/ngày có tác dụng làm giảm sự tiến triển của bệnh VMĐTĐ."

HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2/2020

KHUYẾN CÁO VỀ BIẾN CHỨNG VÕNG MẠC ĐO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

1. Cần **tầm soát** biến chứng võng mạc cho người bệnh **ĐTĐ** **típ 1** năm năm sau khi chẩn đoán; cần tầm soát biến chứng võng mạc cho người bệnh **ĐTĐ** **típ 2** ngay **thời điểm chẩn đoán**. Phụ nữ được chẩn đoán ĐTĐ **típ 1** và **típ 2** cần được tầm soát biến chứng võng mạc trước khi có thai hay chuẩn bị mang thai. Không cần tầm soát biến chứng võng mạc cho phụ nữ được chẩn đoán ĐTĐ **thai kỳ**.
2. Nếu lần tầm soát đầu tiên cho kết quả bình thường (không có biến chứng võng mạc do ĐTĐ), người bệnh sẽ được tầm soát mỗi 1-2 năm một lần. Theo dõi sát hơn sẽ do bác sĩ chuyên khoa mắt quyết định.
3. Kỹ thuật viên hay bác sĩ chuyên khoa ĐTĐ được đào tạo và huấn luyện có thể tầm soát bệnh lý võng mạc định kỳ. Bác sĩ chuyên khoa mắt sẽ hỏi ý và cho ý kiến trong những trường hợp khó hay có biến chứng võng mạc nặng.
4. Kiểm soát tốt đường huyết và huyết áp giúp ngăn ngừa và làm chậm diễn tiến của biến chứng võng mạc. Nếu có bằng chứng biến chứng võng mạc không tăng sinh mức độ nhẹ, fenofibrate 145-200 mg/ngày được chỉ định mà không cần có tăng triglycerides. Laser quang đông và anti-VEGF được chỉ định và thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa mắt.

VTM2351710 (v1.0)

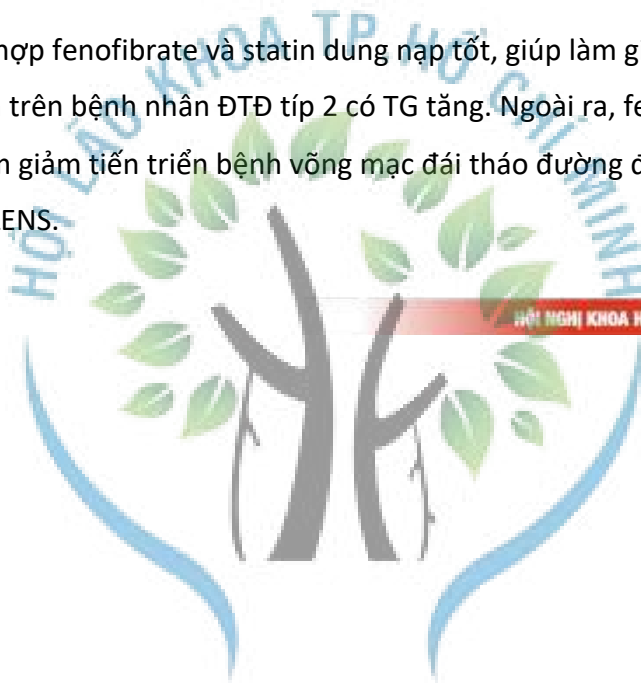
HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025



Kết luận

- Cholesterol tồn dư từ các lipoprotein giàu TG (TRLs) góp phần gây nên nguy cơ tim mạch tồn dư bên cạnh LDL-C, được đo lường qua non-HDL-C
- TG huyết tương phản ánh nồng độ của lipoprotein giàu triglyceride (TRLs)
- Kiểm soát non-HDL-C cần kiểm soát đồng thời LDL-C và TG
- Liệu pháp phối hợp fenofibrate và statin dung nạp tốt, giúp làm giảm non-HDL-C, giảm biến cố tim mạch trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có TG tăng. Ngoài ra, fenofibrate cũng cho thấy hiệu quả làm giảm tiến triển bệnh vồng mạc đái tháo đường được chứng minh qua nghiên cứu LENS.

VTM2351710 (v1.0)



HỘI NGHỊ KHOA HỌC THƯỜNG NIÊN NĂM 2025