

<https://vnras.com/drug/>

Hướng dẫn ESC 2025 về quản lý rối loạn lipid máu: Cập nhật dựa trên Hướng dẫn ESC/EAS 2019

**Khoa Nội tim mạch – Viện tim mạch
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108**

Hướng dẫn ESC về quản lý rối loạn lipid máu

<https://vnras.com.vn/drug/>



The material was adapted from the '2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias' *European Heart Journal*; doi:10.1093/eurheartj/ehaf190; as published on 29 August 2025.

Đội ngũ tác giả và thành viên Task Force

Chủ tịch ESC: François Mach, Konstantinos C. Koskinas (Thụy Sĩ)

Chủ tịch EAS: Jeanine Roeters van Lennep (Hà Lan)

Điều phối viên Task Force: Lale Tokgözoğlu (Thổ Nhĩ Kỳ)

Các thành viên quốc tế đến từ các quốc gia như Tây Ban Nha, Vương quốc Anh, Đan Mạch, Áo, Ý, Bỉ, Ireland, Đức, Hy Lạp, Mỹ.

Các tổ chức ESC tham gia phát triển tài liệu

Các Hiệp hội: ACNAP, ACVC, EACVI, EAPC, EAPCI, EHRA, HFA.

Các hội đồng: Hội đồng Thực hành Tim mạch, Hội đồng Khoa học Cơ bản Tim mạch.

Các nhóm chuyên môn: Tim bẩm sinh người lớn, Động mạch chủ và mạch ngoại vi, Xơ vữa và sinh học mạch, Dược tim mạch, Phẫu thuật tim, Sinh học tế bào tim, Sinh lý học mạch và vi mạch, Giải phẫu bệnh lý phát triển, Thrombosis.

Diễn đàn bệnh nhân.

Phân loại mức độ khuyến cáo ESC

Loại khuyến cáo	Ý nghĩa	Cách dùng thuật ngữ
Class I	Bằng chứng và đồng thuận điều trị có lợi, hiệu quả	"Được khuyến cáo" hoặc "Chỉ định"
Class II	Bằng chứng/xem xét điểm không rõ ràng, có sự tranh luận	
Class IIa	Nghiêng về có lợi, hiệu quả	"Nên được xem xét"
Class IIb	Ít chắc chắn hơn, cần cân nhắc	"Có thể được xem xét"
Class III	Không có lợi, có thể gây hại	"Không được khuyến cáo"

Mức độ bằng chứng

Cấp bằng chứng	Nguồn dữ liệu
A	Dữ liệu từ nhiều thử nghiệm ngẫu nhiên hoặc phân tích meta
B	Dữ liệu từ 1 thử nghiệm ngẫu nhiên hoặc nghiên cứu lớn không ngẫu nhiên
C	Ý kiến chuyên gia hoặc các nghiên cứu nhỏ, hồi cứu, đăng ký

Rất cao (Very high risk)

Có một trong các đặc điểm:

- Bệnh tim mạch xơ vữa (ASCVD) đã được ghi nhận lâm sàng hoặc qua hình ảnh: Hội chứng vành cấp (ACS) gồm nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định; hội chứng mạch vành mạn tính; tái thông mạch (PCI, CABG); đột quy; cơn thiếu máu não thoáng qua (TIA); và bệnh động mạch ngoại biên. ASCVD chắc chắn trên hình ảnh như mảng xơ vữa nặng trên chụp mạch vành hoặc cắt lớp vi tính (CT), siêu âm động mạch cảnh/đùi hoặc điểm CAC cao.
- Đái tháo đường có tổn thương cơ quan đích hoặc ≥ 3 yếu tố nguy cơ lớn hoặc đái tháo đường type 1 dạng khởi phát sớm kéo dài >20 năm.
- Suy thận mạn giai đoạn nặng (eGFR <30 mL/phút/1.73m²).
- SCORE2 hoặc SCORE2-OP $\geq 20\%$ nguy cơ tim mạch 10 năm không tử vong và tử vong.
- Rối loạn lipid gia đình (FH) kèm ASCVD hoặc một yếu tố nguy cơ lớn khác.

Phân loại nguy cơ tim mạch (CV risk categories)

Cao (High risk)

Có một trong các đặc điểm:

- Yếu tố nguy cơ đơn độc tăng cao (Tổng cholesterol >8 mmol/L, LDL-C >4.9 mmol/L, huyết áp $\geq 180/110$ mmHg).
- Bệnh nhân Rối loạn lipid gia đình (FH) không kèm yếu tố nguy cơ khác.
- Đái tháo đường không tổn thương đích, thời gian ≥ 10 năm hoặc kèm yếu tố nguy cơ khác.
- Suy thận mạn vừa (eGFR 30-59 mL/phút/1.73m²).
- SCORE2 hoặc SCORE2-OP $\geq 10\%$ và $<20\%$ nguy cơ tim mạch 10 năm.

Trung bình (Moderate risk)

Có một trong các đặc điểm:

- Bệnh nhân trẻ với đái tháo đường type 1 <35 tuổi, type 2 <50 tuổi, thời gian <10 năm, không kèm yếu tố nguy cơ khác.
- SCORE2 hoặc SCORE2-OP từ 2% đến $<10\%$.

Thấp (Low risk)

- SCORE2 hoặc SCORE2-OP $<2\%$.

Các yếu tố điều chỉnh nguy cơ cần xem xét ngoài việc ước tính nguy cơ dựa trên thuật toán SCORE2 và SCORE2-OP

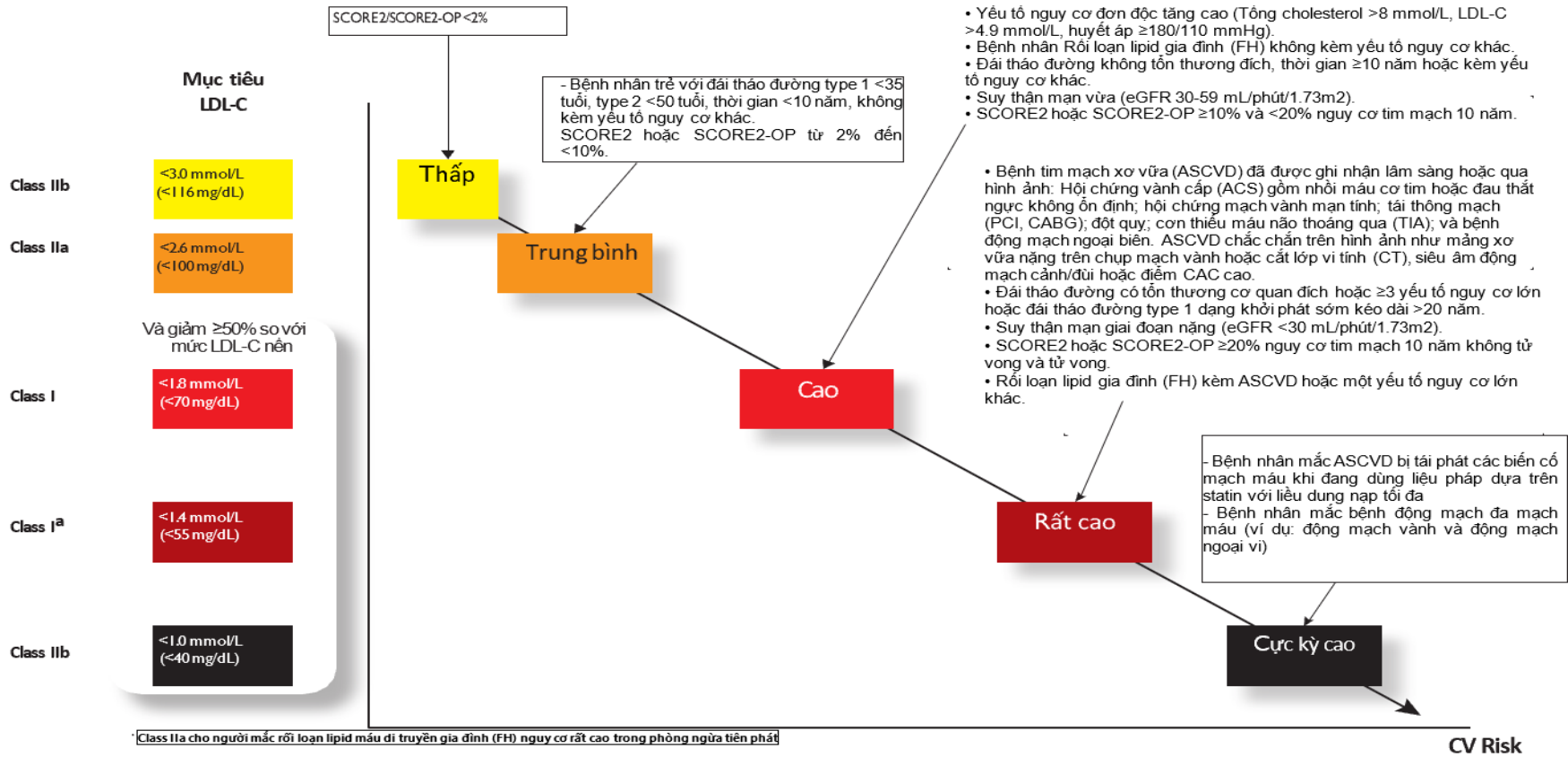
Nhân khẩu học – Lâm sàng

- Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (nam: <55 tuổi; nữ: <60 tuổi)
- Dân tộc có nguy cơ cao (ví dụ: người Nam Á)
- Các triệu chứng stress và các yếu tố gây stress tâm lý xã hội
- Tình trạng thiệt thòi xã hội
- Béo phì
- Thiếu hoạt động thể chất
- Các bệnh mạn tính do rối loạn miễn dịch hoặc viêm
- Các rối loạn tâm thần nghiêm trọng
- Tiền sử mãn kinh sớm
- Tiền sản giật hoặc các rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ
- Nhiễm virus HIV
- Hội chứng tắc nghẽn đường thở khi ngủ

Chỉ điểm sinh học

- hs-CRP tăng kéo dài (>2 mg/L)
- Lp(a) tăng cao [>50 mg/dL (>105 nmol/L)]

Hình 1. Mục tiêu điều trị cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C) theo các nhóm nguy cơ tim mạch toàn bộ



Chiến lược can thiệp dựa trên nguy cơ tim mạch tổng thể và mức độ LDL-C chưa được điều trị

Nguy cơ tim mạch	Mức LDL-C chưa điều trị					
	<1.4 mmol/L (<55 mg/dL)	1.4 to <1.8 mmol/L (55 to <70 mg/dL)	1.8 to <2.6 mmol/L (70 to <100 mg/dL)	2.6 to <3.0 mmol/L (100 to <116 mg/dL)	3.0 to <4.9 mmol/L (116 to <190 mg/dL)	≥4.9 mmol/L (≥190 mg/dL)
Thấp	Tư vấn thay đổi lối sống	Tư vấn thay đổi lối sống	Tư vấn thay đổi lối sống	Tư vấn thay đổi lối sống	Thay đổi lối sống, cân nhắc bổ sung thuốc nếu không kiểm soát được	N/A
Trung bình	Tư vấn thay đổi lối sống	Tư vấn thay đổi lối sống	Tư vấn thay đổi lối sống	Thay đổi lối sống, cân nhắc bổ sung thuốc nếu không kiểm soát được	Thay đổi lối sống, cân nhắc bổ sung thuốc nếu không kiểm soát được	N/A
Cao	Tư vấn thay đổi lối sống	Tư vấn thay đổi lối sống	Thay đổi lối sống, cân nhắc bổ sung thuốc nếu không kiểm soát được	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc
Rất cao: Phòng tiên phát	Thay đổi lối sống, cân nhắc bổ sung thuốc	Thay đổi lối sống, cân nhắc bổ sung thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc
Rất cao: Phòng thứ phát	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc	Thay đổi lối sống kết hợp điều trị thuốc

Khuyến cáo mới (1)

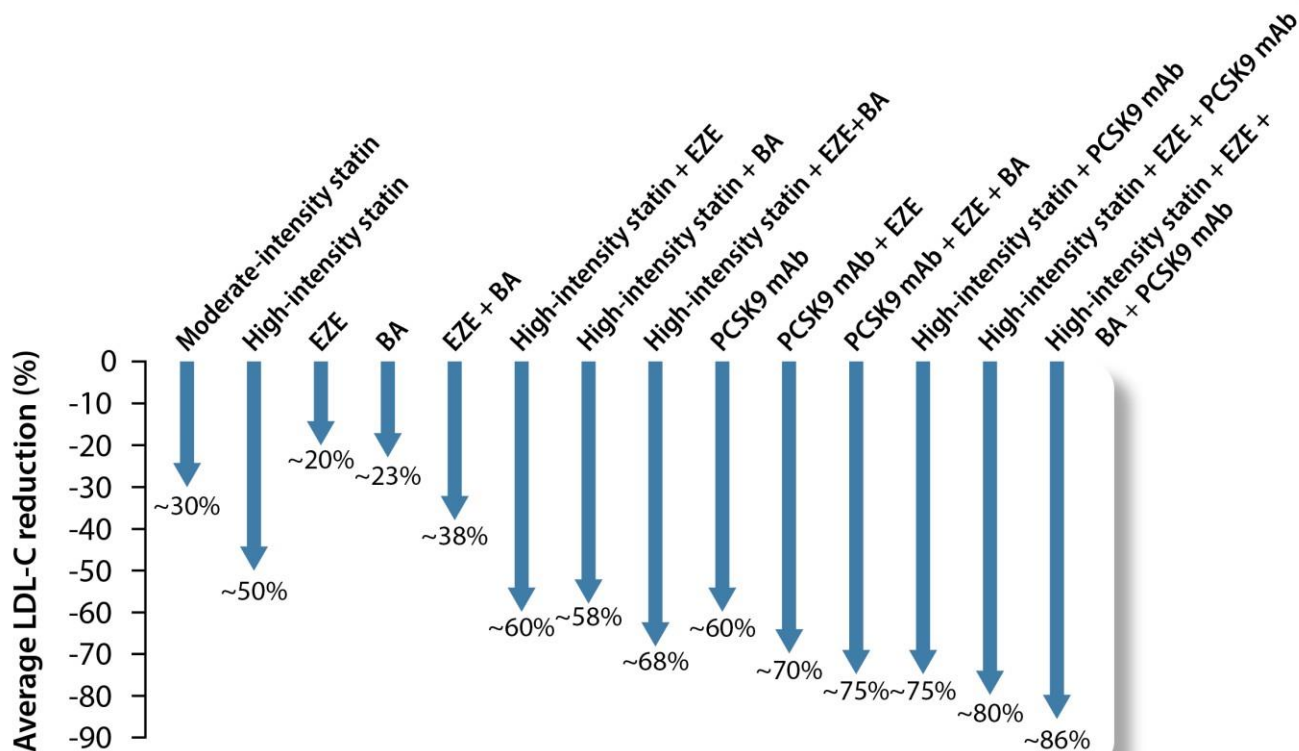
Khuyến cáo	Class	Level
Đánh giá nguy cơ tim mạch ở người không mắc bệnh tim mạch đã biết		
SCORE2 được khuyến cáo dùng cho người có vẻ khỏe mạnh dưới 70 tuổi, không có ASCVD, đái tháo đường, suy thận mạn, các rối loạn lipid hoặc huyết áp di truyền/ít gặp để ước tính nguy cơ tử vong và không tử vong do CVD trong 10 năm.	I	B
SCORE2-OP được khuyến cáo dùng cho người có vẻ khỏe mạnh từ 70 tuổi trở lên, không có ASCVD, đái tháo đường, suy thận mạn, các rối loạn lipid hoặc huyết áp di truyền/ít gặp để ước tính nguy cơ tử vong và không tử vong do CVD trong 10 năm.	I	B
Sự hiện diện của xơ vữa động mạch vành dưới lâm sàng qua hình ảnh hoặc điểm CAC tăng trên CT nên được xem như các yếu tố điều chỉnh nguy cơ ở người có nguy cơ trung bình hoặc gần ngưỡng quyết định điều trị để cải thiện phân loại nguy cơ.	IIa	B
Các yếu tố điều chỉnh nguy cơ nên được xem xét ở người có nguy cơ trung bình hoặc gần ngưỡng quyết định điều trị để cải thiện phân loại nguy cơ.	IIa	B

Khuyến cáo mới (2)

Khuyến cáo	Class	Level
Đánh giá nguy cơ tim mạch ở người không mắc bệnh tim mạch đã biết (Tiếp)		
Trong dự phòng tiên phát, điều trị thuốc hạ LDL-C được khuyến cáo cho đối tượng: • Có nguy cơ rất cao và LDL-C ≥ 1.8 mmol/L (70 mg/dL), hoặc • Có nguy cơ cao và LDL-C ≥ 2.6 mmol/L (100 mg/dL) dù đã tối ưu các biện pháp thay đổi lối sống, nhằm giảm nguy cơ tim mạch.	I	A
Trong dự phòng tiên phát, nên cân nhắc điều trị thuốc hạ LDL-C cho • Có nguy cơ rất cao và LDL-C từ 1.4 mmol/L (55 mg/dL) đến dưới 1.8 mmol/L (70 mg/dL), hoặc • Có nguy cơ cao và LDL-C từ 1.8 mmol/L (70 mg/dL) đến dưới 2.6 mmol/L (100 mg/dL), hoặc • Có nguy cơ trung bình và LDL-C từ 2.6 mmol/L (100 mg/dL) đến dưới 4.9 mmol/L (190 mg/dL), hoặc • Có nguy cơ thấp và LDL-C từ 3.0 mmol/L (116 mg/dL) đến dưới 4.9 mmol/L (190 mg/dL) dù đã tối ưu các biện pháp thay đổi lối sống, nhằm giảm nguy cơ tim mạch	IIa	A

Hình 2

Mức giảm trung bình cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C) với các liệu pháp thuốc khác nhau có lợi ích tim mạch được chứng minh



Khuyến cáo mới(3)

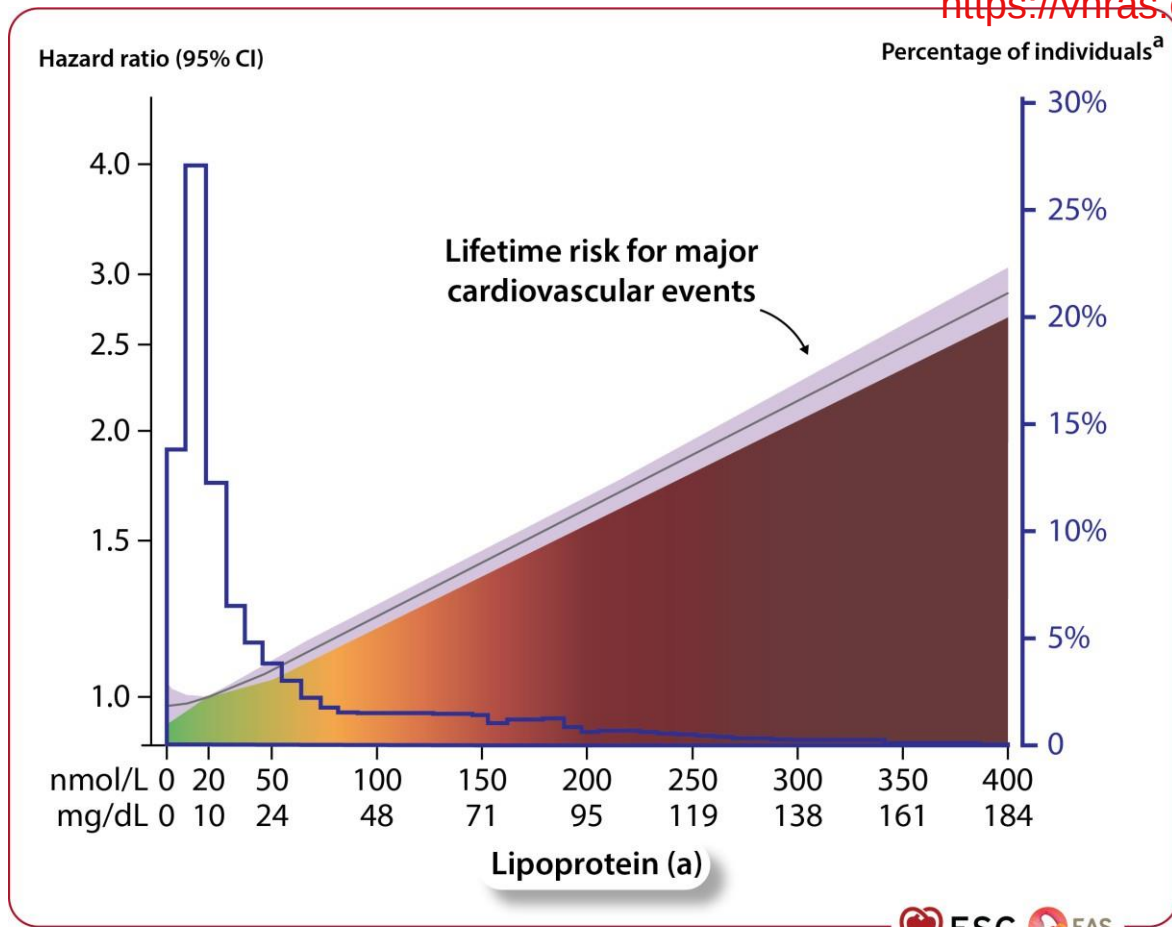
Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến nghị về thuốc điều trị thuốc LDL-C		
Các thuốc không phải statin có lợi ích tim mạch đã được chứng minh, dùng đơn lẻ hoặc phối hợp, được khuyến cáo cho bệnh nhân không dung nạp hoặc không thể dùng statin để hạ LDL-C và giảm nguy cơ biến cố tim mạch. Lựa chọn thuốc dựa trên mức độ giảm LDL-C bổ sung cần thiết.	I	A
Bempedoic acid được khuyến cáo cho bệnh nhân không thể dùng statin để đạt mục tiêu LDL-C.	I	B
Cần cân nhắc thêm bempedoic acid vào liệu statin tối đa có thể dung nạp, có hoặc không kèm ezetimibe, ở bệnh nhân nguy cơ cao hoặc rất cao nhằm đạt mục tiêu LDL-C.	Ila	C
Evinacumab nên được xem xét cho bệnh nhân tăng cholesterol gia đình đồng hợp tử từ 5 tuổi trở lên, không đạt mục tiêu LDL-C dù đã dùng liều tối đa các thuốc hạ lipid.	Ila	B

Khuyến cáo mới (4)

Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến cáo điều trị hạ lipid trong hội chứng vành cấp (ACS)		
Việc tăng cường điều trị hạ lipid trong thời gian nhập viện ACS được khuyến cáo cho bệnh nhân đã đang dùng bất kỳ thuốc hạ lipid nào trước khi nhập viện nhằm tiếp tục hạ LDL-C.	I	C
Nên cân nhắc khởi đầu phối hợp điều trị với statin liều cao và ezetimibe trong thời gian nhập viện ACS cho bệnh nhân chưa từng điều trị trước đó và không kỳ vọng đạt mục tiêu LDL-C chỉ với statin đơn trị.	IIa	B

Hình 3

Mối liên quan giữa mức độ Lp(a) và nguy cơ suốt đời của các biến cố tim mạch lớn



Khuyến cáo mới (5)

<https://vnras.com.vn/drug/>



Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến cáo xét nghiệm lipoprotein(a)		
Nồng độ Lp(a) trên 50 mg/dL (105 nmol/L) nên được xem xét ở tất cả người trưởng thành như một yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch, với mức Lp(a) càng cao thì nguy cơ tim mạch càng tăng.	Ila	B

Khuyến cáo mới (6)

Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến cáo điều trị bằng thuốc cho bệnh nhân tăng triglyceride máu		
Nên cân nhắc sử dụng icosapent ethyl liều cao (2 lần mỗi ngày, mỗi lần 2 g) phối hợp với statin ở những bệnh nhân có nguy cơ cao hoặc rất cao, có mức triglyceride tăng (triglyceride lúc đói 135–499 mg/dL hoặc 1.52–5.63 mmol/L) nhằm giảm nguy cơ các biến cố tim mạch.	Ila	B
Volanesorsen (300 mg/tuần) nên được xem xét cho bệnh nhân tăng triglyceride nặng (triglyceride >750 mg/dL hoặc >8.5 mmol/L) do hội chứng chylomicron máu gia đình, nhằm hạ triglyceride và giảm nguy cơ viêm tụy cấp.	Ila	B

Khuyến cáo mới (7)

<https://vnras.com/vndrug/>



Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến cáo điều trị statin trong dự phòng tiên phát cho người nhiễm HIV		
Điều trị statin được khuyến cáo cho người nhiễm HIV trong dự phòng tiên phát từ 40 tuổi trở lên, bất kể mức nguy cơ tim mạch ước tính và mức LDL-C, nhằm giảm nguy cơ biến cố tim mạch. Việc lựa chọn loại statin cần căn cứ vào khả năng tương tác thuốc tiềm tàng.	I	B

Khuyến cáo mới (8)

<https://vnras.com/vdrug/>



Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến cáo điều trị statin cho bệnh nhân đang điều trị ung thư		
Nên cân nhắc sử dụng statin ở bệnh nhân người lớn có nguy cơ cao hoặc rất cao phát triển độc tính tim mạch do hóa trị, nhằm giảm nguy cơ tổn thương chức năng tim do anthracycline.	Ila	B

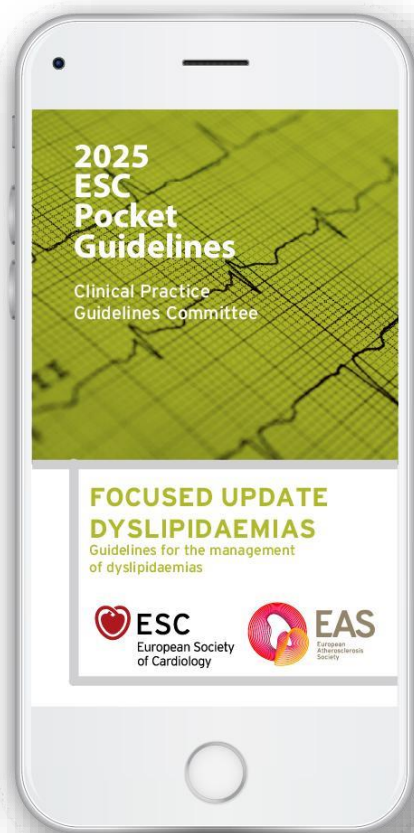
Khuyến cáo mới (9)

<https://vnras.com/drug/>



Khuyến cáo	Class	Level
Khuyến cáo về thực phẩm chức năng		
Không khuyến cáo sử dụng các thực phẩm chức năng hoặc vitamin chưa được chứng minh có độ an toàn và hiệu quả đáng kể trong việc hạ LDL-C để giảm nguy cơ bệnh động mạch vành xơ vữa (ASCVD).	III	B

Truy cập ESC guidelines qua app điện thoại



• Tất cả Guidelines của ESC

và

• Hơn 140 công cụ tương tác

- > Hỗ trợ quyết định lâm sàng
- > Phác đồ
- > Tính toán
- > Hình và thang điểm

• Báo cáo khuyến cáo trong ESC

• Bộ trình bày chính thức

• Tin thiết yếu

