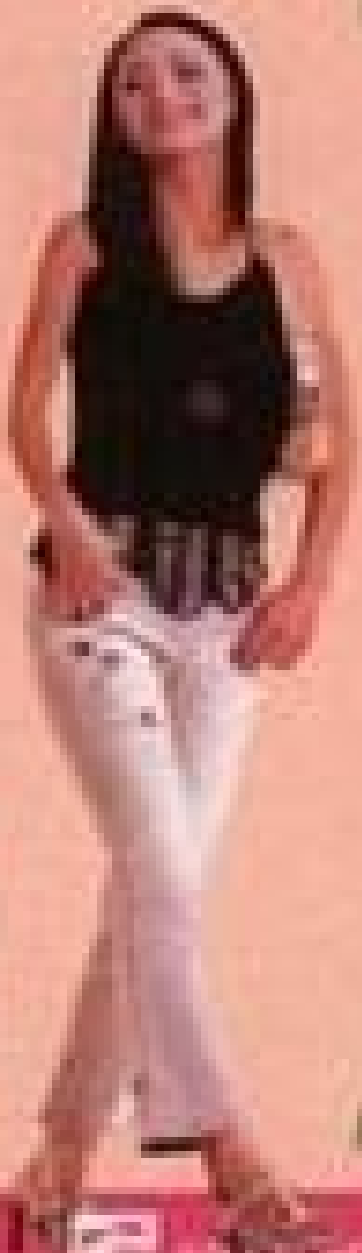
Mary P.McGowan, M.D.
Jo McGowan Chopra

Làm thế nào để giảm CHOLESTEROL

Biên dịch: Nguyễn Minh Tiến
Hiệu đính: BS Võ Minh Đức
BS Nguyễn Sinh Minh
(Người Mỹ gốc Việt)



50 phương thức giúp bạn tự mình chủ động làm giảm lượng Cholesterol trong máu

Thư viện sức khỏe gia đình

Thông tin ebook

Làm Thế Nào Để Giảm Cholesterol

Tác giả: M.D.Jo McGowan Chopra & Mary P.McGowan

Dịch: Nguyễn Minh Tiến.

Nhà xuất bản: Nxb Văn hóa Thông tin - 2010

Ebook miễn phí tại : www.Sachvui.Com

LỜI NÓI ĐẦU

Nghiên cứu trong hơn 30 năm qua đã cho thấy rất rõ ràng mức cholesterol cao có liên hệ đến bệnh tim và chứng đột quỵ. Hơn 50% người Mỹ có mức cholesterol cao hơn mong muốn; và dù vậy, rất ít người thực sự đã làm được điều gì đối với tình trạng này. Một trong những lý do quan trọng là sự thiếu hiểu biết. Đối với cholesterol, người ta hoàn toàn không biết phải nên tin vào điều gì trong những điều đã được biết về nó – và thậm chí nếu như có tin được, họ cũng không biết rõ là phải làm gì.

Vấn đề gần đây càng được nhiều người quan tâm hơn nữa khi thuốc Baycol, một trong những loại thuốc làm giảm cholesterol đã bị cấm trên toàn thế giới vì nhiều trường hợp gây đau cơ nghiêm trọng, một số trường hợp trong đó đã dẫn đến tử vong. Sự kiện được công bố rộng rãi này làm cho nhiều người phải đặt vấn đề hoài nghi về tính an toàn và sự khôn ngoan trong việc làm giảm mức cholesterol, nhất là bằng cách sử dụng thuốc.

Mặc dù vậy, tất cả các chuyên gia và bác sĩ đều đồng ý rằng việc hạ thấp mức cholesterol là hết sức cần thiết cho rất nhiều người, và có thể là biện pháp để cứu sống bệnh nhân trong nhiều trường hợp.

Thật vậy, chứng đột quỵ là nguyên nhân quan trọng nhất gây ra tàn tật trong thế giới phương Tây, và bệnh tim cho đến nay vẫn còn là nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất ở Hoa Kỳ – và đang ngày càng tiến gần đến mức trở thành nguyên nhân gây tử vong thường gặp nhất trên toàn thế giới. Nguy cơ mắc phải cả hai chứng bệnh nghiêm trọng chết người này có thể giảm đi rất nhiều khi mức cholesterol được hạ thấp.

Nhưng cho đến nay, những thông tin quan trọng về việc làm giảm mức cholesterol vẫn chưa được phổ biến một cách hiệu quả đến với mọi người trong xã hội.

Để làm được điều đó, quyển sách này là một phương tiện hiệu quả nhất mà tôi đã từng gặp được trong suốt những năm làm công việc nghiên cứu và điều trị liên quan đến cholesterol. Bác sĩ Mary McGowan đã phối hợp với người chị của bà là Jo McGowan để viết ra quyển sách này, bao gồm những lời khuyên rất thực tiễn và dễ hiểu về việc làm thế nào để giảm mức cholesterol. Bác sĩ McGowan có rất nhiều kiến thức và kinh nghiệm tuyệt vời trong việc điều trị các bệnh nhân có mức cholesterol cao, và Jo McGowan là cây bút tuyệt vời để diễn đạt những điều trong sách.

Có quá nhiều vấn đề liên quan đến cholesterol đã trở nên khó hiểu và gây nhiều tranh cãi, từ những vấn đề đặc biệt liên quan đến chế độ ăn uống, chẳng hạn như cuộc tranh cãi về "chất béo hay carbohydrat", cho đến việc sử dụng các liệu pháp bổ sung và thay thế, tính an toàn của các loại thuốc được sử dụng... Các tác giả đã hết sức tài tình trong việc giải thích tất cả những vấn đề liên quan đến cholesterol bằng một ngôn ngữ đơn giản dễ hiểu với tất cả mọi người, nhất là những người không có kiến thức nhiều trong lãnh vực y khoa. Những vấn đề chuyên môn – khoa học và y học – đều được giải thích một cách chính xác nhưng dễ hiểu, cùng với những lời khuyên có thể áp dụng cho tất cả mọi người. Kết quả cuối cùng của công trình này là một cẩm nang hướng dẫn cần thiết cho tất cả những ai quan tâm đến nguy cơ có thể mắc phải bệnh tim hay chứng đột quỵ, hoặc những ai đã không may mắc phải các chứng bệnh này.

Bác sĩ McGowan đã phân tích chi tiết về việc thuốc Baycol bị cấm sử dụng. Bà giải thích rằng, những sự kiện tương tự như thế này là cực kỳ hiếm hoi, và chỉ ra điểm quan trọng của vấn đề là, nguy cơ về một cơn đau tim hay đột quỵ do mức cholesterol cao trong máu lớn hơn nhiều so với bất cứ rủi ro nào có thể có trong việc dùng thuốc làm giảm cholesterol. Bà cũng đưa ra những lời khuyên thực tiễn trong việc làm thế nào để giảm thiểu tối đa những rủi ro khi dùng thuốc.

Hai mươi đề mục trong sách này được dành riêng cho việc bàn đến mối quan hệ giữa chế độ ăn uống và mức cholesterol. Các tác giả không nghiêng về một sự thay thế cực đoan trong nếp sống. Họ hiểu rằng việc ăn uống cũng là một niềm vui của hầu hết mọi người, và ai cũng muốn được ăn uống lành mạnh mà không phải từ bỏ hoàn toàn niềm vui của mình trong việc bếp núc. Chẳng hạn như, một chỉ dẫn liên quan đến cách làm khoai tây rán – một trong những thức ăn được biết là có hại cho sức khỏe – lại thực sự rất lành mạnh! Phần chỉ dẫn về việc ăn thức ăn ít chất béo ở nhà hàng đã dạy cho tôi những điều chưa từng được biết. Đề mục cuối cùng của phần này thảo luận vấn đề phức tạp liên quan đến rượu bia, và giúp người đọc tự mình đưa ra một quyết định sau khi đã hiểu rõ vấn đề.

Các tác giả cũng dành một phần nói về sự bổ sung chế độ ăn uống và những phương thức thay thế để làm giảm cholesterol. Sự quan tâm đối với lãnh vực này đã bùng phát trong suốt thập kỷ vừa qua, và là một trong những vấn đề mà bệnh nhân thường đặt ra nhất với các bác sĩ. Các tác giả đã giải thích về tính hiệu quả của loại thuốc Cholestin được bán tự do không cần theo toa. Họ cũng đề cập đến cách sử dụng các loại dầu margarine để làm giảm mức cholesterol.

Quyển sách cũng dành một số đề mục để bàn về tầm quan trọng của việc rèn luyện thể lực và việc bỏ hút thuốc lá, bởi vì chúng không chỉ liên hệ đến cholesterol, mà còn có ảnh hưởng chung đến sức khỏe cũng như việc ngăn ngừa bệnh tim và chứng đột quỵ.

Phần cuối sách là những thông tin chi tiết về từng loại thuốc được sử dụng để làm giảm cholesterol. Đây là những thông tin bao quát nhất đã từng được công bố về những loại thuốc này, và được trình bày theo một cách thực tiễn và dễ hiểu nhất. Đây là nguồn thông tin tuyệt vời cho bất cứ bệnh nhân nào đang sử dụng các loại thuốc này theo toa bác sĩ, hoặc với những ai đã nghe nói về các loại thuốc này và có ý muốn tìm hiểu thêm.

Quyển sách chắc chắn sẽ giúp người đọc có một hiểu biết hoàn thiện hơn về cholesterol, về tác động của nó trong việc phát triển bệnh tim và chứng đột quỵ, cũng như về động lực để thay đổi trong chế độ ăn uống và nếp sinh hoạt hàng ngày.

Là một chuyên gia về cholesterol, đã trải qua nhiều năm nghiên cứu và điều trị các bệnh nhân có rối loạn mức cholesterol, tôi vô cùng ấn tượng khi được đọc quyển sách này, và cảm thấy rằng đây là lần đầu tiên tôi có được trong tay một nguồn thông tin khoa học chính xác, dễ hiểu và thực tiễn để có thể giới thiệu với các bệnh nhân của tôi, và tin chắc rằng những gì họ tìm thấy ở đây chính là những lời khuyên tốt nhất mà một chuyên gia trong lãnh vực này có thể đưa ra cho một bệnh nhân có mức cholesterol cao.

Daniel J. Rader, M. D.

DẪN NHẬP

Tôi hy vọng bạn đọc sẽ có được sự hứng thú khi đọc sách này, giống như tôi đã hứng thú khi viết nó. Những đề nghị được trình bày trong sách này cũng chính là những gì mà chính bản thân tôi luôn tuân theo. Không những tôi thấy khỏe mạnh, mà tôi còn cảm thấy vui sống nữa.

Có rất nhiều yếu tố quyết định mức cholesterol của chúng ta: chế độ ăn uống, thể trọng, sự rèn luyện thể lực, và các gen di truyền. Do đó, việc trị liệu đối với bất cứ một sự rối loạn cholesterol nào cũng sẽ phải đòi hỏi một phương thức đa dạng, giải quyết được toàn diện.

Chế độ ăn uống thích hợp, sự giảm cân, và bắt đầu một chương trình rèn luyện thể lực là những điều đòi hỏi có một sự tư vấn và những động lực thúc đẩy. Trong công việc điều trị của tôi, khía cạnh này đóng vai trò vô cùng quan trọng. Nếu tôi có thể làm cho bệnh nhân của mình chịu tuân thủ một chế độ ăn uống tốt hơn và bắt đầu một chương trình rèn luyện thể lực, tôi biết chắc là sẽ dẫn đến việc giảm cân ngay sau đó. Những người chịu rèn luyện thể lực thường xuyên và tuân theo một chế độ ăn uống lành mạnh, cân đối, ít chất béo, sẽ cảm thấy khỏe hơn, thân hình cân đối hơn, nhưng quan trọng hơn hết là giảm thấp được nguy cơ mắc bệnh tim và các chứng bệnh kinh niên khác. Hẳn là bạn đã rất thường nghe câu ngạn ngữ này: "Chúng ta là những gì chúng ta ăn vào." Nếu trước đây bạn đã từng có những nỗ lực không thành công trong việc làm giảm mức cholesterol bằng chế độ ăn uống và rèn luyện thể lực, thì quyển sách này sẽ phù hợp với bạn.

Sách này mang đến cho bạn những thông tin khoa học mới nhất về các chất dinh dưỡng trị liệu bổ sung – tại sao một số có tác dụng, trong khi một số khác thì lại không. Nếu bạn chọn dùng phương thức dinh dưỡng trị liệu bổ sung, điều quan trọng là cần biết trước phải chờ đợi những gì. Có thể giảm thấp được cholesterol của bạn đến mức nào? Có những tác dụng phụ nào hay không?

Cuối cùng, cần phải nhận ra rằng các gen di truyền của chúng ta đóng một vai trò quan trọng trong việc quyết định mức độ cholesterol. Hai người có thể có trọng lượng cơ thể như nhau, ăn cùng loại thức ăn như nhau, rèn luyện thể lực với thời gian và mức độ như nhau, nhưng vẫn có thể có mức cholesterol cực kỳ khác biệt nhau. Đối với hầu hết những người có sự rối loạn mức cholesterol do di truyền hay bệnh tim, chế độ ăn uống thích hợp, sự rèn luyện thể lực và dinh dưỡng trị liệu có thể làm cho tình hình tốt đẹp hơn, nhưng rất khó có khả năng điều chỉnh được vấn đề. Những người này

hầu như chắc chắn sẽ cần phải dùng đến thuốc men để làm giảm mức cholesterol của họ.

Khi buộc phải dùng đến thuốc men để làm giảm mức cholesterol, nhiều người rất lo ngại về các tác dụng phụ có thể có của thuốc. Mặc dù tôi cũng cho rằng đây là một mối quan tâm vô cùng chính đáng, nhưng điều quan trọng cần biết là, nói chung thì các loại thuốc làm giảm cholesterol là cực kỳ an toàn và rất dễ dung nạp đối với hầu hết mọi người.

Tuy nhiên, vừa mới đây có một loại thuốc làm giảm cholesterol là Baycol, thuộc nhóm thuốc statin, đã bị cấm sử dụng. Điều này làm cho nhiều bệnh nhân của tôi, ngay cả những người đang dùng các thuốc statin khác như Lipitor, Zocor, Mevacor, Pravachol và Lescol, phải hết sức lo ngại. Nhiều người đã gọi điện cho tôi để hỏi xem liệu có nên chấm dứt việc dùng thuốc hay không. Bởi vì tôi biết chắc chắn là các thuốc statin đang được dùng để bảo vệ mạng sống cho họ, nên tôi đã dành thời gian thích đáng để thuyết phục các bệnh nhân của mình tiếp tục sử dụng các thuốc ấy. Và sau đây là những thông tin mà tôi đã chia sẻ với các bệnh nhân của tôi để thuyết phục họ.

Vào thời điểm mà Baycol bị cấm sử dụng, khoảng 11 triệu toa thuốc đã được đưa ra với loại thuốc này. Trong số đó, 31 người dùng thuốc Baycol đã chết vì một rối loạn gọi là rhabdo¬myolysis. Đây là một tình trạng được nhận ra bởi sự suy nhược tế bào cơ và cuối cùng là suy thận. Hầu hết những người này còn uống kèm một loại thuốc khác nữa là gemfibrozil (Lopid). Vào năm 1999, nhà sản xuất thuốc Baycol là công ty Bayer đã cảnh báo các bác sĩ là đừng sử dụng kết hợp Baycol với Lopid. Công ty này đã xác định rằng sự kết hợp hai loại thuốc này làm gia tăng nguy cơ dẫn đến rhabdomyolysis. Điều này không có gì đáng ngạc nhiên, vì riêng mỗi loại thuốc này đều có khả năng gây ra rhabdomyolysis. Điều không may là, không phải tất cả các bác sĩ đều cảnh giác với lời báo động này. Vì Lopid là loại thuốc đã thành công trong việc sử dụng kết hợp với nhiều loại thuốc khác, nên thuốc Baycol đã bị cấm sử dụng thay vì là Lopid.

Các loại thuốc thuộc nhóm statin đã cho thấy có thể làm giảm thấp từ 30% đến 48% nguy cơ phát triển một cơn đau tim hay đột quỵ. Nguy cơ chết vì rhabdomyolysis với Baycol, mặc dù là thấp – 31 trường hợp trong số 11 triệu toa thuốc! – nhưng vẫn còn cao hơn so với bất cứ loại thuốc hiện có nào khác thuộc nhóm statin, như Lipitor, Zocor, Mevacor, Pravachol và Lescol.

Trong ba năm qua, hơn 300 triệu toa thuốc đã được viết ra với các loại thuốc

statin này. Trong giai đoạn này, Health Research Group đã ghi nhận 52 trường hợp tử vong liên quan đến rhabdomyolysis. Điều này có nghĩa là, nguy cơ tử vong vì rhabdomyolysis của người dùng thuốc nhóm statin là khoảng 1 trong số 5.747.000 trường hợp! Có nhiều loại thuốc khác với các tác dụng phụ tồi tệ hơn nhiều, và chúng ta vẫn thường sử dụng mà không băn khoăn gì cả. Nguy cơ gây chảy máu nghiêm trọng do thuốc aspirin có thể lên đến 1 trong số 50.000 trường hợp.

Không có loại thuốc nào không có tác dụng phụ. Bạn nên cố gắng tìm hiểu càng nhiều càng tốt về các tác dụng phụ của loại thuốc mà bạn đang sử dụng. Trong trường hợp các thuốc statin, ích lợi mang lại rõ ràng là vượt rất xa nguy cơ rủi ro.

Bạn có thể đặt câu hỏi là, liệu có cách nào để giảm bớt nguy cơ phát triển rhabdomyolysis khi sử dụng thuốc statin hay không? Câu trả lời tất nhiên là có. Nếu trong khi dùng thuốc statin, bạn cảm thấy đau nhức cơ bắp toàn thân, giống như cảm giác nhức mỏi trước khi gục ngã vì cảm cúm, bạn có thể báo ngay với bác sĩ để thực hiện một xét nghiệm gọi là CPK (mức enzym cơ trong máu).

Một lượng nhỏ các enzym cơ trong máu là bình thường. Tất cả chúng ta đều có một số các tế bào cơ chết đi mỗi ngày. Các tế bào này thải những enzym vào trong máu, nơi chúng ta có thể đo lường để biết được. Nếu bạn chạy marathon chẳng hạn, mức enzym cơ trong máu sẽ gia tăng rất cao, rồi nhanh chóng hạ thấp ngay khi các cơ bắp trở lại trạng thái bình thường. Khi bắt đầu uống một loại thuốc thuộc nhóm statin, có thể lường trước một sự gia tăng nhỏ trong hàm lượng enzym cơ. Nếu sự gia tăng này quá cao, đó là dấu hiệu cần phải được quan tâm.

Xét nghiệm CPK là một xét nghiệm máu đơn giản, và nếu nó xác định là hàm lượng CPK tăng cao, bác sĩ sẽ cho ngưng dùng thuốc statin, hoặc giảm liều. Trong hầu hết các trường hợp, sự đau cơ không còn nữa và nguy cơ về rhabdomyolysis sẽ bị triệt tiêu. Điều cần nhấn mạnh ở đây là, nếu bạn theo dõi thận trọng những biến chuyển trong cơ thể, bạn có nhiều khả năng sử dụng tốt các thuốc nhóm statin.

Một khi đã quyết định cần dùng đến thuốc men, bác sĩ sẽ phải xác định xem loại thuốc nào là thích hợp nhất cho người bệnh, và phải dùng liều lượng như thế nào. Nếu bạn đã quyết định dùng thuốc, sách này sẽ giúp bạn xác định được loại thuốc nào là tốt nhất đối với bạn. Một khi đã có đầy đủ những thông tin cần thiết về các loại thuốc, bạn sẽ có thể có một cuộc thảo luận đầy

ý nghĩa với bác sĩ điều trị của mình.

Nếu bạn đã dùng thuốc, nhưng mức cholesterol vẫn còn cao, hoặc mức cholesterol bảo vệ vẫn còn thấp, điều quan trọng là đừng chán nản thất vọng. Trong vài ba năm tới, sẽ có một sự phát triển mạnh những loại thuốc mới để điều trị các rối loạn cholesterol. Ngay tại Viện Tim mạch New England nơi tôi làm việc, chúng tôi hiện đang nghiên cứu nhiều loại thuốc mới. Sách này sẽ giúp bạn có một hiểu biết về những loại thuốc mới nào đang có triển vọng sẽ ra đời.

Cho dù sự rối loạn cholesterol của bạn là thuộc loại nào, vẫn còn có hy vọng. Sách này sẽ giúp bạn những phương tiện cần thiết để bình thường hóa mức cholesterol của mình. Nếu cholesterol cao và bệnh tim là di truyền trong gia đình bạn, bạn có thể thực hiện những thay đổi để giảm đáng kể nguy cơ của một cơn đau tim. Điều quan trọng nhất là, bạn có thể thay đổi được vận mệnh của chính mình.

Tôi đã làm việc trong lãnh vực nghiên cứu sự chuyển hóa cholesterol từ hơn mười năm qua, và có thể nói một cách thành thật là đã gặp rất ít người có mức cholesterol mà tôi không thể giúp cho bình thường trở lại. Trong thực tế, tôi không làm thay đổi mức cholesterol của các bệnh nhân. Chính họ đã làm điều đó. Công việc của tôi chỉ là một người chỉ dẫn tốt và không ngừng khích lệ. Đối với tôi, chỉ là một chuyên gia trong lãnh vực này không thôi là chưa đủ. Tôi có thể hiểu được tất cả những sự phức tạp trong việc cholesterol được sản sinh như thế nào và chuyển hóa ra sao, nhưng nếu tôi không hiểu được về người bệnh, tôi không thể giúp họ thành công.

Khi tôi tiếp xúc với một người có vấn đề bất thường về cholesterol, tôi cần phải biết người ấy là ai. Tôi cần biết về việc người ấy sử dụng thời gian như thế nào? Liệu người ấy có phải đi làm xa hay làm việc tại nhà? Người ấy đã nghỉ hưu hay đang bận rộn với những đứa con còn nhỏ? Người ấy sử dụng thời gian rảnh rỗi để làm gì? Thể thao, đọc sách, đi xem phim, ngồi trước máy tính, hay đi ăn bên ngoài?

Điều thiết yếu nữa là tôi cũng cần phải biết xem bệnh nhân của tôi sống chung với những ai. Liệu những người này sẽ giúp đỡ thuận lợi, hay ngăn trở việc trị bệnh? Liệu có thể bản thân họ cũng cần đến việc giảm thấp mức cholesterol hay chăng? Tôi cũng rất cần phải biết được bệnh nhân của tôi từ nhỏ quen dùng loại thức ăn nào, và hiện nay thường ăn những thức ăn gì, và món ăn nào người ấy thích nhất. Tôi cũng sẽ phải hỏi về việc rèn luyện thể lực, xem người ấy có thường tập thể dục hay không, và mỗi lần tập thường

kéo dài bao lâu. Nếu người ấy có một chương trình rèn luyện thể lực đều đặn, tôi sẽ cần biết xem đó là một chương trình mới bắt đầu gần đây, hay đã được theo đuổi từ nhiều năm rồi.

Hút thuốc lá có thể làm thay đổi đáng kể mức cholesterol, bởi vậy tôi cần phải biết về quá trình hút thuốc lá của bệnh nhân. Và vì có một số bệnh tật kéo dài có thể gây ảnh hưởng đến mức cholesterol, nên điều quan trọng là tôi cần phải biết tất cả về tiền sử bệnh của bệnh nhân. Mức cholesterol bất thường cũng có thể do yếu tố di truyền tự nhiên, và do đó tôi luôn luôn tìm hiểu về tiền sử trong gia đình về những trường hợp cholesterol cao hoặc bệnh tim.

Lần khám bệnh đầu tiên của tôi mất khoảng một giờ bốn mươi lăm phút – bốn mươi lăm phút với một chuyên gia dinh dưỡng, và một giờ riêng với tôi. Những thông tin nắm được trong lần khám bệnh đầu tiên này sẽ giúp tôi hiểu được về người bệnh. Ngay cả với hai người có mức cholesterol giống như nhau, nếu một người ở tuổi 45, làm nghề buôn bán di chuyển nhiều, thường là đi suốt 5 ngày trong một tuần, và có 3 con nhỏ ở nhà; người kia ở độ tuổi 75, là một giáo viên về hưu, sống một mình và đã từng phải phẫu thuật tim; chế độ ăn uống và tập luyện được đề nghị sẽ hoàn toàn khác nhau, và thậm chí loại thuốc được chọn dùng cũng sẽ khác nhau rất đáng kể.

Cuối cùng, tôi luôn luôn hỏi bệnh nhân của tôi về động cơ thúc đẩy họ mong muốn làm bình thường mức cholesterol. Nói chung, mức độ quyết tâm càng cao thì khả năng thành công càng lớn.

Trừ khi bạn đến gặp tôi ở Viện Tim mạch New England, bằng không thì tôi rất khó có hân hạnh được trực tiếp gặp gỡ bạn. Nhưng cho dù không được cùng nhau gặp mặt thì quyển sách này vẫn có thể hướng dẫn bạn những bước cần thiết để cải thiện đáng kể mức cholesterol của bạn. Tôi sẽ đưa ra cho bạn những ước tính về mức độ hiệu quả của mỗi một thay đổi trong nếp sống của bạn, hoặc của việc sử dụng một loại thuốc nào đó.

Dĩ nhiên là không phải tất cả những gì trình bày trong sách này đều thích hợp với bạn. Chẳng hạn như, bạn có thể có một mức triglyceride rất cao và một mức cholesterol bình thường. Rõ ràng là bạn quan tâm nhiều hơn đến những thông tin về việc làm giảm mức triglyceride. Cũng vậy, nếu bạn không hút thuốc, bạn có thể sẽ lướt qua những thông tin về hiệu quả của việc bỏ thuốc lá trong việc làm giảm mức cholesterol. Tôi đã cố gắng để viết quyển sách này bằng một văn phong đơn giản, dễ hiểu, bởi vậy, ngay cả khi một vấn đề nào đó không thích hợp với bạn, hy vọng là bạn cũng có thể thấy

thích thú phần nào khi đọc nó. Và rồi sau đó bạn sẽ có thể đưa ra những lời khuyên cho bạn bè hoặc người trong gia đình, nếu như họ có hút thuốc hay có những rối loạn cholesterol khác hơn những vấn đề của bạn.

TÌM HIỂU VỀ CHOLESTEROL

Tôi nhớ có một lúc mức cholesterol 300 mg/dl được xem là bình thường. Sao lại có thể như vậy? Cái gọi là giá trị bình thường trong xét nghiệm được xác định qua việc lấy mẫu ở một số đông người, tính toán ra mức giá trị cao nhất và thấp nhất, và gọi những giá trị nằm ở khoảng giữa hai mức ấy là "bình thường". Ở một đất nước mà mỗi năm có một triệu rưỡi người bị lên cơn đau tim, và năm trăm ngàn người khác chết vì bệnh tim, thì mức độ "bình thường" không hẳn là mức độ được mong muốn.

Năm 1948, cuộc nghiên cứu về tim mạch Fra¬mingham, được tiến hành bởi Viện Tim mạch Quốc gia, nay là Viện Tim Phổi và Huyết học Quốc gia, đã khảo sát các nguyên nhân của bệnh tim mạch. Kết quả nghiên cứu của họ cho chúng ta biết rằng, mức cholesterol tăng cao là một nguy cơ lớn trong việc phát triển các vấn đề bất ổn về tim mạch, như chứng đau thắt ngực, đau tim, phẫu thuật nghẽn mạch, tạo hình mạch...

Vậy cholesterol là gì? Tại sao chúng ta có chất này trong máu? Và nếu mức "bình thường" trước đây là quá cao, vậy mức độ cholesterol như thế nào trong máu là an toàn và có thể chấp nhận được?

Cholesterol là một chất có dạng sáp màu trắng, được tìm thấy trong một số thức ăn của chúng ta. Nó cũng được sản sinh ra bởi tất cả các tế bào của cơ thể, nhưng đáng kể nhất là các tế bào gan. Một số cholesterol là tối cần thiết cho sức khỏe tốt. Cholesterol không chỉ là một thành phần quan trọng trong các thành tế bào, nó cũng còn là thiết yếu trong việc tạo ra một số các hormon nhất định. Đối với hầu hết mọi người thì khoảng từ 70% đến 75% cholesterol trong máu được sản sinh bởi các tế bào gan, từ 25% đến 30% còn lại được lấy từ thực phẩm ăn vào.

Một người có thể có mức cholesterol tăng cao vì rất nhiều lý do. Có một số trường hợp bất thường về gen di truyền có thể dẫn đến sự gia tăng mức sản sinh ra cholesterol của các tế bào gan; hoặc giảm thấp khả năng của gan trong việc làm sạch cholesterol khỏi máu. Một số các bệnh tật lại gắn liền theo với mức cholesterol tăng cao. Những bệnh này bao gồm chứng tiểu đường và các bệnh thận, gan, tuyến giáp. Một số thuốc men cũng có tác dụng làm cho mức cholesterol tăng cao. Và cuối cùng, đối với rất nhiều người thì chế độ ăn uống không cân đối, nhiều chất béo, nhiều ca-lo-ri và cholesterol chính là nguyên nhân làm cho mức cholesterol tăng cao.

Khi nói đến chế độ ăn uống thì chất béo và ca-lo-ri (– không phải là

cholesterol trong thức ăn) là những nguyên nhân xấu nhất. Khi một người ăn quá nhiều chất béo, gan sẽ bị giảm mạnh khả năng tách cholesterol ra khỏi máu. Còn việc ăn quá nhiều ca-lo-ri lại làm cho gan sản xuất ra quá nhiều cholesterol. Chế độ ăn có nhiều cholesterol cũng góp phần ảnh hưởng vào mức cholesterol trong máu, nhưng có một giới hạn. Chẳng hạn như, nếu một người thường ăn vào khoảng 100 mg cholesterol mỗi ngày, gia tăng mức độ này lên đến 400 mg một ngày, mức cholesterol trong máu sẽ có thể tăng cao đáng kể. Trong trường hợp này, một số người có thể có mức tăng đến 60 mg/dl. Bây giờ, nếu người ấy gia tăng mức ăn vào lên đến 1.000 mg cholesterol trong một ngày (tương đương với lượng cholesterol có trong khoảng 2 lòng đỏ trứng), mức cholesterol trong máu sẽ không tăng cao hơn nữa. Hiện tượng "bão hòa" này là lý do khiến cho nhiều người nói rằng việc ăn trứng không làm tăng mức cholesterol của họ. Bởi vì trước đó họ đã sử dụng một lượng cholesterol cao đến mức "bão hòa" rồi! Tại bệnh viện của chúng tôi, chúng tôi tập trung chủ yếu vào chất béo. Tuy nhiên, bởi vì chất béo và cholesterol rất thường đi đôi với nhau, chế độ ăn của chúng tôi nói chung giới hạn bệnh nhân ở khoảng 100 mg cholesterol trong một ngày.

Để xác định mức cholesterol của bạn có khả năng dẫn đến nguy cơ phát triển bệnh tim hay không, bạn cần phải thực hiện một xét nghiệm đo lường. Để có thể đo thật chính xác mức cholesterol trong máu, bạn phải nhịn ăn trong 12 giờ trước khi xét nghiệm. Mặc dù việc xét nghiệm tất nhiên là vẫn có thể tiến hành được khi không có quá trình nhịn ăn, nhưng các bác sĩ sẽ nắm rõ hơn về mức cholesterol của bạn khi cơ thể ở trong tình trạng nhịn ăn. Khi đã có được kết quả đo lường mức cholesterol trong máu, bạn có thể đối chiếu với các chuẩn mực dưới đây để xác định mình có gặp vấn đề bất ổn nào với bất cứ dạng chất béo nào trong máu hay không.

Mức độ cholesterol trong máu Loại cholesterol Mức độ đáng mong muốn Cholesterol tổng số < 200 mg/dl (không có CAD) < 150 mg/dl (có CAD) Triglyceride < 150 mg/dl (không có CAD) < 100 mg/dl (có CAD) LDL cholesterol < 130 mg/dl (không có CAD) < 100 mg/dl (có CAD) Mức độ lý tưởng < 80 mg/dl

(có CAD) HDL cholesterol > 45 mg/dl

Trong bảng trên, CAD là một thuật ngữ viết tắt từ Coronary Artery Disease – các bệnh liên quan đến động mạch vành, nói chung thường chỉ cho các trường hợp đã từng bị một cơn đau tim, phẫu thuật nghẽn mạch, tạo hình mạch, hoặc một xét nghiệm bất thường cho thấy có bệnh tim...

Mức độ cholesterol tổng số thật ra là sự kết hợp của nhiều chất, bao gồm cả triglyceride, LDL cholesterol và HDL cholesterol.

Triglyceride là dạng chất béo trong máu có khuynh hướng tăng cao khi dùng các thức uống có cồn, khi tăng cân, khi ăn nhiều đường và chất béo, hoặc khi có một nếp sống ít vận động. Người ta đã biết chắc về việc lượng triglyceride tăng cao làm gia tăng nguy cơ phát triển bệnh tim và cơn đột quỵ. Những người có mức triglyceride cao cũng tỏ ra có khuynh hướng tăng cao huyết áp và có nhiều nguy cơ phát triển bệnh tiểu đường.

Như vậy, cách làm giảm mức triglyceride là không dùng các thức uống có cồn (rượu, bia...), tập thể dục mỗi ngày, giới hạn lượng đường và chất béo trong chế độ ăn uống, và làm giảm cân nếu cần. Đối với một số người, việc bổ sung một liều cao dầu cá vào chế độ ăn có thể làm hạ thấp đáng kể mức triglyceride. Những phần sau của sách này sẽ vạch ra những vấn đề cụ thể về việc làm thế nào hạ thấp mức triglyceride bằng sự thay đổi nếp sinh hoạt thường ngày.

Tuy nhiên, một đôi khi sự thay đổi trong nếp sinh hoạt thường ngày không đủ để đạt mục đích. Nếu đây là trường hợp của bạn, bác sĩ có thể sẽ đề nghị dùng đến một loại thuốc làm giảm triglyceride, chẳng hạn như Tricor, Lopid hay Niaspan.

LDL cholesterol là dạng viết tắt thay cho low-density lipoprotein, thường được gọi là cholesterol xấu, bởi vì tác dụng tiêu cực của nó đối với sức khỏe. Mức LDL cholesterol tăng cao sẽ gia tăng nguy cơ dẫn đến bệnh tim hoặc một cơn đột quỵ. LDL cholesterol bám vào thành động mạch và về lâu dài có thể gây ra những chỗ tắt nghẽn mạch.

Tuy nhiên, phần lớn những người bị lên cơn đau tim thường là không bị cholesterol làm nghẽn hoàn toàn động mạch tim vào lúc xảy ra cơn đau. Một mảng cholesterol tích tụ chứa rất nhiều LDL cholesterol, có thể không bám chắc nhau, và do đó rất dễ vỡ ra. Khi nó vỡ ra, phản ứng tự nhiên của cơ thể là cố gắng điều chỉnh vấn đề bằng một khối máu đông. Sự kết hợp của mảng cholesterol vỡ ra với một khối máu đông bên trên có thể tạo thành tai họa. Nếu động mạch hoàn toàn tắt nghẽn, một cơn đau tim sẽ xảy ra.

Nếu LDL cholesterol gây rắc rối cho bạn, điều quan trọng là sẽ phải giới hạn lượng chất béo trong thức ăn, nhất là các chất béo bão hòa (saturated fat) và chất béo bị hydro hóa (hydrogenate fat). Thêm nữa, bạn có thể cần phải giảm cân, làm như vậy sẽ giúp hạ thấp mức LDL cholesterol. Các hoạt động rèn

luyện thể lực đóng một vai trò rất khiêm tốn trong việc làm giảm LDL cholesterol. Một chế độ ăn hợp lý, chẳng hạn bổ sung các loại thức ăn thực vật như dầu stanol margarine (Benecol Light) hay sterol margarine (Take Control), nước tương giàu đạm, hạt cây lanh, các chất xơ, hạt óc chó... có thể làm cải thiện đáng kể mức độ cholesterol.

Cuối cùng, nếu các biện pháp này đều không đủ hiệu quả, bác sĩ có thể sẽ đề nghị sử dụng một trong các loại thuốc thuộc nhóm statin: Lipitor (atorvastatin), Zocor (simvastatin), Mevacor (lova¬statin), Pravachol (pravastatin) và Lescol (fluva¬statin). Các thuốc khác như Niaspan (niacin), WelChol (colesevelam) và Tricor (fenofibrate) cũng làm hạ thấp mức LDL cholesterol. Đối với những ai muốn tránh dùng các loại thuốc theo toa, có thể dùng Cholestin, một loại thuốc rất tương tự với Mevacor, nhưng được bán tự do trên thị trường. Tương tự, cũng có nhiều loại thuốc bán tự do trên thị trường được điều chế bằng niacin. Thêm vào với những thuốc được kể ra ở đây, còn có rất nhiều loại thuốc mới đang được nghiên cứu ở vào nhiều giai đoạn khác nhau. Nhóm chúng tôi đang nghiên cứu một loại thuốc mới có khả năng làm giảm mức LDL cholesterol nhiều đến 70%. Khi đọc xong sách này, bạn sẽ có đủ kiến thức cần thiết để làm giảm đáng kể mức LDL cholesterol.

HDL cholesterol là dạng viết tắt thay cho high-density lipoprotein, thường được gọi là cholesterol tốt, vì tác dụng tích cực của nó đối với sức khỏe. Vai trò của HDL cholesterol là mang các choles¬terol xấu trở về gan để xử lý. Những người có hàm lượng HDL cholesterol cao có vẻ như phần nào được bảo vệ chống lại bệnh tim. Dĩ nhiên, một người có mức HDL cholesterol lý tưởng vẫn có thể phát triển bệnh tim. Những người như thế thường là có nhiều yếu tố mang nguy cơ gây bệnh khác như huyết áp cao, tiểu đường, và nghiện thuốc lá.

Trong phần lớn các trường hợp, mức HDL cholesterol của một người là do yếu tố di truyền quyết định, có nghĩa là nó thực sự phụ thuộc vào những gen mà cha mẹ người ấy đã truyền lại. Tuy nhiên, có một số điều có thể làm để cải thiện mức HDL cholesterol. Bỏ thuốc lá có thể làm gia tăng HDL cholesterol đến 8 mg/dl. Thông thường thì hiệu quả cao nhất được nhận thấy trong vòng 6 tháng kể từ sau khi bỏ thuốc.

Rèn luyện thể lực cũng có thể làm cải thiện mức HDL cholesterol. Nam giới có khuynh hướng gia tăng nhiều mức HDL cholesterol trong năm đầu tiên bắt đầu rèn luyện (tập thể dục chẳng hạn), có thể lên đến 10%. Phụ nữ có mức gia tăng ít hơn, nhưng nếu duy trì việc rèn luyện đến 5 năm thì có thể làm gia tăng đến 20%. Trong khi đó, nam giới có thể duy trì mức gia tăng

10% nếu tiếp tục rèn luyện, nhưng rất hiếm khi tăng cao hơn nữa.

Việc giảm cân có thể làm gia tăng đáng kể mức HDL cholesterol. Nhưng thường thì khi một người giảm cân bằng cách gia tăng sự vận động cơ thể, mức HDL cholesterol sẽ tạm thời giảm xuống. Đừng thất vọng nếu như điều này xảy ra cho bạn. Khi trọng lượng cơ thể đã ổn định – đã giảm cân đến mức yêu cầu, mức HDL cholesterol sẽ gia tăng và cuối cùng sẽ vượt cao hơn mức trước đó.

Chế độ ăn uống cũng có ảnh hưởng đến mức HDL cholesterol. Ăn các thức ăn chế biến giàu chất béo, chẳng hạn các món ăn làm sẵn để bán như bánh quy, bánh nướng xốp... hoặc các món ăn chiên dầu, mỡ... sẽ đưa vào người một lượng rất lớn chất béo chế biến (trans fat), một dạng chất béo làm giảm đáng kể mức HDL cholesterol. Trong trường hợp này, chuyển sang dùng các loại chất béo không bão hòa dạng đơn (monoun¬saturated fat) như trong dầu ô-liu, dầu phộng... sẽ có thể cải thiện mức HDL cholesterol. Nguồn chất béo từ quả bơ, quả óc chó, quả hồ trăn, đậu phộng, hạt hạnh nhân, hạt phỉ... cũng có lợi tương tự. Cuối cùng, nếu bạn cần đến một mức gia tăng cao hơn mà các biện pháp nói trên không đủ để đáp ứng, bác sĩ có thể sẽ đề nghị sử dụng các loại thuốc như Niaspan, Lopid hay Tricor.

Điều không may là, có nhiều người với mức HDL cholesterol thấp không thể nào hoàn toàn gia tăng lên đến mức bình thường, cho dù đã có những thay đổi thích hợp trong nếp sống và sử dụng đến thuốc men. Một số công ty hiện đang tìm kiếm những phương thức mới để làm cải thiện mức HDL cholesterol. Các phương thức đang được nghiên cứu bao gồm các loại thuốc tiêm tĩnh mạch, sự phát triển của các phân tử được bắt chước theo hoạt động của HDL, và thậm chí cả liệu pháp gen. Trong vòng 5 năm sắp tới sẽ có những phương thức mới hoàn thiện hơn nhiều để điều trị cho những người có mức HDL cholesterol thấp.

Một khi bạn đã xác định là mình có vấn đề bất ổn với mức cholesterol, điều quan trọng là phải xác định nguyên nhân và vạch ra một kế hoạch để giúp cải thiện. Nếu bạn không làm được như thế, có thể rồi sẽ dẫn đến một cơn đau tim, đột quỵ hoặc thậm chí là tử vong.

Có một số các trường hợp bất thường về gen di truyền đã được mô tả rõ dẫn đến sự gia tăng rất cao mức triglyceride hay LDL cholesterol hoặc cả hai. Chẳng hạn như một số người có vấn đề về gen di truyền gọi là familial hypercholesterolemia. Những người này – bất chấp mọi nỗ lực tuân theo chế độ ăn thích hợp, rèn luyện thể lực đều đặn, và sử dụng thuốc với liều cao tối

đa – sẽ luôn có mức cholesterol cao không thể khống chế được. Trong những trường hợp này, một phương thức gọi là LDL apheresis sẽ có thể là biện pháp duy nhất để cứu sống họ. Tiến trình này giống như một sự thấm tách, sẽ lọc LDL cholesterol ra khỏi máu, có thể làm giảm tức thời từ 70% đến 80% mức LDL cholesterol. Nhưng kết quả này chỉ là tạm thời, và do đó, tiến trình phải được lập lại hai tuần một lần.

Còn có những rối loạn về gen di truyền khác có thể dẫn đến sụt giảm đáng kể mức HDL cholesterol. Mỗi sự rối loạn này đều có thể làm gia tăng rất nhiều các nguy cơ về tim.

Thường thì một căn bệnh ngấm ngầm nào đó cũng sẽ dẫn đến sự thay đổi bất thường rất lớn trong mức cholesterol. Những người bị bệnh tiểu đường trong giai đoạn đầu có khuynh hướng tăng cao mức triglyceride, giảm mức HDL và tăng nhẹ mức LDL. Theo kinh nghiệm của tôi, chỉ khi nào lượng đường trong máu được khống chế thì mức triglyceride của người bị tiểu đường mới có thể làm cho bình thường trở lại được.

Những người bị bệnh cường tuyến giáp hoặc giảm năng tuyến giáp đều có thể dẫn đến những biến đổi bất thường khác nhau về mức cholesterol. Rối loạn chức năng tuyến giáp rất thường gặp ở phụ nữ nhiều hơn so với nam giới. Tôi đã gặp một vài trường hợp khi việc điều chỉnh được những rối loạn chức năng của tuyến giáp đã dẫn đến làm bình thường mức cholesterol của bệnh nhân. Nhưng thông thường hơn là mức cholesterol chỉ cải thiện đôi chút và vẫn cần phải tác động thêm.

Hội chứng thận hư là một trường hợp rối loạn chức năng thận được nhận ra bởi những lượng lớn protein trong nước tiểu người bệnh. Cơ thể phản ứng với sự mất protein này bằng cách gia tăng lượng protein được tạo ra ở gan, nhằm cố gắng cân bằng mức protein trong máu. Các protein mang cholesterol trong máu, vì thế không có gì đáng ngạc nhiên khi có sự gia tăng mức cholesterol trong trường hợp này. Tương tự như vậy, gan bị bệnh có thể dẫn đến việc sản xuất ra quá nhiều các lipo-protein.

Các loại thuốc và cholesterol

Khi bác sĩ cùng với bạn cố gắng làm giảm đi mức cholesterol, bác sĩ cần phải cân nhắc thật thận trọng về các loại thuốc bạn sẽ dùng. Một số thuốc có thể dẫn đến làm biến đổi mức cholesterol trong máu. Bảng dưới đây cho thấy tác động của một số các loại thuốc thường dùng.

Hiệu quả của các loại thuốc

đối với mức cholesterol Nhóm thuốc Triglyceride LDL HDL Amiodarone (Cordarone) tăng tăng không thay đổi đáng kể Androgen (hormone nam) có thể tăng tăng giảm Thuốc chẹn beta tăng không thay đổi đáng kể giảm Cyclosporin tăng tăng không thay đổi đáng kể Progestin không thay đổi đáng kể tăng giảm Thuốc ức chế protease tăng có thể tăng không thay đổi đáng kể Retinoid tăng tăng giảm Steroit tăng tăng tăng Thuốc lợi tiểu tăng tăng không thay đổi đáng kể

Có thể bạn sẽ thắc mắc không biết các nhóm thuốc trên là gì và chúng được dùng như thế nào. Amiodorone, với các tên thương phẩm như Cordarone, Pacerone... được dùng để trị một số các chứng loạn nhịp tim. Androgen, với các tên thương phẩm như viên nang Android hay Testoderm, được dùng thường xuyên trong việc điều trị cho nam giới có mức testosterone thấp, hoặc dùng trong việc điều trị một số chứng ung thư cho phụ nữ.

Các thuốc chẹn beta (beta blocker) là các thuốc điều trị huyết áp. Không phải tất cả các thuốc chẹn beta đều ảnh hưởng có hại đến cholesterol. Các thuốc như Acebutolol (Sectral), carteolol (Cartrol), carvedilol (Coreg), Celiprolol (Selectrol), penbutolol (Levatol) và pindolol (Visken) là những thuốc chẹn beta nói chung không tác hại đến các lipid. Ngược lại, các thuốc chẹn beta thông dụng nhất, bao gồm atenolol (Tenormin), metoprolol (Lopressor, Toprol), nadolol (Corgard) và propranolol (Inderal), đều là những thuốc gây ảnh hưởng xấu đến mức độ các lipid trong máu. Tuy nhiên, nhóm các thuốc chẹn beta có ảnh hưởng xấu đến cholesterol lại tỏ ra có khả năng bảo vệ chống lại việc tái phát cơn đau tim. Vì lý do này, đôi khi cần thiết phải dùng đến chúng và đồng thời tìm cách giải quyết ảnh hưởng xấu của chúng đến các lipid trong máu.

Cyclosporin, với các tên thương phẩm như Neoral, Sandimmune... là một nhóm thuốc suy giảm miễn dịch được dùng cho những người đã trải qua phẫu thuật cấy ghép tim hay thận. Việc dùng các thuốc này là không thể thay thế được, và do đó phải tìm cách đối phó với ảnh hưởng xấu do chúng gây ra cho các lipid trong máu.

Progestin là một trong những thành phần của hầu hết các loại viên uống tránh thai và được dùng như một phần trong việc điều trị thay thế hormone sau thời kỳ mãn kinh của phụ nữ. Nói chung, việc dùng thuốc này phải hạn chế tối đa, chỉ nên dùng liều tối thiểu có thể được. Các viên tránh thai gây ảnh hưởng ít nhất đến mức cholesterol bao gồm Ortho Tri-Cyclen, Modicon

và Brevicon. Khi một loại thuốc nhóm progestin, chẳng hạn như các loại viên nang Cycrin, Provera hay Prometrium, được dùng như một phần trong việc điều trị hormone sau thời kỳ mãn kinh của phụ nữ, liều dùng được hạn chế tối đa. Trong cuộc thử nghiệm PEPI (Postmeno¬pausal Estrogen Progestin Intervention Trial), loại progestin có ảnh hưởng ít nhất đến các lipoprotein là micronized progestin, chẳng hạn như Prome-trium.

Nhóm thuốc ức chế protease (protease inhibitor), như các thuốc viên nang Crixivan, Agenerase, Fortovase, Invirase, Norvir và Viracept, làm cải thiện đáng kể cuộc sống của những người nhiễm HIV/AIDS. Nhưng điều tất nhiên là chúng có một cái giá phải trả – những người sử dụng nhóm thuốc này gia tăng đáng kể các lipid trong máu, đáng chú ý nhất là sự tăng nhanh triglyceride. Đối với nhiều người dùng thuốc này, việc ngưng thuốc là không thể được. Nói chung, họ cần phải dùng thêm một loại thuốc để điều chỉnh mức lipid. Và bởi vì các thuốc ức chế protease và thuốc điều chỉnh mức lipid đều là những loại thuốc gây ảnh hưởng xấu đến chức năng của gan, nên các bệnh nhân dùng hai loại thuốc này phải được liên tục theo dõi thật chặt chẽ.

Nhóm các thuốc retinoid, chẳng hạn như Accutane, được dùng trong điều trị mụn nang. Đáng mừng là thuốc này chỉ được dùng trong một thời gian ngắn và hầu hết người dùng thuốc là ở độ tuổi thiếu niên. Mặc dù lượng lipid bị thay đổi đáng kể theo hướng xấu khi dùng Accutane, nhưng thường thì sẽ trở lại bình thường sau thời gian điều trị.

Nhóm các thuốc steroit, chẳng hạn như pred¬nisone, thường được dùng trong những giai đoạn ngắn khi điều trị các cơn hen suyễn. Nếu các cơn hen suyễn xảy ra không thường xuyên lắm, ảnh hưởng xấu đến các các lipid do dùng thuốc có thể không đáng lo ngại. Tuy nhiên, không may là nhiều người phải thường xuyên dùng các thuốc nhóm này vì rất nhiều các cơn đau thấp khớp, cơn hen suyễn nghiêm trọng, bệnh phổi kinh niên hay để ngăn ngừa phản ứng của cơ thể chống lại những cơ quan vừa được cấy ghép. Đối với những người này, ảnh hưởng xấu đến mức lipid đòi hỏi phải được theo dõi xử lý thận trọng. Điều quan trọng có tính cách sống còn đối với các bệnh nhân có khả năng phải dùng thuốc lâu dài là phải giảm liều xuống mức tối thiểu có thể được. Trong một số trường hợp, có thể dùng kết hợp với các loại thuốc có tác dụng cho phép giảm liều dùng thuốc steroit.

Cuối cùng là nhóm các thuốc lợi tiểu, thường được dùng để làm hạ huyết áp, có thể làm biến đổi rất đáng kể mức cholesterol. Nhưng trong một số trường hợp, chúng có thể là rất cần thiết. Khi phải dùng đến nhóm thuốc này, cần nhớ rằng trong nhóm này thì các thuốc indapamide, chẳng hạn như Lozol,

gây rất ít tác dụng xấu cho mức cholesterol.

Nếu một trong các loại thuốc vừa kể trên là nguyên nhân gây ra mức cholesterol cao của bạn, bác sĩ có thể sẽ giải quyết bằng cách thay đổi thuốc để cải thiện lại mức cholesterol.

Những chương sách sau đây sẽ hướng dẫn bạn từng bước một cần thiết trong việc làm bình thường hóa hoàn toàn mức cholesterol của bạn. Chế độ ăn uống đúng, việc rèn luyện thể lực và các liệu pháp bổ sung thích hợp, sẽ mang lại kết quả tốt đẹp cho rất nhiều người.

Tuy nhiên, nếu mức cholesterol của bạn vẫn tiếp tục ngoan cố ở mức độ cao, bất chấp những nỗ lực hoàn hảo nhất trong việc tuân thủ chế độ ăn uống tốt và rèn luyện thể lực, cũng đừng lo ngại khi phải dùng đến thuốc men. Các thuốc làm giảm cholesterol là một trong những loại thuốc được nghiên cứu kỹ nhất trên thế giới. Mặc dù ở một số người có những tác dụng phụ, nhưng phần lớn những người khác đều an toàn không có gì xảy ra. Nếu bác sĩ theo dõi cẩn thận trong khi điều trị, bạn sẽ rất hiếm khi gặp phải bất cứ rắc rối nào với các loại thuốc này.

CHẾ ĐỘ ĂN UỐNG

1.

Hạn chế cholesterol trong thức ăn

Hãy giữ mức cholesterol trong thức ăn hàng ngày của bạn ở mức dưới 100 milligram.

Không cần thiết phải tính đếm từng milligram cholesterol trong thức ăn! Chỉ đơn giản là giới hạn lượng chất béo và loại bỏ món trứng ra khỏi thực đơn của bạn. Cholesterol chỉ được tìm thấy trong các thực phẩm có nguồn gốc động vật. Chẳng hạn như thịt gia súc, gia cầm, cá, pho-mát, trứng và sữa đều có chứa cholesterol; trong khi các loại dầu ăn, ngay cả dầu cọ hay dầu dừa đều không có cholesterol.

Nếu bạn có thói quen không thích những miếng thịt "quá nhỏ" trên đĩa, bạn có thể "nới rộng" chúng ra bằng cách chiên phồng với các loại rau cải. Rất thích hợp để làm các món chiên phồng là thịt gà, tôm, sò, và thịt cừu. Bạn có thể cắt giảm chất béo và ca-lo-ri bằng cách chiên phồng bằng loại dầu phun thay vì dùng dầu ăn thông thường. Dầu phun để nấu ăn thường kèm theo với nhiều loại hương liệu khác nhau, gồm cả tỏi, dầu ô-liu, và bơ. Món chiên phồng có thể ăn với cơm.

2.

Hiểu đúng về carbohydrat

Ngày nay, rất nhiều người lo ngại về carbo¬hydrat. Trong thực tế, việc loại bỏ carbohydrat đã trở thành rất phổ biến trong các chế độ ăn có định hướng. Nhưng bạn không nên cho rằng những thức ăn như cơm gạo hay khoai tây làm cho bạn mập ra. Không phải vậy. Điều tất nhiên là cũng giống như bất cứ loại thức ăn nào khác, chúng có thể gây ra rắc rối nếu ăn quá nhiều. Cơm gạo và khoai tây không chứa chất béo, nhưng chúng quả thật có cung cấp ca-lo-ri.

Thật không may là nhiều người có khuynh hướng ăn quá nhiều các món này. Các bệnh nhân của chúng tôi nhiều khi ngạc nhiên với chế độ ăn được chúng tôi đề nghị. Thường thì trước đó họ đã ăn khoảng gấp hai lần mức được đề nghị! Một khi đã hiểu rõ về khẩu phần của mình và tuân thủ theo đó, cơm gạo và khoai tây là những người bạn của chúng ta, không cần phải loại trừ.

Cố gắng tìm mua loại gạo đỏ. Loại gạo này chứa nhiều dinh dưỡng hơn gạo trắng.

3.

Hạn chế lượng đường ăn vào

Khi bạn muốn giảm mức cholesterol, không chỉ chất béo và ca-lo-ri là đáng quan tâm, đường cũng có thể là nguyên nhân gây rắc rối.

Nhiều bệnh nhân tìm đến tôi bởi vì họ không theo nổi một chế độ ăn "ít chất béo". Thường thì bác sĩ của họ trước đó đã bảo rằng mức cholesterol của họ cao, và cần phải cắt giảm chất béo. Nếu may mắn, bác sĩ có thể sẽ dành thêm mấy phút để chỉ ra những thức ăn nào là có nhiều chất béo (các loại thịt đỏ như thịt bò, thịt heo, thịt cừu... sữa, pho-mát...), nhưng đó là tất cả những thông tin mà bệnh nhân nhận được.

Thật khó mà quy trách các bác sĩ về việc dành quá ít thời gian cho bệnh nhân. Trước hết, ở trường y khoa họ được học rất ít về dinh dưỡng học. Thứ hai, hầu hết các bác sĩ đều chịu sức ép về thời gian, một lần khám bệnh điển hình chỉ kéo dài chừng 15 phút – hầu như không đủ thời gian để đưa ra những lời khuyên có giá trị về chế độ ăn uống. Vì thế, sau đó thì bệnh nhân phải tự mình tìm hiểu xem một chế độ ăn "ít chất béo" gồm có những gì. Nhiều người đã cố cắt giảm "tất cả" chất béo. Điều này là không thể được, bởi vì ngay cả trong các loại rau cải cũng có chứa một phần chất béo.

Trong nỗ lực xóa bỏ hoàn toàn chất béo trong thực đơn, nhiều người đã thực hiện những sự thay thế. Trong một số trường hợp, sự thay thế là một chọn lựa rất tuyệt vời – thay thế bơ với Benecol Light hay dầu margarine, thay thế thịt đỏ (bò, heo, cừu...) bằng thịt gà hay cá... Trong một số trường hợp khác, sự thay thế có thể dẫn đến cắt giảm chất béo nhưng lại cực kỳ nhiều chất đường. Và một chế độ ăn nhiều đường không chỉ làm tăng đáng kể mức triglyceride, nó cũng còn chứa rất nhiều ca-lo-ri nữa.

Bởi vì một mức độ triglyceride cao có vẻ như làm gia tăng đáng kể nguy cơ dẫn đến bệnh tim, nên việc làm hạ thấp mức triglyceride là hết sức cần thiết. Điều đáng quan tâm là, các cuộc nghiên cứu đã cho thấy rằng mức độ triglyceride cao có thể là dấu hiệu báo trước của bệnh tiểu đường. Một người có thể có mức triglyceride cao trong nhiều năm trước khi phát triển bệnh tiểu đường.

4.

Duy trì một thể trọng hợp lý

Những người đến khám bệnh với chúng tôi lần đầu tiên thường muốn biết chính xác về lượng chất béo họ ăn vào trong một ngày. Họ cũng muốn biết trọng lượng cơ thể của họ nên ở mức nào là tốt nhất. Mặc dù câu trả lời là khác nhau đối với mỗi người, nhưng dưới đây là một vài chỉ dẫn cơ bản.

Nhiều người bệnh đến với chúng tôi không chỉ cần hạ thấp mức cholesterol, họ cũng cần phải giảm cả trọng lượng cơ thể nữa. Chúng tôi đã nhận thấy hầu hết phụ nữ có thể giảm mức cholesterol và thể trọng của họ với một chế độ ăn có từ 27 đến 30 gram chất béo và 1.200 ca-lo-ri mỗi ngày. Đối với nam giới thì những con số tương ứng là từ 35 đến 40 gram chất béo và 1.500 ca-lo-ri mỗi ngày.

Trong chương trình điều trị của chúng tôi, thể trọng lý tưởng của một người được tính theo mối tương quan với chiều cao của người ấy. Đối với nam giới, chiều cao 1,52 mét cân đối với một trọng lượng là 47,67 kilogram, và cứ 2,54 cm chiều cao tăng thêm cân đối với khoảng 2,72 kilogram thể trọng. Đối với phụ nữ, chiều cao 1,52 mét cân đối với một trọng lượng là 45,4 kilogram, và cứ 2,54 cm chiều cao tăng thêm cân đối với khoảng 2,27 kilogram thể trọng.

Theo cách tính này, một phụ nữ cao 1,67 mét có thể trọng cân đối là khoảng 59 kilogram. Một người đàn ông có chiều cao 1,78 mét có thể trọng cân đối là khoảng 75 kilogram.

Tuy nhiên, điều rõ ràng là có một sự dao động không hoàn toàn giống nhau, bởi vì một số người có vóc người to lớn hơn là những người khác.

Một trong những điều tôi thường nói với các bệnh nhân đến khám lần đầu tiên là, tôi không yêu cầu họ phải từ bỏ những bữa ăn đặc biệt. Thỉnh thoảng, bạn có những bữa ăn đặc biệt, chẳng hạn như một dịp sinh nhật, một ngày kỷ niệm... Những dịp ấy, người ta có thể đi đến những nhà hàng sang trọng nhất và không cần phải cân nhắc giá cả cũng như chẳng cần phải quan tâm đến lượng ca-lo-ri ăn vào. Tuy nhiên, như đã nói, đó là những dịp "thỉnh thoảng" mới có mà thôi. (Bạn sẽ gặp rắc rối to với một gia đình rất đông và mỗi tháng thường có đến 5 hay 6 dịp "thỉnh thoảng" này!) Thay vì chú tâm đến những sự kiện lớn và nổi bật này, tôi đề nghị các bệnh nhân nên tập trung chú ý vào những thói quen ăn uống hàng ngày của họ.

5.

Bữa điểm tâm bằng ngũ cốc

Nhiều người nói rằng thỉnh thoảng họ đi ăn điểm tâm bằng bánh nướng xốp ít chất béo. Điều quan trọng mà những người này cần phải biết là, mặc dù ít chất béo, nhưng bánh nướng xốp có thể chứa lượng đường nhiều đến khoảng 15 muỗng canh, và cung cấp chừng 400 ca-lo-ri.

Xét từ góc độ để có lợi cho mức cholesterol của bạn, cũng như cho thể trọng của bạn, cho trái tim của bạn, và thậm chí cho cả túi tiền của bạn, tốt hơn là bạn nên ăn điểm tâm ở nhà. Chọn lựa tuyệt vời nhất là một trong các loại ngũ cốc còn để vỏ cám, chẳng hạn như bột yến mạch, Wheaties, Total, Cheerios, Bran Buds hay Grape Nuts, dùng với sữa ít chất béo. Cũng có thể là bánh nướng xốp kiểu Anh bằng bột lúa mì còn để cám, ăn với Benecol Light, một loại stanol margarine thực vật mà tôi sẽ có dịp nhắc đến sau. Benecol có thể giúp làm giảm mức cholesterol. Trong thực tế, nó có thể làm giảm mức LDL đến 14%.

6.

Giảm bớt đường và kem trong cà phê

Bạn dùng món gì cho bữa điểm tâm? Nhiều bệnh nhân của tôi trả lời cho câu hỏi này là "Tôi không ăn điểm tâm." Vấn đề ở đây là, những người này quả thật "không ăn", nhưng thay vào đó họ uống một tách cà phê. Và một tách cà phê được pha chế theo như "thông thường" có thể có đến 250 ca-lo-ri, do nơi lượng kem và đường được pha vào trong đó. Nếu bạn quan sát người ta pha chế một tách cà phê "thông thường", bạn sẽ thấy là vòi bình kem được chảy ra trong một lúc lâu, và lượng đường thì chắc chắn là không ở mức ngang bằng mặt cái muỗng. Chắc hẳn có rất nhiều người trong số các bạn, những người đọc sách này, vẫn thường uống nhiều tách cà phê như thế mỗi ngày. Và rồi tự hỏi tại sao không thể hạ thấp mức cholesterol, hoặc tại sao lại quá khó giảm cân.

Ngay cả khi bạn chỉ cần loại bỏ phần kem ra và chuyển sang dùng cà phê sữa, bạn cũng có thể thấy sự khác biệt rồi. Tuy nhiên, mục tiêu tốt hơn mà bạn cần nhắm đến là chỉ uống cà phê đen hoặc với sữa đã lấy hết kem. Một khả năng thay thế khác là hỗn hợp kem sữa không có chất béo, với hương vị rất tuyệt nhưng không có chất béo, và rất ít ca-lo-ri. Bạn có thể mua hỗn hợp này với một bình đựng cà phê loại dùng để mang đi. Sau đó, bạn sẽ tiết kiệm được rất nhiều tiền và đồng thời làm giảm thấp được mức cholesterol của mình bằng cách tự pha lấy cà phê ở nhà với hỗn hợp kem sữa không có chất

béo. Bạn sẽ có thể dùng bình đựng cà phê để mang theo đến chỗ làm. Bạn cũng có thể tiết kiệm được rất nhiều thời gian bởi vì không phải xếp hàng chờ đợi trong những hàng người thường là rất dài ở những tiệm cà phê vào buổi sáng.

Bạn cũng nên cố gắng loại bỏ đường ra khỏi tách cà phê của bạn. Giống như kem, đường cung cấp rất nhiều ca-lo-ri. Nếu bạn muốn cho cà phê có vị ngọt, bạn có thể dùng một loại đường thay thế. Mặc dù theo ý tôi thì cố gắng giới hạn việc dùng đường thay thế là khôn ngoan hơn, nhưng sử dụng một lượng vừa phải cũng không đến nỗi là có hại.

7.

Chú ý đến một khẩu phần vừa phải

Khi ngồi vào bàn ăn, điều quan trọng nhất là hãy nghĩ đến lượng thức ăn mà bạn sẽ ăn. Nhiều người ăn đúng các loại thức ăn được đề nghị nhưng vẫn không giảm cân hoặc không bình thường hóa được mức cholesterol. Vấn đề ở đây là, họ ăn quá nhiều!

Hãy lưu ý đến một chén súp trong bằng nước luộc thịt trước bữa ăn. Nên ăn từng muỗng, làm chậm quá trình ăn và làm đầy hơn bao tử của bạn. Nếu bạn mua hoặc nấu một loại súp ngon lành hơn, nó có thể được chọn làm món chính. Nếu ăn với bánh mì đen hoặc món rau trộn, không cần phải thêm gì khác nữa.

Nếu bạn mong muốn làm giảm mức cholesterol của mình, điều quan trọng là phải tính toán lại bề mặt đĩa thức ăn của bạn. Các loại rau cải phải chiếm chỗ phần lớn trên đó. Để tránh nhàm chán, điều quan trọng là phải dùng thật nhiều loại rau đa dạng, khác nhau. Tôi lấy làm ngạc nhiên khi thấy nhiều người chỉ giới hạn quanh quẩn với vài ba loại rau cải quen thuộc. Nếu bạn quan tâm đến, sẽ còn rất nhiều loại rau cải mà bạn có thể đưa vào khẩu phần ăn.

Thịt nên được dùng đến với một tỷ lệ rất nhỏ trong bữa ăn, đừng vượt quá giới hạn từ 100 đến 200 gram. Các loại thịt đỏ, như thịt bò, thịt heo... chỉ nên ăn mỗi tuần một lần – tối đa là hai lần. Thịt gà, vịt, cá... là những chọn lựa tốt hơn. Các loại cá nhiều chất béo như cá hồi, cá mòi... có vẻ như có một số tác dụng đặc biệt trong việc ngăn ngừa bệnh tim, nên được ăn mỗi tuần ít nhất là hai lần. Các loại sò, ốc, tôm, cua... là những món có thể được ăn hàng ngày. Nhiều người ngạc nhiên khi nghe tôi đề nghị điều này. Khi nghe nói

những món ăn này có chứa cholesterol, nhiều người cho rằng không nên ăn chúng. Trong thực tế, chúng có rất ít cholesterol và cực kỳ ít chất béo hơn khi so với các loại thịt đỏ. Các loại sò, hến... chứa ít cholesterol hơn so với các loại tôm, cua...

8.

Đa dạng hóa các loại trái cây và rau cải

Một trong những điều đáng quan tâm nhất về chế độ ăn uống của chúng ta là, hầu hết chúng ta đều ăn những món giống như nhau ngày này qua ngày khác – điều này cũng đúng cả với gia đình tôi. Hãy suy nghĩ về điều này. Các cuộc nghiên cứu đã cho thấy là hầu hết các gia đình người Mỹ chỉ quanh quẩn trong khoảng 8 hoặc 9 món ăn lập đi lập lại tuần này sang tuần khác!

Nếu bạn thích điều đó, bạn cần phải nắm chắc là những lựa chọn của bạn mang lại nhiều dinh dưỡng, ít chất béo và ngon miệng. Nhưng ngay cả khi bạn muốn ăn những bữa ăn giống nhau tuần này sang tuần khác, tôi vẫn cho rằng bạn cần phải đa dạng hóa các loại trái cây và rau cải. Điều này cho phép bạn có được nhiều loại dinh dưỡng khác nhau trong khẩu phần.

9.

Món khoai tây chiên ít chất béo

Nếu bạn có đôi chút thời gian và muốn làm món khoai tây chiên để thêm vào bữa ăn, hãy thử cách làm rất dễ dàng này. Rửa sạch vài củ khoai tây, gọt vỏ và xắt lát giống như bạn chuẩn bị làm món khoai tây chiên. Dùng dầu phun để nấu ăn phun lên một miếng vỉ nướng không dính rồi xếp những lát khoai tây lên. Phun dầu chung quanh lát khoai, rắc lên một ít muối, và đặt tất cả vào lò nướng ở nhiệt độ khoảng 175 độ C, khoảng 25 đến 30 phút. Thỉnh thoảng nhớ trở đều vỉ nướng. Mở nắp lò và tiếp tục nướng cho đến khi lát khoai ngả sang màu nâu vàng.

Khi ăn món này với các loại rau tươi như cà rốt, dưa leo, cà chua, ớt cà... bữa ăn sẽ rất giàu dinh dưỡng và ít chất béo.

10.

Nước sốt mayonnaise

Nhiều người rất tự hào khi khoe với tôi rằng họ ăn bữa trưa với món bánh

săng-uých kẹp cá ngừ gần như mỗi ngày. Vấn đề là loại nước sốt nào đã được sử dụng. Nếu là loại nước sốt có ít hoặc không có chất béo thì đó là một chọn lựa tốt. Nhưng nếu là nước sốt mayonnaise loại thông thường, như ở hầu hết các điểm bán thức ăn hay nhà hàng, nó sẽ có chứa khoảng từ 30 đến 32 gram chất béo.

11.

Bữa ăn trưa lành mạnh

Dù bạn có thói quen mang theo bữa trưa đến chỗ làm hay một bữa ăn thịnh soạn ở nhà, đều sẵn có rất nhiều khả năng chọn lựa để giảm chất béo. Thịt gà, vịt, cá ngừ... để làm món săng-uých với bánh mì đen hay bánh mì Lavash, ăn kèm với tương mù tạc, nước sốt mayonnaise ít chất béo, hay Benecol Light. Bánh săng-uých với bơ đậu phộng cũng tốt, nhưng bạn phải giới hạn lượng bơ đậu phộng không quá 2 muỗng canh.

Món súp – dù là tự nấu lấy hay mua ở tiệm – có thể là một bữa trưa tuyệt vời. Trong khi chú ý tìm loại súp ít chất béo, bạn cũng cần quan tâm đến lượng chất xơ nữa. Súp nấu đậu chứa nhiều chất xơ dạng hòa tan trong nước, đã được biết là có khả năng làm giảm mức cholesterol. Nhiều loại súp được chế biến theo yêu cầu ít chất béo, nhiều chất xơ hiện có thể tìm mua được. Một số ở dạng đóng hộp, một số khác ở dạng cho thêm nước sôi vào khi dùng.

Một chọn lựa rất tốt khác nữa là món hăm-bơ-gơ với tương đậu nành. Món này có thể được chuẩn bị với lò vi-ba và sẽ chứa rất nhiều đạm đậu nành cũng như chất xơ.

Bữa trưa cũng là thời điểm rất thích hợp để dùng thêm trái cây. Một sự chọn lựa đa dạng sẽ mang lại cho bạn nhiều loại vi-ta-min và khoáng chất, đồng thời giúp bạn tránh được sự nhàm chán. Hãy thử nghĩ đến nhiều và nhiều loại trái cây hơn nữa. Bữa ăn trưa của bạn sẽ càng hấp dẫn hơn.

12.

Món rau trộn phải thực sự lành mạnh

Nếu bạn đang cố giảm cân và làm hạ thấp mức cholesterol, bạn có thể sẽ chọn ăn món rau trộn cả vào bữa trưa cũng như bữa tối. Một đĩa rau trộn với ít thịt gà nướng hoặc mấy con tôm để lên trên có thể là một chọn lựa rất tốt, nhưng bạn cần nhớ rằng nếu dùng loại dầu trộn thông thường – chứa đầy

chất béo – thì mục đích của bữa ăn có thể hoàn toàn bị phá hỏng.

Món rau trộn "vô tội" của bạn có thể bị biến thành một món ăn nhiều chất béo và ca-lo-ri, nếu như bạn không chú ý đến những "phụ tùng" của nó. Dầu trộn, nước sốt... nếu dùng loại thông thường đều chứa rất nhiều chất béo và ca-lo-ri. Bạn cần phải chọn dùng những loại ít chất béo.

Món rau trộn vẫn thường được xem như một món phụ. Tuy nhiên, nếu bạn biết mở rộng các chủng loại rau thật đa dạng, nó có thể là thành phần chính trong bữa ăn của bạn. Chú ý là rau càng có màu xanh đậm thì càng giàu chất dinh dưỡng hơn.

13.

Tránh dùng các món ăn chế biến sẵn

Các món ăn được chế biến sẵn, hay các món ăn nhanh, rất phù hợp với thời đại công nghiệp. Điều không may là nó không hoàn toàn phù hợp với sức khỏe của bạn, nhất là khi bạn muốn giảm cân hoặc muốn làm hạ thấp mức cholesterol trong máu. Vì được chế biến sẵn cho nhiều người, bạn không thể yêu cầu được phục vụ theo ý riêng của mình được. Tuy nhiên, bạn có thể chọn lựa một số món thích hợp nếu được chế biến với các loại thức ăn ít chất béo. Dù sao, tốt nhất vẫn là nên tránh các món ăn nhanh bên lề đường.

14.

Những món ăn ngoài bữa ăn chính

Đối với rất nhiều người, bữa ăn tối và những gì được ăn sau bữa trưa chính là tai họa cho cả mức cholesterol và thể trọng của họ. Vấn đề là, sau một ngày làm việc, họ trở về nhà với bụng đói cồn cào đến nỗi họ có thể ăn ngay bất cứ món gì họ gặp được trước nhất khi đến nhà. Thật không may khi món đó có thể là một túi khoai tây chiên hay mấy bánh sô-cô-la. Những thức ăn "ngoài lề" này thực sự bổ sung quá nhiều chất béo và ca-lo-ri vào tổng số trong ngày của họ.

Khi bạn phải đi làm xa, nên mang theo một chai nước lọc và một vài món ăn nhẹ có chọn lọc, chẳng hạn ít trái cây hay một loại bánh ít chất béo... Trong khoảng giữa các bữa ăn chính, những món này sẽ giúp bạn xoa dịu cơn đói, và khi về nhà với một trạng thái "bình tĩnh" hơn, bạn sẽ không có khuynh hướng "vớ ngay" lấy các món ăn không chọn lọc.

15.

Hãy khôn ngoan khi đi ăn nhà hàng

Nhiều bệnh nhân của tôi đi ăn ở nhà hàng mỗi tuần nhiều lần. Điều này cũng có thể – nhưng không cần phải – là nguyên nhân gây tai họa. Lời khuyên đầu tiên của tôi là: Nếu bạn không bị bắt buộc vì công việc hay khi đi xa, hãy giới hạn ở mức mỗi tuần một lần thôi. Nếu bạn đang đi xa vì công việc hay lý do nào đó, bạn vẫn có thể ăn nhà hàng mà không làm tăng thêm lượng mỡ thừa, nhưng điều đó đòi hỏi một sức mạnh ý chí và quyết tâm cao độ. Bạn cũng cần phải cứng rắn một chút với nhân viên phục vụ về các món ăn của bạn.

Hãy nhìn vào thực đơn và tìm các món hấp, luộc, nướng, quay. Tuy không nói ra rõ ràng, nhưng những từ này nói chung mô tả những chọn lựa ít chất béo. Cũng cần hỏi thêm nhân viên phục vụ về việc chế biến các món ăn. Điều rõ ràng là, một món ăn rất nhiều chất béo thì dù được chế biến bằng một trong những cách nói trên cũng vẫn chứa nhiều chất béo. Lấy ví dụ, một miếng sườn nướng không bao giờ là một chọn lựa tốt, nhưng gà nướng không da thì có thể được.

Đừng ngần ngại khi muốn đưa ra những yêu cầu đặc biệt. Người đầu bếp thừa biết là có rất nhiều nhà hàng ăn để bạn chọn lựa, vì thế anh ta bao giờ cũng muốn làm hài lòng khách hàng.

Với những món ăn có thể không cần đến các chất "phụ gia" như nước sốt, dầu trộn... hãy yêu cầu để riêng các thứ ấy bên cạnh đĩa. Bạn có thể sẽ ăn rất ít hoặc không ăn chúng. Ngay cả các món như bơ, nước sốt mayonnaise, margarine, sốt cà chua ... cũng nên yêu cầu để riêng. Chỉ cần hạn chế một muỗng canh bơ hoặc nước sốt mayonnaise, bạn có thể tránh được 100 ca-lo-ri và 14 gram chất béo.

Cũng đừng ngại đưa ra yêu cầu thay thế các món bạn không thích. Bạn có thể yêu cầu trái cây, hoặc khoai tây nướng để thay cho khoai tây chiên. Yêu cầu dùng loại sữa ít chất béo, cho dù là uống riêng hay dùng kèm với các thức uống khác như trà, cà phê. Bạn cũng có thể yêu cầu dùng tương mù tạc cho món săng-uých của bạn, thay vì là nước sốt mayonnaise.

Hãy giới hạn phần ăn của bạn. Không có gì là sai trái nếu hai người chia nhau một phần ăn trong nhà hàng. Hoặc có thể yêu cầu phục vụ một nửa khẩu phần bình thường. Bỏ lại một nửa phần ăn trên đĩa là việc khó làm, bởi vì bạn cũng chỉ là một con người bình thường mà thôi. Một trong các bệnh

nhân kể lại với tôi về chuyện này. Mỗi khi đi ăn nhà hàng, anh ta luôn dự tính là sẽ để lại một nửa phần ăn, nhưng rồi bao giờ anh cũng lấy làm ngạc nhiên khi thấy bữa ăn chấm dứt với cái đĩa trống không. Anh ta thay đổi chiến thuật bằng cách yêu cầu mang đến một hộp đựng thức ăn ngay khi bắt đầu bữa ăn. Một nửa phần ăn được cho vào trong hộp trước khi anh thanh toán nửa còn lại. Ngay cả khi anh không giữ lại phần ăn thừa, anh vẫn làm như vậy. Một số người có thể cho việc làm như thế là hơi kỳ cục, nhưng bằng cách này anh ta đã giảm được gần 5 kilogram thể trọng, và kèm theo đó là mức LDL cholesterol giảm xuống đến 30 mg/dl. Xét cho cùng, cơ thể này là của bạn, sức khỏe là của bạn, vậy thì quan tâm làm gì đến việc có ai đó cho rằng việc làm của bạn là kỳ cục kia chứ?

16.

Đi ăn ở nhà hàng nước ngoài

Khi bạn có dịp muốn đi ăn nhà hàng, hoặc khi đi du lịch hay làm ăn xa, các món ăn nước ngoài có thể là những khám phá mới nhiều thú vị đối với bạn. Có rất nhiều loại thức ăn mới lạ để chọn lựa. Đôi khi, tên gọi các món ăn hoặc sự mô tả về chúng có thể là mơ hồ, khó hiểu. Đừng ngần ngại hỏi người phục vụ xem món ấy như thế nào và được chế biến ra sao.

Sau đây là một vài lời khuyên cho bạn khi đi ăn ở một số các nhà hàng nước ngoài.

Các nhà hàng Ý Mọi việc nên được bắt đầu bằng cách gửi trả số bánh mì để sẵn trên bàn về cho nhà bếp, và gọi ngay một món rau trộn. Những chọn lựa tốt là món rau arugula hay rau diếp quăn. Nên yêu cầu để nước sốt một bên đĩa thay vì là rưới lên trên. Món insalata frutte di mare (nước sốt nhẹ với các món hải sản, ăn với rau xanh) cũng là một chọn lựa ít chất béo. Rất nhiều loại nước sốt Ý được chế biến ít chất béo. Bạn có thể thử món súp rau thịt với miến. Ăn chậm, và đừng ngại nếu phải bỏ lại một phần thức ăn trên đĩa.

Khi phải chọn món ăn chính, hãy nhớ đến các món tôm. Bạn có thể thử qua món tôm dầm nước sốt. Các món tôm nói chung ít chất béo. Có thể dùng bánh pasta với nước sốt marinara, yêu cầu đừng có thịt hay pho-mát. Các chọn lựa khác có thể là sò trắng dầm nước sốt, gà nấu rượu vang. Để kết thúc, nhớ tránh dùng bất cứ món tráng miệng nào có kem trong đó.

Các nhà hàng Trung Hoa Các món ăn Trung Hoa thường có vẻ ngoài dường như là tốt cho sức khỏe. Theo truyền thống thì thức ăn Trung Hoa rất tốt cho

sức khỏe và người dân ở Trung Hoa hiếm khi bị béo phì. Đó là vì người dân sống ở Trung Hoa luyện tập thể lực nhiều, ăn chủ yếu là cơm gạo và rau cải, và điều quan trọng là ... không đi ăn ở các nhà hàng Trung Hoa tại Hoa Kỳ. Tuy nhiên, bạn vẫn có thể có những chọn lựa tốt, ít chất béo ở một nhà hàng Trung Hoa. Bí quyết ở đây là quan sát những món ăn mà chính những người Trung Hoa khỏe mạnh thường ăn: rau cải, cơm và mì sợi. Tuy nhiên, nói đến cơm và mì sợi, cần nhớ rằng cho dù chúng rất ít chất béo nhưng quả thật có cung cấp một lượng ca-lo-ri. Hãy quan tâm đến lượng thức ăn, và gọi món cơm gạo lức nếu có thể được.

Có thể bắt đầu với món bánh bao Bắc Kinh. Món súp cũng là một món khai vị tuyệt vời ở một nhà hàng Trung Hoa. Khi chọn món ăn chính, nhớ loại trừ các món được nấu với thịt đỏ (thịt heo, thịt bò...). Thay vào đó, nên chọn thịt gà. Các món tôm cũng rất thường thấy trong thực đơn các nhà hàng Trung Hoa. Có thể gọi tôm với bông cải. Các món rau xào, có hoặc không có đậu phụ đều là những chọn lựa tốt.

Các nhà hàng Mexico Các món ăn Mexico rõ ràng là rất giàu chất béo. Mặc dù vậy, bạn vẫn có thể đi ăn ở một nhà hàng Mexico mà không đưa vào người quá nhiều chất béo. Phụ nữ cần giới hạn dưới 27 gram chất béo mỗi ngày. Phần lớn nam giới cần giữ ở dưới mức 35 gram trong ngày, và trẻ em đang phát triển cũng không vượt quá 40 gram mỗi ngày.

Quy tắc đầu tiên cần nhớ là gửi trả ngay đĩa khoai tây chiên về cho nhà bếp. Bởi vì điều rất lạ là bạn sẽ thấy nó hết sạch đi cho dù ban đầu bạn chỉ định ăn một hay vài lát mà thôi. Điều đó vẫn thường xảy ra cho tất cả chúng ta.

Quy tắc thứ hai là, bất cứ món nào có kèm với pho-mát, đều có chứa đến hàng triệu gram chất béo. (Đúng là có hơi cường điệu một chút khi nói thế, nhưng chỉ một chút thôi!) Đừng gọi các món ấy. Gọi các món ăn thật đơn giản. Thay vì khởi đầu với khoai tây chiên, hãy thay bằng món súp đậu đen hay món rau trộn với nước sốt được để riêng một bên. Bạn có thể tiếp tục với món cơm bằng gạo Mexico. Món nước sốt salsa có thể ăn tùy thích. Nói chung, các món rau trộn thịt gà, bánh mì ăn với nước sốt cay hay kẹp thịt và đậu đều có thể ăn được, miễn là bạn yêu cầu giới hạn lượng pho-mát.

Điều quan trọng cuối cùng cần nhớ là, đừng ngại đặt thẳng vấn đề với người phục vụ. Nhiều nhà hàng Mexico hiện nay có sẵn các món ăn ít chất béo để phục vụ. Đôi khi bạn không thể tự mình phân biệt được một món ăn là nhiều hay ít chất béo.

17.

Tác dụng tích cực của hạt óc chó

Năm 1992, tiến sĩ G. E. Fraser, J. Sabaté và các đồng nghiệp ở Trung tâm Nghiên cứu Sức khỏe thuộc trường đại học California đã nhận ra rằng những người theo giáo phái Seventh-Day Adventist, ăn chay vì lý do tín ngưỡng và thường xuyên ăn các laọi quả hạt, đã giảm thấp đáng kể nguy cơ phát triển các vấn đề về tim so với những người bình thường khác.

Một năm sau đó, cũng nhóm nghiên cứu này đã so sánh ảnh hưởng khác nhau giữa một chế độ ăn ít chất béo, nhiều hạt óc chó, với một chế độ ăn ít chất béo nhưng không có các quả hạt trong thức ăn, được thực hiện trên một nhóm thanh niên khỏe mạnh. Kết quả nghiên cứu được công bố trên tạp chí y khoa New England vào tháng 3 năm 1993, cho thấy rằng một chế độ ăn ít chất béo với hạt óc chó làm nguồn cung cấp 55% ca-lo-ri chất béo, đã làm giảm thêm 22,4mg/dl trong tổng lượng cholesterol so với một chế độ ăn ít chất béo thông thường.

Vì hai cuộc nghiên cứu đầu tiên này được thực hiện trên những nhóm cá biệt – các tín đồ giáo phái Seventh-Day Adventist và những người trẻ tuổi –, một số các nhà khoa học đặt nghi vấn là liệu những kết quả này có thể áp dụng được cho tất cả mọi người hay không. Để giải quyết nghi vấn này, các tiến sĩ Zambon và Sabaté đã tổ chức một cuộc thử nghiệm với những người có mức cholesterol cao, bao gồm cả độ tuổi trung niên, nam giới và phụ nữ. Bốn mươi chín người tham gia vào cuộc nghiên cứu thử nghiệm này, khảo sát ảnh hưởng của 3 chế độ ăn khác nhau.

Những người tham gia ban đầu được yêu cầu theo một chế độ ăn ít chất béo kiểu Địa Trung Hải, hoặc một chế độ ít chất béo mà trong đó hạt óc chó cung cấp 55% lượng ca-lo-ri chất béo. Tùy theo nhu cầu ca-lo-ri của mỗi người, điều này có nghĩa là mỗi ngày ăn vao khoảng từ 8 đến 11 hạt óc chó.

Sau 6 tuần lễ, những người tham gia được chuyển sang chế độ ăn thay thế. Như chúng ta đều biết, chế độ ăn kiểu Địa Trung Hải chủ yếu là các món cá và rau cải. Trong đó, dầu ô-liu là nguồn cung cấp chất béo chính. Các loại thịt đỏ và trứng được giới hạn, và không có các loại quả hạt. Bảng sau đây cho thấy kết quả của cuộc nghiên cứu này:

So sánh ảnh hưởng các chế độ ăn khác nhau đối với mức cholesterol Mức cholesterol Mức so sánh Chế độ ăn kiểu Địa Trung Hải Chế độ ăn có hạt óc chó Cholesterol tổng số 279 ± 32 264 ± 31 253 ± 35 Triglyceride 134 ± 38

134 ± 44 126 ± 44 LDL cholesterol 195 ± 29 185 ± 25 174 ± 30 HDL cholesterol 56 ± 12 53 ± 12 55 ± 14

Tôi không thể nói rằng bạn sẽ giảm đúng 26 mg/dl trong tổng số cholesterol và giảm 21 mg/dl mức LDL cholesterol nếu như bạn thêm hạt óc chó vào khẩu phần ăn của bạn. Tuy nhiên, những chứng cứ đã khá thuyết phục. Nhưng phải nhớ rằng, hạt óc chó phải được dùng để thay thế những chất béo khác đang có trong chế độ ăn của bạn. Nếu bạn không loại bỏ những chất béo này, chỉ đơn giản là bổ sung thêm hạt óc chó, bạn rất có thể sẽ tăng cân và thậm chí gia tăng mức cholesterol nữa. Để có thể đưa hạt óc chó vào thực đơn, bạn phải thực sự thích ăn nó, bởi vì với một chế độ ăn có 20% chất béo, sẽ không còn nhiều chỗ cho những nguồn chất béo khác.

Nếu bạn muốn thử xem, tôi đề nghị bạn dùng mỗi ngày 8 hạt óc chó và loại bỏ 20 gram chất béo cùng với 200 ca-lo-ri ra khỏi chế độ ăn hiện thời. Mỗi hạt óc chó chứa khoảng 2,5 gram chất béo và cung cấp xấp xỉ 25 ca-lo-ri. Sau khoảng 6 tuần, bạn sẽ có thể thấy được tác động của sự thay đổi chế độ ăn này. Đề nghị bác sĩ của bạn thực hiện một xét nghiệm mức cholesterol vào lúc bụng hoàn toàn đói.

Thêm vào với khả năng làm giảm mức cholesterol, hạt óc chó còn có khả năng giúp bảo vệ tim mạch. Không có loại hạt nào khác có chứa nhiều acid alpha-linolenic như loại hạt này. Acid alpha-linolenic tỏ ra có khả năng ngăn ngừa các tiểu cầu không tụ lại với nhau. Các tiểu cầu là những tế bào có chức năng làm đông máu, vì thế ngăn không cho chúng tụ lại với nhau có thể ngừa trước được sự hình thành một cục máu đông. Hầu hết các cơn đau tim xảy ra khi một mảng cholesterol vỡ ra và một cục máu đông hình thành bên trên nó, dẫn đến làm tắt nghẽn hoàn toàn động mạch. Khi các tiểu cầu bị ngăn không tụ lại với nhau, một phần quan trọng trong tiến trình gây ra cơn đau tim có thể bị đảo ngược.

Như vậy, hạt óc chó tỏ ra có thể giúp giảm bớt các rủi ro theo hai cách. Thứ nhất, chúng làm giảm thấp mức cholesterol. Thứ hai, chúng ngăn ngừa việc hình thành các cục máu đông trong động mạch.

18.

Protein trong đậu nành

Những tác động làm giảm mức cholesterol của protein lấy từ đậu nành đã được nhận ra từ khá lâu. Những cuộc nghiên cứu tiến hành bởi Sirtori và đồng nghiệp, cũng như Verrillo và đồng nghiệp, đều nhận thấy rằng những

người có mức cholesterol cao có thể giảm từ 23% đến 30% nếu phần lớn lượng protein họ ăn vào được thay thế bằng protein đậu nành.

Ở một đất nước như Hoa Kỳ, nơi mà hầu hết mọi người ăn rất ít hoặc không ăn đậu nành, thật khó có ai sẵn lòng thay thế nguồn protein trong chế độ ăn bình thường của họ hoàn toàn bằng đậu nành. Bởi vậy, quả là một khám phá quan trọng khi cuộc nghiên cứu do tiến sĩ Susan Potter thuộc đại học Illinois thực hiện vào năm 1993 phát hiện ra rằng, việc thay thế một phần protein động vật với protein đậu nành có thể mang lại kết quả làm giảm đến 12% mức cholesterol.

Tuy nhiên, những cuộc nghiên cứu vừa nói trên đều chỉ có quy mô nhỏ, từ 19 đến 65 người tham gia. Để xác định xem liệu protein đậu nành có thực sự làm giảm đáng kể mức cholesterol hay không, tiến sĩ y khoa James Anderson đã tiến hành một sự phân tích tổng hợp bao gồm cả thảy 38 cuộc nghiên cứu khác nhau, trong đó có cả những cuộc nghiên cứu nhỏ mà chúng ta vừa đề cập đến. Phân tích tổng hợp là một biện pháp rất phức tạp nhưng vô cùng hữu ích khi cần phải tìm ra câu trả lời cho các vấn đề y học. Đây không phải là một phương pháp hoàn hảo, nhưng nó được dùng đến trong trường hợp vấn đề chỉ được nghiên cứu bởi những cuộc nghiên cứu có quy mô nhỏ.

Đối với vấn đề protein đậu nành, trong số 38 cuộc nghiên cứu mà tiến sĩ Anderson khảo sát không có cuộc nghiên cứu nào có quy mô đủ lớn để có thể đưa ra câu trả lời xác định đáng tin cậy về mối quan hệ giữa đậu nành với cholesterol. Tuy nhiên, khi được tổng hợp cùng với nhau, câu trả lời có thể được đưa ra.

Để được chọn đưa vào phân tích tổng hợp, một cuộc nghiên cứu – dù là ở quy mô nhỏ – phải được tiến hành một cách nghiêm túc và chính xác. Những cuộc nghiên cứu được tiến sĩ Anderson lựa chọn có số người tham gia từ 4 đến 127 người, với một tổng số trong 38 cuộc nghiên cứu này là 740 người tham gia. Mỗi người trong đó dùng từ 17 đến 124 gram đậu nành mỗi ngày, và mức trung bình là 47 gram.

Kết quả phân tích của tiến sĩ Anderson được công bố trên tạp chí y khoa nổi tiếng New England vào tháng 8 năm 1995. Nó cho thấy rằng việc thay thế protein động vật bằng protein đậu nành làm giảm đáng kể tổng số cholesterol (9,3%) và LDL cholesterol (12,9%). Mức triglyceride cũng gảim rất nhiều (10,5%). Mức cholesterol vào thời điểm bắt đầu càng cao thì tác động của protein đậu nành càng lớn. Trong thực tế, với những người có mức cholesterol cao nhất (trên 335 mg/dl), đã thấy giảm nhiều đến 24% LDL

cholesterol.

Tiến sĩ Anderson đã thúc giục Cơ quan quản lý Thực Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) cần phải chú ý nhiều hơn nữa đến các thức ăn chế biến từ đậu nành. Năm 1998, FDA chính thức xác nhận rằng protein đậu nành, như là một phần trong chế độ ăn có ít chất béo bão hòa và cholesterol, rất có thể làm giảm mức cholesterol trong máu, và do đó làm giảm được nguy cơ bệnh tim mạch. Dựa trên sự xác nhận này, FDA bắt đầu cho phép các nhà sản xuất thực phẩm chế biến từ đậu nành được quyền in lên nhãn hiệu các sản phẩm của họ những tác dụng có lợi cho sức khỏe của đậu nành. Sau khi xác nhận rằng 25 gram protein đậu nành trong một ngày là đủ để tạo ra một sự sụt giảm mức cholesterol, FDA cũng đề nghị các nhà sản xuất nêu thông tin này kèm theo với hàm lượng protein đậu nành mà sản phẩm của họ cung cấp.

Từ khi FDA đưa ra nhận xét của họ vào năm 1998, nhiều nhà khoa học đã cố gắng xác định xem bằng cách nào mà protein đậu nành có thể làm giảm mức cholesterol. Cần phải có thêm nhiều nghiên cứu nữa về vấn đề này. Tuy nhiên, hiện nay thì có vẻ như sự hiện diện của isoflavone trong protein đậu nành là yếu tố chính đã tạo ra sự giảm mức cholesterol. Isoflavone là một chất xuất hiện trong tự nhiên có cấu trúc tương tự như hormone.

Tiến sĩ John Crouse đã trình bày những kết quả nghiên cứu quan trọng của ông về vai trò của isoflavone tại hội nghị thường niên lần thứ 38 của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ được tổ chức tại Santa Fe, New Mexico. Cuộc nghiên cứu của tiến sĩ Crouse và các đồng nghiệp được thực hiện với 156 người, gồm cả nam giới và phụ nữ, có mức cholesterol tổng số cao đến khoảng 241 mg/dl và LDL cholesterol cao đến 164 mg/dl. Những người tham gia được phân chia thành 5 nhóm. Mỗi ngày, mỗi nhóm đều được uống một lượng chất lỏng có chứa 25 gram protein và kéo dài trong 9 tuần lễ. Với nhóm thứ nhất, protein được lấy từ sữa bò. Từ nhóm thứ hai đến nhóm thứ năm, protein được lấy từ đậu nành. Sự khác biệt giữa các nhóm này là hàm lượng isoflavone có chứa trong số protein mà họ uống vào. Với nhóm thứ hai, lượng isoflavone là 4 mg. Nhóm thứ ba là 27 mg, nhóm thứ tư là 37 mg và nhóm thứ năm là 62 mg.

Kết quả cuối cùng là, trong nhóm thứ nhất (với protein từ sữa bò) và nhóm thứ hai (với protein từ đậu nành nhưng hàm lượng isoflavone chỉ có 4 mg) không có bất cứ sự sút giảm mức cholesterol nào cả. Nhóm thứ ba, thứ tư và thứ năm đều có giảm mức cholesterol. Và điều quan trọng hơn nữa là mức giảm cholesterol tương ứng với hàm lượng isoflavone có trong protein đậu nành – lượng isoflavone càng nhiều thì cholesterol càng giảm mạnh.

Như vậy, isoflavone có vẻ như là cần thiết cho protein đậu nành để có thể tạo ra tác động làm giảm mức cholesterol. Nhưng điều này hoàn toàn không nên được hiểu như là chỉ cần riêng isoflavone để làm giảm cholesterol. Cần có nhiều nghiên cứu hơn nữa để xác định một cách chính xác xem các thức ăn chế biến từ đậu nành đã làm giảm được mức cholesterol là nhờ vào đâu. Trước khi có những kết quả đó, tốt hơn hết là nên dùng các thức ăn chế biến từ đậu nành – có chứa isoflavone, tốt hơn là chỉ cung cấp isoflavone cho cơ thể.

Tính trung bình mỗi người Mỹ tiêu thụ khoảng 3 gram protein đậu nành trong một ngày. Điều này thật trái ngược so với vùng Đông Nam Á, nơi mà đậu nành đã trở thành một thức ăn thông dụng từ hơn bốn ngàn năm nay. Tại Nhật Bản, mức tiêu thụ bình thường của một người là 50 gram đậu nành mỗi ngày.

19.

Tăng thêm lượng chất xơ

Chất xơ trong thức ăn bắt đầu được quan tâm đến nhiều từ cách đây vài ba năm. Nhiều người trong chúng ta hẳn vẫn còn nhớ đến phong trào dùng cám yến mạch. Tuy nhiên, chất xơ không chỉ đơn giản là cám yến mạch. “Chất xơ” đúng ra là một danh từ không đủ để miêu tả, bởi vì nó được dùng để chỉ chung cho một nhóm các carbohydrat không thể tiêu hóa được bởi hệ tiêu hóa của con người. Một số loại chất xơ được ghi nhận là làm giảm mức cholesterol. Nhưng làm thế nào để chất xơ có được tác dụng đó? Nguồn cung cấp chất xơ nào là tốt nhất? Và bạn nên ăn vào bao nhiêu để có thể làm giảm được một mức cholesterol đáng kể?

Mặc dù là không có gì để nghi ngờ về việc chất xơ trong thức ăn sẽ làm giảm mức cholesterol, nhưng cơ chế tác động chính xác của nó như thế nào vẫn hoàn toàn chưa được hiểu rõ. Có vẻ như là chất xơ có thể kết dính với các acid mật. Các acid mật được gan tạo ra từ cholesterol. Mỗi khi chúng ta ăn, các acid mật được chuyển vào túi mật, và rồi vào ruột để giúp tiêu hóa thức ăn. Thông thường, sau khi tiêu hóa thức ăn xong, chúng ta hấp thụ lại các acid mật để rồi dùng lại lần sau. Tiến trình này được lập lại nhiều lần như thế. Vì các chất xơ dường như là kết dính với các acid mật, nên thay vì được hấp thụ trở lại, các acid mật phải theo chất xơ để bị thải ra theo phân. Do đó, gan phải rút lấy cholesterol trong máu để sản xuất thêm các acid mật nhằm bù đắp vào phần bị mất đi. Điều này cuối cùng dẫn đến việc giảm thấp mức cholesterol trong máu.

Một chứng cứ khác cho thấy rằng các chất xơ bị lên men trong ruột bởi các vi khuẩn sống tự nhiên ở đó. Tiến trình này có thể sản sinh một số các acid béo, và các acid béo này dường như có tác dụng ngăn không cho gan sản xuất ra cholesterol.

Cuối cùng, mặc dù rõ ràng chỉ là một phần của vấn đề, việc có thêm chất xơ tạo cảm giác no bụng giúp người ta ăn ít hơn các chất khác một chút, đồng thời cũng có thể nó thay thế cho chất béo trong khẩu phần ăn. Điều này dẫn đến giảm cân, do đó làm giảm cholesterol, và khi giảm bớt chất béo ăn vào, cũng làm giảm cholesterol.

Chất xơ trong thức ăn được chia làm hai loại: chất xơ tan trong nước và chất xơ không tan trong nước. Chất xơ tan trong nước đã được chứng tỏ là làm giảm mức cholesterol, trong khi chất xơ không tan trong nước không có tác dụng này. Chất xơ tan trong nước có thể có được từ các loại cây họ đậu, cám yến mạch, các loại trái cây như táo, nho, cam... (các trái cây này có chứa pectin, và pectin có chứ chất xơ tan trong nước). Psyllium cũng là một chất có chứa chất xơ tan trong nước, tách ra được từ vỏ cứng của một số các loại hạt. Đây là một trong các nguồn cung cấp quan trọng chất xơ loại này. Các loại thuốc nhuận tràng như Metamucil có thành phần chính là psyllium. Đôi khi, psyllium được thêm vào các sản phẩm chế biến từ ngũ cốc để làm tăng thêm hàm lượng chất xơ.

Nguồn cung cấp chất xơ không tan trong nước thông thường nhất là từ cám của các loại hạt ngũ cốc. Loại chất xơ này có tác dụng chống táo bón, nhưng không có tác dụng làm giảm cholesterol.

Trong thực tế, hầu hết các loại thực phẩm giàu chất xơ đều có chứa cả hai loại chất xơ tan và không tan trong nước. Nói chung, nếu bạn dùng khoảng 25 gram chất xơ mỗi ngày, bạn có thể sẽ giảm được mức cholesterol đáng kể, từ 5% đến 15%. Mức độ giảm như thế nào còn tùy thuộc vào phản ứng của cơ thể bạn với chất xơ – không phải mọi người ai cũng có phản ứng như nhau với chất xơ –, và tùy thuộc vào lượng chất xơ vốn đã có sẵn trong chế độ ăn thông thường trước đó của bạn.

Tính trung bình một người Mỹ tiêu thụ lượng chất xơ mỗi ngày rất thấp, chỉ từ 10 đến 12 gram. Để giúp làm giảm mức cholesterol, lượng chất xơ ăn vào mỗi ngày nên gia tăng đến khoảng 25 gram. Sự bổ sung chất xơ vào khẩu phần nên được tính toán để giúp cơ thể thích ứng dần. Gia tăng lượng chất xơ đột ngột có thể dẫn đến bị đầy bụng, no hơi. Bạn nên tăng dần lượng chất xơ ăn vào mỗi ngày, sao cho trong khoảng một tháng thì đạt đến mức yêu

cầu là được. Một điều quan trọng nữa là cần uống thật nhiều nước. Chất xơ hoạt động trong cơ thể giống như một miếng bọt biển hút nước vào. Đặc tính này làm tạo ra cảm giác no bụng, bạn ít cảm thấy đói hơn, và nhờ đó chất xơ góp phần làm giảm lượng cholesterol.

Có rất nhiều loại chất xơ tan trong nước khác nhau. Bạn có thể sẽ phân vân không biết liệu có thể một loại chất xơ nào đó là tốt hơn trong việc làm giảm cholesterol so với một loại khác. Đây là một câu hỏi không dễ trả lời. Khi viết quyển sách này, tôi đã xem xét lại hơn 100 cuộc nghiên cứu sử dụng nhiều loại chất xơ tan trong nước khác nhau. Không có 2 cuộc nghiên cứu nào trong đó hoàn toàn giống nhau. Các cuộc nghiên cứu khảo sát nhiều loại chất xơ, nhiều lượng sử dụng khác nhau, với nhiều người khác nhau (người già, người trẻ, người có cholesterol cao, người có cholesterol bình thường, nam giới, phụ nữ). Với tất cả những sự đa dạng này, hầu như không thể nào dự đoán được với bất cứ người nào về phản ứng của họ với một liều lượng chất xơ tan trong nước nào đó. Chẳng hạn như, tiến sĩ Anderson, thuộc trường đại học Kentucky, một trong những chuyên gia có uy tín trên thế giới về lãnh vực này, đã tường thuật một mức giảm thấp đến 20% LDL cholesterol khi đối tượng nghiên cứu được sử dụng liều lượng 10.2 gram psyllium mỗi ngày kéo dài trong 8 tuần lễ. Cuộc nghiên cứu này được thực hiện với nam giới có mức cholesterol cao. Các nhà nghiên cứu khác, sử dụng cùng liều lượng như trên, hoặc cao hơn, với nhiều hạng người khác nhau, đã nhận thấy mức độ giảm thấp LDL cholesterol là từ 9% đến 20%.

Trong một loạt những cuộc điều trị thử nghiệm, tiến sĩ Anderson nhận thấy rằng các loại đậu xanh và đậu rằn, với liều dùng từ 50 gram đến 115 gram mỗi ngày có thể làm giảm mức LDL cholesterol khoảng từ 13% đến 24%.

Và trong những cuộc nghiên cứu kéo dài đến 2 năm, hàm lượng lớn cám yến mạch đã thấy làm gia,r mức LDL cholesterol nhiều đến 29%.

Bởi vì quá khó khăn trong việc so sánh những cuộc nghiên cứu chất xơ, tôi đề nghị nên dùng một lượng thức ăn có nhiều chất xơ đa dạng mỗi ngày. Như đã nói trước đây, mức độ tối thiểu nên đạt được mỗi ngày là 25 gram chất xơ, càng nhiều hơn càng tốt.

Điều cuối cùng cần lưu ý là, những thức ăn giàu chất xơ thường không chỉ là chất xơ mà thôi, chúng còn chứa những chất khác. Một số có chứa saponin, một hợp chất có trong một số cây trồng, có khả năng kết hợp với cholesterol trong ruột, và do đó ngăn cản sự hấp thụ chất này.

20.

Hãy thận trọng với rượu, bia

Nhiều người có thói quen dùng một ly bia hoặc rượu trước bữa tối, với mục đích là có lợi cho tim. Đến nay, hầu hết mọi người đều đã được nghe nói rằng hàm lượng cồn (alcohol) có tác dụng tốt cho tim.

Quả đúng là đã có một số chứng cứ khá mạnh mẽ cho thấy việc dùng một lượng thức uống có cồn có thể làm giảm một số nguy cơ về bệnh tim. Mặc dù cơ chế hoạt động như thế nào để lượng cồn đưa vào cơ thể có thể giúp ngăn ngừa các rắc rối về tim mạch vẫn chưa được hoàn toàn làm rõ, nhưng có vẻ như điều quan trọng chính là khả năng của cồn trong việc làm tăng cao mức HDL cholesterol (loại cholesterol có lợi) và cả mức TPA (tissue plasminogen activator).

TPA là một chất có khả năng tự nhiên làm tan máu đông. Hầu hết các cơn đau tim đều gây ra do một sự tích tụ cholesterol và một khối máu đông bên trên, dẫn đến làm tắt nghẽn hoàn toàn động mạch. Bởi vậy, lượng TPA trong máu lên cao rõ ràng là điều có lợi. Hàm lượng cồn trong máu dường như ngăn cản được các tiểu cầu – những tế bào có chức năng làm đông máu – không cho chúng tụ lại cùng nhau.

Nhưng cho dù thức uống có cồn tỏ ra có một số hiệu quả chống lại bệnh tim mạch, điều quan trọng không kém là phải xem xét các khía cạnh tiêu cực của chúng trước khi bạn quyết định dùng "mỗi ngày một ly" như là cách để bảo vệ sức khỏe.

Lượng cồn đưa vào máu có khả năng làm tăng cao mức đường máu và mức triglyceride. Nó cũng làm cho huyết áp tăng cao và dường như có mối quan hệ với ung thư vú ở phụ nữ. Uống quá nhiều rượu bia có khả năng làm tăng nguy cơ mắc bệnh cơ tim và chứng loạn nhịp tim, gây ra xơ gan, viêm thận, viêm dạ dày, một số chứng đột quỵ và các bệnh ung thư như ung thư miệng, ung thư cổ họng, ung thư thanh quản, ung thư thực quản và ung thư gan.

Tuy nhiên, nếu bạn vẫn quyết định dùng "một ly" vào buổi tối, tôi đề nghị bạn nên uống sau bữa ăn tốt hơn là trước bữa ăn. Bởi vì nếu uống trước bữa ăn, tính chất kích thích tiêu hóa của rượu bia có thể làm cho bạn sẽ ăn nhiều hơn mức cần thiết, cũng có nghĩa là nhiều ca-lo-ri hơn. Và cũng đừng quên là ngay trong rượu bia cũng chứa nhiều ca-lo-ri nữa.

NHỮNG PHƯƠNG THỨC TRỊ LIỆU BỔ SUNG

1.

Những phương thức trị liệu bổ sung

Đôi khi, bất chấp mọi nỗ lực tích cực trong việc điều trị, mức cholesterol của một người nào đó vẫn ngoan cố duy trì ở mức cao. Nhiều người đã hỏi tôi rằng, liệu phương thức dinh dưỡng trị liệu bổ sung có thể giữ một vai trò trong việc làm giảm mức cholesterol của họ hay không. Câu trả lời là có. Những thức ăn và các loại thuốc thảo mộc có tính chất trị liệu bổ sung có thể thích hợp hơn với tên gọi "dinh dưỡng trị liệu". Với gần 20% số người lớn ở Hoa Kỳ đã chi ra ước chừng 4 tỷ đô la cho mục đích dinh dưỡng trị liệu, thị trường các chất bổ sung này quả thật là rất lớn. Điều rất cần thiết đối với bạn là phải biết được những chất bổ sung trong trị liệu có tác dụng như thế nào và có thể tác dụng tích cực được đến đâu.

Hầu hết các phương thức trị liệu bổ sung chỉ có một tác động rất khiêm tốn đối với mức cholesterol. Tuy nhiên, bệnh nhân có thể thường xuyên giảm được việc dùng thuốc điều trị nếu như có nhiều phương thức trị liệu bổ sung được áp dụng kết hợp với một chế độ ăn ít chất béo và (nếu cần thiết) có lượng đường thấp, cùng với một chương trình rèn luyện thể lực hợp lý. Điểm quan trọng chính yếu cần nhớ là, cũng giống như một chế độ ăn hợp lý chỉ có tác dụng khi bệnh nhân tuân thủ thật nghiêm ngặt, các phương thức trị liệu bổ sung chỉ có tác dụng khi nào được thực hiện một cách thích hợp và kiên trì.

2.

Sử dụng Cholestin

Thành thật mà nói, tôi không thật sự nghĩ là Cholestin thích hợp khi được đề cập đến ở đây, trong mục nói về các phương thức trị liệu bổ sung, cho dù nó quả thật được xếp vào các loại thuốc bán tự do trên thị trường. Theo ý tôi, Cholestin quả thật là một loại thuốc điều trị chính. Nếu bạn chọn dùng nó, nhất thiết phải cho bác sĩ của bạn được biết, và mức cholesterol cũng như chức năng gan của bạn cần phải được kiểm tra định kỳ.

Cholestin là một loại men đỏ (Monascus Purpureus) được lên men trên cơm gạo. Đây chính là chất "phụ gia" làm cho món vịt Bắc Kinh có màu đỏ đặc biệt. Nó cũng là một thành phần chính trong loại rượu gạo đỏ của Trung

Hoa. Loại men đỏ lên men trên cơm gạo này đã được sử dụng từ nhiều thế kỷ ở Trung Hoa, như một nguyên liệu để nấu ăn cũng như một loại dược phẩm.

Điều đáng quan tâm là, một trong các thành phần chính của Cholestin là mevinolin, một hợp chất gần như là tương tự với lovastatin, được dùng để điều chế Mevacor. Như chúng ta đều biết, Mevacor là một loại thuốc làm giảm mức cholesterol rất mạnh, được xếp vào nhóm thuốc statin. Các thuốc khác trong nhóm này còn có atorvastatin (Lipitor), simvastatin (Zocor), fluvastatin (Lescol) và pravastatin (Pravachol). Tất cả các thuốc này đều sẽ được đề cập ở một phần sau của sách.

Cholestin được đưa ra thị trường vào năm 1997 với một vụ xôn xao rất lớn trong công chúng. Công ty Pharmanex, nhà sản xuất Cholestin, đưa ra rất nhiều quảng cáo trên các tờ báo lớn. Sự quảng cáo rầm rộ này làm cho Cơ quan quản lý Thực Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phải chú ý đến. Bởi vì Cholestin được quảng cáo là có thể làm giảm mức cholesterol từ 25 đến 40 điểm, và có cấu trúc hóa học tương tự với thuốc làm giảm cholesterol là Mevacor, cơ quan FDA đã can thiệp vào, quyết định rằng Cholestin là một loại thuốc và cần phải đưa vào quản lý như các loại thuốc khác. Khi FDA sắp sửa cấm bán Cholestin trên thị trường tự do thì công ty Pharmanex đưa đơn kiện cơ quan này ra tòa. Trước sự ngạc nhiên của rất nhiều người, vào tháng 2 năm 1999, một tòa án liên bang tại Salt Lake City, Utah đã phán quyết nghiêng về phía công ty Pharmanex. Sau đó, Pharmanex đã được mua lại bởi công ty Nu Skin International.

Bây giờ thì hẳn bạn không còn nghi ngờ gì về tác dụng của Cholestin, bởi vì nó tương tự như Mevacor. Nhưng có lẽ bạn sẽ băn khoăn về việc nó gây tác dụng như thế nào? Bạn cũng có thể không biết rằng nó tác dụng tích cực đến mức nào, và liệu nó có tác dụng phụ nào hay không.

Cũng giống như Mevacor, Cholestin gây tác dụng bằng cách ức chế một loại enzym chính liên quan đến việc sản xuất ra cholesterol ở gan. Loại enzym này có tên là HMG CoA Reductase. Cả Mevacor và Cholestin đều ngăn chặn một phần loại enzym này, và kết quả cuối cùng là có ít cholesterol được gan sản xuất ra.

Cholestin, Mevacor và tất cả các loại thuốc khác trong nhóm thuốc statin đều làm gia tăng số lượng thụ thể LDL trong các tế bào gan. Các thụ thể LDL có chức năng lấy đi LDL cholesterol trong máu. Khi tăng liều của bất cứ loại thuốc nào thuộc nhóm statin, mức cholesterol trong máu sẽ càng được giảm

thấp hiệu quả hơn.

Cholestin được dùng theo chỉ dẫn của nhà sản xuất là 2 viên nang, mỗi viên 600 mg, 2 lần mỗi ngày, tổng lượng như vậy là 2.400 mg, sẽ có thể giảm mức LDL cholesterol đến 21%, gần như tương đương với liều thấp Mevacor.

Khi Cholestin được dùng lần đầu tiên vào năm 1997, tất cả các cuộc nghiên cứu về loại thuốc này đều được thực hiện ở Trung Hoa. Bởi vì người Trung Hoa nói chung có chế độ ăn rất khác biệt, nên điều hết sức quan trọng là phải biết được xem liệu Cholestin có tác dụng tốt ở Hoa Kỳ giống như khi ở Trung Hoa hay không. Câu trả lời là, nó tỏ ra cũng hiệu quả không kém.

Vào tháng 2 năm 1999, tiến sĩ David Heber thuộc trường đại học California cho công bố một báo cáo kết quả nghiên cứu trên tạp chí Clinical Nutrition của Hoa Kỳ.

Cuộc nghiên cứu của ông có 83 người tình nguyện tham gia. Sau 8 tuần lễ điều trị bằng Cholestin, mức giảm cholesterol trung bình là 17% trong tổng số cholesterol.

Tháng 3 năm 1999, một cuộc nghiên cứu thứ hai tại Hoa Kỳ được báo cáo kết quả tại một cuộc họp của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ ở Orlando, Florida.

Bác sĩ James Rippe, một chuyên gia tim mạch thuộc trường đại học Y khoa Tufts, Boston, đã tiến hành cuộc nghiên cứu này trên 233 bệnh nhân được điều trị ở 12 trung tâm y khoa khác nhau. Các bệnh nhân có mức cholesterol tổng số trung bình ban đầu là 242 mg/dl, mức LDL cholesterol là 158 mg/dl.

Sau 8 tuần lễ điều trị bằng Cholestin, mức cholesterol tổng số trung bình của các bệnh nhân đã giảm xuống 16,4%, còn 206 mg/dl. Mức LDL cholesterol trung bình giảm rất mạnh, đến 21%, chỉ còn là 125 mg/dl.

Mức HDL cholesterol của các bệnh nhân cũng có ảnh hưởng tích cực, gia tăng 14,6% trong suốt 8 tuần lễ nghiên cứu. Mức HDL cholesterol ban đầu là 50 mg/dl, vào khi kết thúc cuộc nghiên cứu đã tăng lên là 57 mg/dl.

Một trong các bệnh nhân tiêu biểu của tôi đã được điều trị bằng Cholestin tên là George, là một nhân viên kế toán về hưu. Ông không muốn dùng bất cứ loại thuốc điều trị cholesterol nào, trong ý nghĩa các loại thuốc chỉ bán theo toa bác sĩ. Lần đầu tiên đến với tôi, mức cholesterol của George là như sau: (Đơn vị tính là mg/dl)

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 255 < 200

Triglyceride 160 < 150

LDL cholesterol 189 < 130

HDL cholesterol 34 > 45

Theo hướng dẫn của tôi, George đã nỗ lực rất tích cực để cải thiện cả chế độ ăn uống và rèn luyện thể lực. Ông giới hạn được mức chất béo ăn vào mỗi ngày không quá 30 gram – thường là ít hơn. Và ông tuân thủ đều đặn một chương trình rèn luyện bằng cách đi bộ mỗi ngày – thường là mỗi ngày đi bộ một giờ. Không có gì để phàn nàn về những cố gắng của ông, và kết quả tốt nhất mà ông đạt được là như sau:

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 213 < 200

Triglyceride 108 < 150

LDL cholesterol 153 < 130

HDL cholesterol 38 > 45

Kết quả rõ ràng là "tốt hơn" rất nhiều, nhưng nó không làm hài lòng cả tôi và George – nên nhớ rằng ông là một kế toán.

George chủ động đề nghị tôi xem xét việc dùng Cholestin. Tôi đã khuyến khích ông sử dụng và cho ông xem những kết quả nghiên cứu gần đây nhất. Cuối cùng, tôi đề nghị sẽ gặp lại ông sau 3 tháng dùng thuốc để kiểm tra mức cholesterol và cả chức năng của gan. Kết quả của lần kiểm tra sau đó là như sau:

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 184 < 200

Triglyceride 86 < 150

LDL cholesterol 121 < 130

HDL cholesterol 45 > 45

Công bằng mà nói, phải tính đến việc George đã tăng cường thêm mức rèn luyện thể lực tích cực hơn song song với việc bắt đầu dùng thuốc Cholestin, nhưng tôi tin chắc là Cholestin có giúp cải thiện mức HDL cholesterol của ông.

Cũng giống như các thuốc nhóm statin nói chung rất an toàn, Cholestin cũng rất hiếm khi gây ra các tác dụng phụ nghiêm trọng. Tuy nhiên, bạn vẫn phải cảnh giác là các thuốc nhóm này có khả năng làm nhiễm độc gan, cho dù là rất hiếm khi. Càng hiếm gặp hơn nữa là triệu chứng gây viêm cơ hay làm hoại cơ. Trong hầu hết các trường hợp, sự nhiễm độc gan hay viêm cơ có thể hoàn toàn chữa khỏi nếu phát hiện sớm. Tuy nhiên, chứng hoại cơ có thể gây tử vong.

Trong cả hai cuộc nghiên cứu ở Hoa Kỳ, Cholestin tỏ ra rất dễ dung nạp và rất hiếm gây tác dụng phụ. Những tác dụng phụ được ghi nhận chỉ là một số trường hợp hơi khó chịu trong đường tiêu hóa, như đầy hơi, sình bụng... và chứng chuột rút. Một ít người thấy đau đầu nhẹ. Cả hai cuộc nghiên cứu đều không có trường hợp nào gây tác hại đáng kể cho gan hay cơ bắp.

Điều cần nhấn mạnh là, mặc dù Cholestin vẫn được bán tự do không cần toa bác sĩ, nó cần được xem giống như các loại thuốc giảm cholesterol khác. Công ty chủ sở hữu của Cholestin hiện nay, Nu Skin International thật ra đã rút Cholestin ra khỏi dây chuyền các hiệu thuốc bán tự do của họ. Hiện nay thuốc này chỉ có thể mua được bằng cách đặt hàng qua e-mail hoặc ở một số hiệu thuốc độc lập.

Nếu bạn quyết định dùng Cholestin, bạn cần nhớ:

1. Báo ngay cho bác sĩ điều trị biết.

2. Không dùng kèm một thuốc khác trong nhóm thuốc statin.

3. Yêu cầu kiểm tra chức năng gan (chỉ là một xét nghiệm máu đơn giản) sau 3 tháng dùng Cholestin. và ít nhất là 2 lần trong năm tiếp theo đó.

4. Tuân thủ chế độ ăn ít chất béo.

5. Dùng đúng liều hướng dẫn (viên nang 600 mg, ngày 2 lần, mỗi lần 2 viên,

tổng liều 2.400 mg)

Nếu có nghi ngờ về bất cứ một tác dụng phụ nào liên quan đến Cholestin, phải ngưng thuốc ngay và hỏi ý kiến bác sĩ.

3.

Benecol và Take Control

Hai trong số các chất dinh dưỡng trị liệu có tác dụng mạnh nhất là stanol và sterol lấy từ thực vật. Hiện nay chúng được bán trên thị trường ở dạng các margarine với tên thương hiệu là Benecol (stanol) và Take Control (sterol).

Stanol và sterol là các sản phẩm được trích ly từ thực vật, có tác dụng làm giảm mức cholesterol bằng cách ức chế sự hấp thụ cholesterol của ruột non.

Các chất này đã được dưa vào nghiên cứu trong khoảng 40 năm qua. Trong những năm của thập niên 1950, những nghiên cứu đầu tiên trên cơ thể người được thực hiện. Vấn đề là các nhà khoa học lúc bấy giờ cảm thấy rằng phải cần đến việc tiêu hóa một lượng sterol thực vật rất lớn. Những cuộc nghiên cứu ban đầu sử dụng đến 18 gram sterol thực vật mỗi ngày, so với liều dùng đề nghị hiện nay chỉ có 2 đến 3 gram.

Tuy nhiên, những cuộc nghiên cứu ban đầu đã chứng tỏ là sterol thực vật có khả năng làm giảm cholesterol. Chỉ có điều là với một liều lượng quá lớn được sử dụng với các dạng thuốc bột, thuốc nước hay thuốc hạt làm cho chúng có vẻ không hấp dẫn lắm.

Đến năm 1977, các bác sĩ Ann Lee và Bob Lee công bố kết quả nghiên cứu rất quan trọng của họ trên tờ tạp chí nhiều uy tín Atherosclerosis. Các bác sĩ này đã nhận thấy một liều dùng rất thấp – chỉ từ 2 gram đến 3 gram – sterol thực vật cũng có hiệu quả tương đương như liều cao đã dùng trước đây.

Thật không may là chẳng có mấy cuộc nghiên cứu thêm nữa về stanol và sterol thực vật được thực hiện, cho đến khoảng giữa thập niên 1980 và đầu thập niên 1990. Lý do khả dĩ có thể đưa ra về việc stanol và sterol không được theo đuổi nghiên cứu như những chất để làm giảm cholesterol có lẽ là vì các dạng thuốc ban đầu của chúng không được mấy người ưa chuộng. Điều này hoàn toàn thay đổi khi Mattson và các đồng nghiệp của mình đề xuất rằng cách tốt nhất để cung cấp stanol và sterol thực vật cho cơ thể là thông qua chất béo trong thức ăn. Vào đầu những năm 1990, một nhóm nghiên cứu người Phần Lan đã phát triển hai sản phẩm thức ăn có chứa

stanol thực vật – một loại nước sốt mayonnaise và một loại margarine đặc biệt. Gần như là đồng thời, công ty Lipton cũng phát triển một loại margarine có chứa sterol. Cuối cùng, các sản phẩm margarine đã thành công lớn.

Stanol và sterol thực vật có cấu trúc gần như tương tự với cholesterol. Khi được đưa vào cơ thể, chúng tranh nhau với cholesterol để tạo thành các micelle. Để có thể được hấp thụ vào máu từ ruột non, các cholesterol buộc phải kết hợp thành một dạng thức gọi là micelle. Nếu lượng cholesterol được ăn vào cơ thể không thể hợp thành các micelle, chúng không thể được hấp thụ qua ruột non vào máu, và sẽ bị thải ra theo phân. Stanol và sterol thực vật đã làm rất tốt việc ngăn cản sự hấp thụ cholesterol có trong thức ăn. Còn bản thân những chất này lại rất ít được hấp thụ. Và kết quả là sau khi hoàn tất công việc của mình, hầu hết chúng cũng được thải ra khỏi cơ thể theo với phân.

Mỗi ngày chúng ta đều có ăn stanol và sterol. Chúng là những chất tự nhiên hiện diện trong gỗ, rau cải, dầu thực vật, gạo, đậu, bắp và các loại cây trồng khác. Tuy nhiên, để có thể tạo ra ảnh hưởng làm giảm mức cholesterol, chúng phải được tiêu thụ với một lượng lớn hơn là mức mà chúng ta vẫn thường ăn. Tính trung bình mỗi người Mỹ chỉ tiêu thụ trong một ngày chừng 160 mg đến 360 mg sterol thực vật, so với liều điều trị được đề nghị từ 2000 mg đến 3000 mg.

Những vùng có truyền thống ăn chay sống dựa vào các loại bắp, đậu, tiêu thụ một lượng sterol thực vật cao hơn nhiều. Chẳng hạn, những người da đỏ Tarahumara trung bình ăn vào đến 500 mg sterol thực vật mỗi ngày, chủ yếu là ở trong bắp, đậu. Để có thể làm giảm mức cholesterol đáng kể – khoảng 10% đến 14% mức LDL cholesterol – lượng tiêu thụ mỗi ngày phải từ 2 gram đến 3 gram sterol hay stanol. Hàm lượng này có trong khoảng 2 đến 3 muỗng canh loại margarine đặc biệt.

Như đã nói trên, các loại margarine đặc biệt được bán trên thị trường với thương hiệu là Benecol (có chứa stanol) và Take Control (có chứa sterol). Khi được đề nghị sử dụng các loại thực phẩm mới này để thay thế cho bơ và loại margarine thông thường, các bệnh nhân của tôi thường có hai phản ứng khác nhau.

Với những người ngần ngại chỉ vì thói quen ăn các loại bơ và margarine thông thường, tôi đề nghị họ chỉ cần cố gắng tạm thời dùng các thực phẩm mới này cho đến lần khám bệnh tiếp theo mà thôi. Vì hương vị của chúng

đều thơm ngon có thể chấp nhận được, nên khi bệnh nhân quay trở lại lần sau đó và thấy được tác dụng của chúng đối với mức cholesterol của họ, việc tiếp tục sử dụng các thức ăn mới không còn là vấn đề nữa.

Có những người khác là những bệnh nhân đã "quen mặt" từ nhiều năm rồi. Những người này thường đã bỏ hẳn không ăn các loại bơ và margarine nữa. Khi đề nghị họ quay lại dùng Benecol và Take Control – cả hai loại thực phẩm này đều có chứa chất béo và ca-lo-ri –, họ sẽ vô cùng lo ngại. Với những người này, tôi thường đề nghị họ dùng những sản phẩm đặc biệt cùng loại nhưng có lượng chất béo thấp hơn là Benecol Light và Take Control Light. Hai muỗng canh Benecol Light chứa khoảng 10 gram chất béo và cung cấp khoảng 90 ca-lo-ri, so với Benecol thông thường chứa khoảng 18 gram chất béo. Cũng với 2 muỗng canh, Take Control Light chứa khoảng 9 gram chất béo và 80 ca-lo-ri. Đối với hầu hết mọi người, lượng ca-lo-ri này có thể đưa vào chế độ ăn thường ngày mà không sợ tăng cân. Thực tế là, ngay cả với lượng chất béo được thêm vào từ các sản phẩm này, mức LDL cholesterol vẫn sẽ được giảm đi.

Nếu so sánh giữa hai loại margarine này, Benecol có phần tác dụng mạnh hơn trong việc làm giảm mức LDL cholesterol. Benecol thường làm giảm được khoảng 14%, trong khi Take Control chỉ làm giảm được 10%.

Các chất dinh dưỡng trị liệu bổ sung chỉ có tác dụng khi được dùng một cách thận trọng và kiên trì. Đôi khi có những trường hợp người bệnh không thấy được tác dụng tích cực của Benecol hay Take Control. Hầu hết các trường hợp này đều là do họ đã không sử dụng đủ liều lượng. Để có được tác dụng tích cực, một ngày phải dùng từ hai đến ba muỗng canh, và phải dùng đều đặn mỗi ngày.

4.

Basikol và các thuốc phytosterol khác

Đối với những ai thường xuyên đi xa không thể mang theo Benecol hay Take Control, hoặc chỉ đơn giản là không thích ăn mỗi ngày hai đến ba muỗng canh các loại margarine này, có thể sử dụng các dạng chế phẩm khác của phytosterol – tức là sterol thực vật.

Một trong các chế phẩm phytosterol có tên thương hiệu là Basikol. Basikol có khả năng làm giảm mức cholesterol tương đương như Benecol. Hiện nó được bán dưới dạng bột có hương va-ni thơm, có thể dùng rắc lên các loại

thức ăn, trộn vào món sữa chua, hoặc dùng muỗng ăn cùng với bữa ăn. Một ưu điểm của Basikol là mỗi một muỗng canh chỉ có 5 ca-lo-ri, nhưng chứa đến 800 mg phytosterol. Mỗi ngày nên dùng từ 2 đến 3 muỗng canh cùng với thức ăn. Liều lượng này sẽ giúp bạn giảm được từ 10% đến 14% mức LDL cholesterol.

Basikol được phân phối bởi Health from the Sun, một chi nhánh của công ty Pháp Arkopharma. Nếu bạn dùng mỗi ngày 2 muỗng canh Basikol, lượng dùng trong một tháng sẽ mất khoảng 29,99 đô-la Mỹ, hiện có thể đặt mua tại địa chỉ healthfromthesun.com. Trong thời gian sắp tới, dạng viên nang của loại thuốc này, thay vì dạng bột như hiện nay, có thể sẽ được sản xuất.

Hiện có một số loại thuốc viên khác có chứa sterol thực vật. Trong đó có Kholesterol Blocker, mỗi viên chứa 400 mg sterol, có thể đặt mua ở cholesterol.homepage.com; Source Naturals Phytosterol Complex, mỗi viên chứa 625 mg sterol, có thể đặt mua ở vitaminshoppe.com.

Nếu bạn muốn sử dụng stanol hay sterol thực vật, điều hết sức quan trọng là phải nghĩ về chúng như những loại thuốc điều trị, và dùng đúng liều như được hướng dẫn.

5.

Thử dùng hạt cây lanh

Hạt cây lanh, để nguyên hay xay thành bột, đã tỏ ra có khả năng như một loại dinh dưỡng trị liệu. Trái với dầu hạt lanh đã được chứng tỏ là có rất ít khả năng làm giảm mức cholesterol, hạt lanh để nguyên hoặc xay bột đã được chứng tỏ trong một số cuộc nghiên cứu quy mô nhỏ là có thể làm giảm mức LDL cholesterol đến gần 15% khi được đưa vào trong chế độ ăn của bệnh nhân.

Mặc dù toàn bộ cơ chế hoạt động của hạt lanh khi đưa vào cơ thể để có thể dẫn đến làm giảm mức cholesterol vẫn chưa được hoàn toàn làm rõ, nhưng người ta cũng đã biết được đôi điều. Hạt lanh là một nguồn có chứa rất nhiều lignan. Lignan là một chất có trong thức ăn với rất nhiều chức năng sinh học, trong đó có chức năng làm giảm cholesterol. Thêm vào đó, hạt lanh là một trong những nguồn thực phẩm giàu acid alpha-linolenic nhất. Loại acid này cũng được biết là làm giảm mức cholesterol. Các nhà khoa học cho rằng sở dĩ hạt lanh để nguyên hoặc xay bột dùng tốt hơn dầu hạt lanh là bởi vì chúng có chứa rất nhiều chất xơ tan trong nước.

Vấn đề tiếp theo cần đặt ra là cần phải dùng bao nhiêu hạt lanh để có thể làm giảm mức cholesterol của bạn. Thật không may là câu trả lời vẫn chưa được rõ ràng. Những cuộc nghiên cứu về vấn đề này đã sử dụng đủ các liều lượng khác nhau từ 25 gram cho đến 38 gram hạt lanh để nguyên hay xay bột. Cũng giống như các loại margarine chứa stanol và sterol thực vật, hạt lanh cung cấp cả chất béo và ca-lo-ri. Một muỗng canh ngang mặt (khoảng 8 gram) cung cấp 39 ca-lo-ri, 2,7 gram chất béo, 2,2 gram chất xơ và 1,5 gram protein. Tôi thường đề nghị bệnh nhân dùng từ 3 đến 4 muỗng canh mỗi ngày. Điều này có nghĩa là đã có đến 160 ca-lo-ri trong ngày chỉ riêng từ nguồn hạt lanh.

Đối với các trường hợp muốn thử điều trị bằng hạt lanh, tôi thường gợi ý dùng từ 3 đến 4 muỗng canh mỗi ngày liên tục trong 3 tháng. Vào cuối giai đoạn này, tôi kiểm tra lại mức cholesterol của bệnh nhân để xác định hiệu quả của việc sử dụng hạt lanh. Sau đó, tùy theo cảm nhận của bệnh nhân về nó, thích hay không thích, dễ hay khó chấp nhận... để quyết định việc có nên khuyến khích người bệnh tiếp tục dùng lâu dài hay không. Cũng giống như bất cứ loại thuốc hay phương thức trị liệu bổ sung nào khác, việc dùng hạt lanh chỉ có hiệu quả nếu bạn tiếp tục sử dụng nó một cách đều đặn và kiên trì.

Điều quan trọng cần biết là, mặc dù rất hiếm hoi nhưng khả năng dị ứng với hạt lanh có thể xảy ra. Cũng giống như trường hợp dị ứng với đậu phộng, không thể biết trước được những người nào là sẽ bị dị ứng với hạt lanh. Nếu bạn chưa từng dùng hạt lanh bao giờ, tốt nhất là nên bắt đầu với một lượng rất nhỏ và phải đảm bảo là có ai đó ở bên cạnh trong những lần đầu tiên dùng hạt lanh. Điều này nghe có vẻ như cẩn thận quá đáng, nhưng dù sao đi nữa thì tốt nhất vẫn là "cẩn tắc vô ưu". Nếu bạn có tiền sử dị ứng với nhiều thứ, bạn nên thảo luận trước với bác sĩ của mình trước khi bắt đầu dùng hạt lanh.

Hiện nay, những siêu thị lớn đều có bán rất nhiều hạt lanh. Bạn cũng có thể tìm mua ở các hiệu bán thức ăn dinh dưỡng. Hạt lanh để nguyên có thể được bảo quản tốt trong tủ bếp, chỉ cần đựng trong lọ thủy tinh hay nhựa. Tuy nhiên, hạt lanh đã xay thành bột phải được bảo quản trong tủ lạnh, vì nó có thể bị trở mùi. Tốt nhất là nên dùng ngay trong vòng một hoặc hai ngày sau khi được xay ra. Nên mua loại nguyên hạt để dễ bảo quản, vì bạn có thể tự xay lấy dễ dàng ở nhà bằng cối xay cà phê.

Một cuộc nghiên cứu của Arjmandi và các đồng nghiệp đã phát hiện ra rằng, ngoài việc làm giảm mức LDL cholesterol, hạt lanh để nguyên còn có tác

dụng làm giảm một loại lipid khác trong máu có tên là lipoprotein(a), thường gọi tắt là lp(a).

Mức lipoprotein(a) lên cao được biết là một yếu tố nguy cơ phát triển bệnh tim. Mức LDL cholesterol của một người có thể là gây ra bởi chế độ ăn không thích hợp, do gen di truyền hoặc do sự kết hợp của cả hai nguyên nhân, nhưng mức lipoprotein(a) lên cao chỉ có thể có một nguyên nhân duy nhất là do gen di truyền. Lipoprotein(a) là một dạng phân tử giống như LDL, với một protein gắn liền theo gọi là apoprotein(a). Cũng giống như LDL, lp(a) có thể làm tắt nghẽn các động mạch. Trong thực tế, lp(a) còn tồi tệ hơn LDL bởi vì apoprotein(a) mang theo một tính chất tiêu cực – làm đông máu lại. Apoprotein(a) rất giống với các protein làm đông máu, và nó làm cho cơ thể bị nhầm lẫn, cho rằng đó là một trong các protein làm đông máu bình thường của chúng ta.

Những người có mức lp(a) cao sẽ gia tăng nguy cơ phát triển cơn đau tim, bởi vì lp(a) có thể làm nghẽn các động mạch của họ giống như là LDL. Trong thực tế, lp(a) đã được tìm thấy đóng thành mảng trong các động mạch của tim. Có mức lp(a) cao cũng làm tăng nguy cơ đông máu.

Hầu hết những cơn đau tim đều gây ra bởi một sự kết hợp giữa sự tích tụ cholesterol và một cục máu đông. Khi một mảng cholesterol tích tụ trong động mạch của tim bị vỡ ra, phía bên trong của mảng vỡ đó tiếp xúc với dòng máu đang chảy trong động mạch. Máu phản ứng với chỗ tiếp xúc này như là một phần "bên ngoài", không thuộc về cơ thể. Vì thế, phản ứng tự nhiên của nó là cố hình thành những cục máu đông để lấp kín phần "bên ngoài" này. Điều này cũng giống như khi bạn bị trầy một mảng da và chảy máu nơi đầu gối vậy. Vấn đề đối với sự "nhầm lẫn" này là những cục máu đông đóng lên bên trên mảng cholesterol làm tăng thể tích đến mức có thể làm bít kín một động mạch tim.

Nếu máu không còn được chảy tự do trong động mạch, một phần của cơ tim sẽ không nhận được chất dinh dưỡng và ô-xy được cung cấp từ máu. Phần cơ tim đó sẽ chết đi. Quá trình này tạo ra một cơn đau tim. Do đó, bạn có thể thấy rằng mức lp(a) lên cao hoàn toàn có thể dẫn đến tử vong.

Điều may mắn là hầu hết mọi người đều không có mức lp(a) đủ cao để có thể gây ra rắc rối. Mức lp(a) trong máu trung bình của người Mỹ da trắng là khoảng từ 2 mg/dl đến 4 mg/dl. Người Mỹ gốc Phi thường có khuynh hướng cao hơn, khoảng 15 mg/dl. Những nguy cơ có thể đến cho tim mạch chỉ xảy ra khi mức lp(a) trong máu lên cao từ 20 mg/dl đến 30 mg/dl.

Hiếm có loại thuốc nào đã được biết có khả năng làm giảm mức lp(a). Cho đến nay, niacin (một loại vitamin B), estrogen và raloxifine (Evista) là những thuốc thông dụng nhất có thể ảnh hưởng tích cực đến mức lp(a). Arjmandi và các đồng nghiệp đã phát hiện ra rằng liều dùng 38 gram hạt lanh để nguyên hoặc xay thành bột (khoảng chưa đến 5 muỗng canh) có thể làm giảm mức lp(a) đến 7,4%. Trước đó, chưa có một biện pháp dinh dưỡng nào được chứng tỏ là có thể làm giảm được mức lp(a). Các lý thuyết gia cho rằng hạt lanh có chứa một số hợp chất estrogen làm giảm mức lp(a).

Các loại thuốc vừa nói trên và hạt lanh đều không đủ tác dụng để làm bình thường hóa hoàn toàn mức lp(a). Tuy nhiên, những thông tin từ cuộc nghiên cứu điều trị Familial Atherosclerosis cho biết rằng nếu mức LDL được giảm mạnh, lp(a) sẽ rất ít có khả năng gây nguy hiểm cho tim. Nói cách khác, với người có mức lp(a) rất cao, cách điều trị tốt nhất là cố gắng làm giảm mạnh mức LDL. Một khi mức LDL được giảm thấp, lp(a) ít có nguy cơ gây nguy hiểm cho tim hơn.

6.

Dầu cá

Các loại dầu cá có trong cá và một số sinh vật biển, chẳng hạn như tôm, tôm hùm... Dầu cá là một kiểu các acid béo không bão hòa dạng lỏng (polyun¬saturated fatty acids), được biết như là omega-3 fatty acid hay n-3 fatty acid. Có 3 biến dạng khác nhau của omega-3 fatty acid. Eicosapentenoic acid (EPA) và docosahexenoic acid (DHA) đều thấy hiện diện trong cá. Dạng thứ ba là alpha-linolenic acid (ALA) không thấy ở các loài cá, nhưng có trong đậu nành, hạt óc chó và hạt lanh.

Vào tháng 11 năm 2000, Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (American Heart Association – AHA) công bố một bản điều chỉnh các hướng dẫn về chế độ ăn uống của họ. Một trong các lý do của sự điều chỉnh này là sự phát triển những thông tin cho thấy việc ăn cá có lợi cho tim mạch. Hiệp hội này khuyên tất cả người Mỹ nên ăn ít nhất mỗi tuần 2 lần, mỗi lần khoảng 85 gram các loại cá béo.

Các loại cá béo như cá mòi, cá thu, cá trích, cá hồi, cá ngừ... được ưa chuộng hơn so với các loại cá nhiều thịt như cá mũi kiếm, cá bơn... bởi vì chúng có chứa nhiều hơn các omega-3 fatty acid, được tin là những dinh dưỡng có lợi cho tim mạch.

Một cuộc nghiên cứu có tên là Diet and Reinfarction Trial (DART) được thực hiện nhằm kiểm tra giả thuyết cho rằng việc ăn cá có những tác động đến tim mạch. DART được công bố kết quả vào năm 1989 trên tờ Lancet, một tạp chí y khoa có uy tín của nước Anh. Cuộc nghiên cứu này có sự tham gia của 2.033 người đàn ông, đều là những người đã sống sót sau một cơn đau tim. Sau 2 năm, nhóm những người được ăn cá béo ít nhất 2 lần một tuần đã có tỷ lệ tử vong thấp hơn 29% so với nhóm không ăn cá.

Một cuộc nghiên cứu thứ hai gần đây hơn được công bố kết quả cũng trên tờ Lancet. Đây là một cuộc nghiên cứu của người Ý, có tên là GISSI-Prevenzione, gồm một tổng số 11.324 bệnh nhân, từ 172 trung tâm tim mạch ở nước Ý. Vào lúc bắt đầu cuộc nghiên cứu, tất cả bệnh nhân đều đã từng trải qua một cơn đau tim. Họ được chia ra thành 4 nhóm điều trị. Nhóm thứ nhất dùng một viên dầu cá mỗi ngày. Nhóm thứ hai dùng một viên vitamin E. Nhóm thứ ba dùng cả hai loại, một viên dầu cá và một viên vitamin E. Nhóm thứ tư không dùng dầu cá, cũng không dùng vitamin E.

Sau ba năm rưỡi điều trị, các nhóm được bổ sung dầu cá có mức giảm đáng kể (từ 15% đến 20%) các tỷ lệ tử vong, tỷ lệ lên cơn đau tim cũng tỷ lệ xảy ra các cơn đột quỵ. Đáng chú ý nhất là tỷ lệ các trường hợp tử vong đột ngột giảm đến 45%. Trong cuộc nghiên cứu này, vitamin E không thấy tạo ra bất cứ ảnh hưởng nào trong việc bảo vệ tim mạch.

Thông tin này đủ để có thể làm cho bất cứ ai – trừ những người ăn chay – cũng muốn bắt đầu chú ý đến việc ăn cá hoặc bổ sung dầu cá. Vấn đề đặt ra là, bằng cách nào mà dầu cá có thể giúp bảo vệ chống lại bệnh tim và các cơn đột quỵ? Câu trả lời hoàn toàn không đơn giản. Dầu cá dường như đã tạo ra một ảnh hưởng đáng kể đối với hệ thống đông máu và một ảnh hưởng khiêm tốn hơn đối với cholesterol. Đáng chú ý nhất là dầu cá có khả năng làm giảm mức triglyceride. Dầu cá cũng có vẻ như hơi làm giảm huyết áp một chút.

Mặc dù sách này được viết ra về cholesterol, nhưng theo một ý nghĩa rộng hơn là nhằm duy trì được một quả tim khỏe mạnh. Vì lý do này mà tôi đã ra ngoài lề một chút khi đề cập đến ảnh hưởng của dầu cá trong việc làm đông máu, và về việc điều này có thể ảnh hưởng như thế nào đến tim. Đưa ra những thông tin khoa học chi tiết là vượt quá phạm vi của sách này, nhưng điều quan trọng phải chỉ ra là dầu cá tỏ ra ảnh hưởng đến khả năng đông máu của cơ thể chúng ta bằng nhiều cách khác nhau, bao gồm cả việc tác động đến các tiểu cầu và những yếu tố làm đông máu.

Những dân tộc ăn rất nhiều cá, chẳng hạn như người Eskimo ở Greenland, được biết là có các tiểu cầu ít có khả năng tụ lại với nhau hơn là các tiểu cầu của một người Mỹ có chế độ ăn thông thường. Các nhà khoa học suy đoán rằng, đây là một trong các lý do khiến người Eskimo có nguy cơ phát triển bệnh tim thấp. Chúng ta nhớ rằng, hầu hết các cơn đau tim đều gây ra do sự kết hợp của một mảng cholesterol tích tụ và một khối máu đông. Các tiểu cầu là những tế bào làm đông máu, bởi vậy khi làm cho chúng ít có khả năng tụ lại với nhau hơn có nghĩa là làm giảm bớt nguy cơ xảy ra một cơn đau tim.

Dầu cá cũng đã được chỉ ra là làm gia tăng mức TPA (tissue plasminogen activator) trong máu. Đây chính là chất được dùng cho những bệnh nhân khi phải đến phòng cấp cứu vì một cơn đau tim. Đây là một chất tự nhiên có tác dụng làm tan rã các cục máu đông lại. Tất cả chúng ta đều có một lượng TPA trong máu. Tuy nhiên, có vẻ như những người ăn cá nhiều có một lượng TPA lớn hơn so với những người không ăn cá.

Còn có những cuộc nghiên cứu khác nữa cho thấy rằng những người ăn cá thường xuyên có một hàm lượng các chất fibrinogen và Factor VIII thấp hơn trong máu. Hai chất này thúc đẩy quá trình đông máu.

Còn đối với cholesterol thì sao? Mặc dù dầu cá có vẻ như có một ảnh hưởng nhẹ đến mức cholesterol tổng số, và cũng có thể làm gia tăng đôi chút mức HDL cholesterol, nhưng vai trò chính của nó có lẽ là nhờ vào việc làm giảm mức triglyceride.

Mặc dù có thể đưa ra một ước tính về tác dụng của một lượng dầu cá nhất định đối với mức triglyceride của mọi người, nhưng tác dụng của một lượng dầu cá nhất định khi dùng cho bất cứ một người bệnh nào cũng đều không thể dự đoán trước. Trong một cuộc nghiên cứu có 50 người tham gia, tất cả đều có mức cholesterol cao, Adler và Holub ghi nhận rằng 3,6 gram omega-3 fattty acid dẫn đến làm giảm mức triglyceride là 37,3%. Những người tham gia cuộc nghiên cứu này cũng được thấy là gia tăng 9% mức HDL cholesterol và tăng 8,5% mức LDL cholesterol. Tác động làm tăng LDL cholesterol chỉ thấy ở một số cuộc nghiên cứu. Ở nhiều cuộc nghiên cứu khác không thấy có kết quả này.

Một trong những khó khăn để xác định kết quả của các cuộc nghiên cứu về dầu cá là, khi dầu cá được dùng để thay thế cho lượng chất béo bão hòa (saturated fat) trong chế độ ăn, mức LDL cholesterol dường như được giảm xuống. Nhưng khi dầu cá được thêm vào trong chế độ ăn và lượng chất béo

bão hòa vẫn giữ nguyên, mức LDL cholesterol vẫn giữ nguyên hoặc là hơi tăng nhẹ.

Nhìn chung, viên dầu cá có thể là hữu ích trong việc làm giảm mức triglyceride. Nó càng đặc biệt hữu ích hơn với những người có mức triglyceride cao đáng kể – khoảng hơn 500 mg/dl. Cũng cần chỉ ra rằng không phải các loại viên dầu cá đều chế tạo như nhau. Viên 1000 mg có thể chứa từ 300 mg đến 500 mg omega-3 fatty acid. Còn có loại viên 2.000 mg chứa đến khoảng 900 mg omega-3 fatty acid. Một điều quan trọng cần nhắc nữa là dầu cá có cung cấp ca-lo-ri. Nếu bạn quyết định dùng dầu cá, bạn có thể sẽ thấy sự thay đổi tích cực trong mức triglyceride của mình trong vòng 4 tuần.

Chúng tôi đề nghị bệnh nhân gia tăng dần dần liều lượng, lên đến mức tối đa là từ 5 đến 10 viên mỗi ngày. Sự gia tăng dần dần liều lượng sẽ giúp giảm bớt tác dụng phụ – ợ lên hoặc thở hơi ra nồng nặc mùi dầu cá. Uống thuốc cùng với bữa ăn cũng làm giảm bớt tác dụng phụ khó chịu này. Mức gia tăng thông thường có thể là một viên trong tuần lễ đầu tiên và sau đó mỗi tuần tăng thêm một viên cho đến khi đạt liều tối đa.

Một số bệnh nhân khi tăng đến liều 5 viên một ngày thì giữ nguyên liều trong khoảng 4 đến 6 tuần. Sau đó, mức cholesterol được kiểm tra. Liều dùng tiếp theo sẽ được điều chỉnh tùy thuộc vào mức độ tác dụng của viên dầu cá đã tạo ra đối với mức triglyceride, hoặc tùy thuộc vào các tác dụng phụ của bệnh nhân.

Một trong các bệnh nhân nữ của tôi tên là Rose, được giới thiệu đến với chúng tôi bởi vì cô ta gặp tác dụng phụ với tất cả những loại thuốc giảm cholesterol mà bác sĩ điều trị đã thử qua. Rose có mức triglyceride cao cực kỳ. Trong lần kiểm tra đầu tiên, mức cholesterol của Rose được thể hiện như sau: (Đơn vị tính là mg/dl)

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 264 < 200

Triglyceride 501 < 150

LDL cholesterol không xác định được < 130

HDL cholesterol 48 > 45

Rose là một y tá, và cô đã làm tất cả những gì hợp lý nhất có thể được: không rượu bia, rất ít đường, không dùng nước trái cây hoặc soda. Mỗi ngày cô đi bộ khoảng 4 kilomet để rèn luyện thể lực. Chính những gì cô làm được đã giảm thấp mức triglyceride trước đây là 950 mg/dl xuống đến mức hiện nay. Tuy nhiên, rõ ràng là còn cần phải tiếp tục giảm nhiều hơn nữa. Chúng tôi đã quyết định thử dùng viên dầu cá. Rose đã tăng dần liều dùng lên đến 7 viên một ngày, với kết quả sau đó là:

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 230 < 200

Triglyceride 205 < 150

LDL cholesterol 143 < 130

HDL cholesterol 46 > 45

Vào lúc này, chúng tôi rất vui mừng nhưng chưa hoàn toàn thỏa mãn. Trong lần kiểm tra đầu tiên, mức LDL cholesterol không thể xác định được, bởi vì khi mức triglyceride vượt hơn 400 mg/dl thì mức LDL rất khó xác định. Giờ đây, khi đã xác định được mức LDL cholesterol của Rose, chúng tôi thấy là nó cũng cần giảm xuống. Tôi đề nghị với Rose dùng thêm 2 muỗng canh Benecol Light mỗi ngày. Và mặc dù hơi ngần ngại, tôi cũng hỏi xem cô ta có thể tăng liều dầu cá lên 9 viên một ngày hay không. Rose đồng ý với cả hai đề nghị. Cô nói, mặc dù cô không thích dùng số viên dầu cá quá nhiều, nhưng ít ra cô cũng mừng khi cuối cùng đã tìm được một món để uống vào không bị tác dụng phụ.

Sau 8 tuần lễ, mức cholesterol của Rose đo được như sau:

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 192 < 200

Triglyceride 175 < 150

LDL cholesterol 106 < 130

HDL cholesterol 51 > 45

Chúng tôi đều thỏa mãn với kết quả này. Trong một năm qua, Rose vẫn tiếp

tục duy trì liều lượng thuốc không thay đổi. Mức triglyceride của cô biến động trong khoảng từ mức thấp nhất là 145 mg/dl cho đến mức cao nhất là 200 mg/dl. Mức cao nhất được kiểm tra thấy vào tháng 12, trong mùa Giáng sinh và đón mừng năm mới. Tôi sẽ để cho các bạn tự đoán lấy nguyên nhân.

Một lưu ý cuối cùng về trường hợp của Rose là, khi chúng tôi gặp nhau lần đầu, huyết áp của cô ta là 144/92 mmHg. Với việc dùng viên dầu cá – đã được biết là có tác dụng giảm nhẹ huyết áp –, huyết áp trung bình của Rose giờ đây là 132/80 mmHg.

Nếu bạn quyết định dùng viên dầu cá, điều quan trọng là phải thảo luận vấn đề với bác sĩ của bạn trước khi tiến hành. Như đã nói trước đây, một trong các tác dụng của dầu cá là ngăn cản sự đông máu. Điều có thể là có lợi trong một số trường hợp, nhưng đồng thời trong một số trường hợp khác nó có thể làm cho cơ thể dễ bị các vết bầm hoặc chảy máu cam, hoặc thậm chí là các biến chứng chảy máu nghiêm trọng hơn.

Việc dùng bổ sung viên dầu cá không được áp dụng cho phụ nữ đang mang thai. Tôi cũng không dùng loại thuốc này cho trẻ em.

7.

Guggulipid

Guggulipid là một loại nhựa cây, lấy từ một loại cây có tên là commiphora mukul, hay còn gọi là cây trầm mukul. Loại trầm này mọc ở Ấn Độ, thực ra là giống với một loại cây bụi hơn. Từ năm 1971, những ảnh hưởng tích cực của guggulipid – cũng gọi là gugulipid, guggul, hay guggulu – đối với mức cholesterol đã được tường thuật bởi Kapoor và các đồng nghiệp, trong các biên bản ghi lại cuộc hội thảo về những rối loạn trong chuyển hóa lipid (the Seminar on Disorders of Lipid Metabolism), được tổ chức tại New Delhi, Ấn Độ.

Các thành phần hoạt tính trong guggulipid có vẻ như là 2 loại steroit thực vật, có tên là Z-guggulsterol và E-guggulsterol. Trong một cuộc nghiên cứu lớn được tiến hành bởi Singh và các đồng nghiệp, hai loại steroit này đã cho thấy là làm gia tăng mức hấp thụ LDL cholesterol của gan. Điều này làm hạ thấp đáng kể mức LDL cholesterol trong máu. Guggulipid đã tỏ ra làm giảm được cả mức LDL cholesterol (khoảng 12%) và mức triglyceride (khoảng 15%). Một số cuộc nghiên cứu còn cho thấy guggulipid làm cải thiện được mức HDL cholesterol.

Guggulipid được sử dụng rất rộng rãi trong y thuật Ayurvedic. Y thuật Ayurvedic sử dụng các loại thuốc lấy từ thảo mộc cũng như vận dụng chế độ ăn uống, xoa bóp, tĩnh tọa và rèn luyện thể lực để trị bệnh. Ở Ấn Độ, guggulipid được bán như một loại thuốc trị bệnh, trong khi ở Hoa Kỳ nó có thể tìm mua trong các cửa hiệu bán thực phẩm dinh dưỡng. Liều dùng thông thường là 25 mg, mỗi ngày 3 lần cùng với các bữa ăn.

Hầu hết mọi người đều không gặp tác dụng phụ nào với guggulipid. Tuy nhiên, cũng có một số người cảm thấy hơi buồn nôn, tiêu chảy, và nhức đầu. Nói chung, các tác dụng phụ này sẽ qua đi khi tiếp tục dùng thuốc.

Tuy nhiên, nếu bạn quyết định dùng guggulipid, tốt nhất là nên báo cho bác sĩ điều trị biết. Cho dù những thông tin về guggulipid là rất khoa học và chắc chắn, các cuộc nghiên cứu nói chung chỉ ở quy mô nhỏ. Vẫn có khả năng guggulipid có những tác dụng phụ nào đó chưa được xác định.

Một số bệnh nhân của tôi cũng đã sử dụng guggulipid với kết quả rất tốt đẹp. Trong thực tế, một bệnh nhân của tôi là tiến sĩ Edna Katz, một nhà tâm lý học, đã giới thiệu với tôi loại thuốc này. Bản thân bà ta đã dùng nó trong gần mười năm qua mà không có tác dụng phụ nào.

Một trong các bệnh nhân của tôi là Suzanne đã được điều trị thử nghiệm bằng guggulipid. Chúng tôi đã theo dõi mức cholesterol của cô ta trong những giai đoạn có và không có sử dụng guggulipid, tổng cộng là 4 lần.

Trước hết, chúng tôi đo mức cholesterol lần thứ nhất. Sau đó, Suzanne bắt đầu dùng guggulipid trong 3 tháng, và được kiểm tra lại mức cholesterol. Tiếp theo, Suzanne ngưng không dùng guggulipid cũng trong 3 tháng, và được kiểm tra mức cholesterol. Sau đó, cô ta trở lại dùng guggulipid sau đó được kiểm tra mức cholesterol lần nữa.

Các kết quả được ghi nhận như sau: (Đơn vị tính là mg/dl)

Không dùng guggulipid

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 280 < 200

Triglyceride 78 < 150

LDL cholesterol 182 < 130

HDL cholesterol 83 > 45

Dùng guggulipid (25 mg - 3 lần/ngày)

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 244 < 200

Triglyceride 65 < 150

LDL cholesterol 137 < 130

HDL cholesterol 94 > 45

Ngưng dùng guggulipid

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 275 < 200

Triglyceride 70 < 150

LDL cholesterol 181 < 130

HDL cholesterol 80 > 45

Dùng guggulipid (25 mg - 3 lần/ngày)

và hạt lanh xay bột (2 muỗng canh/ngày)

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 208 < 200

Triglyceride 54 < 150

LDL cholesterol 117 < 130

HDL cholesterol 80 > 45

Mặc dù việc bổ sung hạt lanh trong chu kỳ điều trị cuối cùng làm cho hơi khó khăn trong việc xác định thật chính xác tác động của guggulipid, nhưng tác động của nó rõ ràng là có thật. Ngoài ra, kiểm tra chức năng gan của

Suzanne vẫn ổn định trong suốt giai đoạn thử nghiệm.

Chúng tôi đã có cả thảy 12 bệnh nhân thử nghiệm dùng guggulipid. Trong số này, có một số dùng kèm theo các chất trị liệu bổ sung khác nữa. Vì thế, tác động chính xác của guggulipid rất khó mà đo lường được. Nếu bạn quyết định dùng thử guggulipid, bạn có thể mong đợi một mức giảm LDL cholesterol ít nhất là từ 10% đến 15%, đồng thời cũng có giảm mức triglyceride nữa. Tuy nhiên, vẫn phải nhớ tham khảo ý kiến bác sĩ trước khi bắt đầu dùng bất cứ một loại thuốc thảo mộc nào.

8.

Xét lại việc dùng tỏi và lecithin

Các báo cáo trong một số tài liệu y khoa từ 25 năm qua đã cho rằng việc ăn củ tỏi có thể có ảnh hưởng làm giảm cholesterol. Những cuộc nghiên cứu này thường thấy rằng có một mức giảm cholesterol nhiều đến 15% với các dạng và liều dùng khác nhau của tỏi. Dựa vào những cuộc nghiên cứu này – mà tôi phải nói là thường có quy mô nhỏ cũng như không được tổ chức tốt – tôi vẫn thường đề nghị bệnh nhân của mình dùng tỏi. Tôi nghĩ rằng tỏi có lẽ cũng có lợi và chắc chắn là không có các tác dụng phụ – trừ ra việc hơi thở có mùi hôi.

Năm 1998, hai cuộc nghiên cứu được công bố nối tiếp nhau chỉ trong một tuần đã làm tôi thay đổi quan điểm. Bác sĩ Jonathan Isaacsohn, bác sĩ Marvin Moser và bác sĩ Evan Stein tường thuật lại cuộc nghiên cứu thứ nhất trên tờ Archives of Internal Medicine. Cuộc nghiên cứu này được tổ chức rất tốt. Có 50 người tham gia, tất cả đều có mức cholesterol cao. Hai mươi tám người được cho dùng một chế phẩm của tỏi có tên là Kwai, với liều dùng 300 mg, mỗi ngày 3 lần. Hai mươi hai người còn lại được uống một loại thuốc giả có dạng tương tự như Kwai nhưng thật ra không có chứa hoạt chất nào trong đó cả. Mức cholesterol được kiểm tra vào đầu cuộc nghiên cứu, và được xác định lại sau 12 tuần lễ điều trị. Trong cả hai nhóm, không có sự thay đổi nào về mức cholesterol cả.

Một tuần sau đó, Berthod và các đồng nghiệp công bố những kết quả nghiên cứu tương tự trên tờ Journal of the American Medical Association (JAMA). Cuộc thử nghiệm này có quy mô nhỏ hơn – với 25 người tham gia, và dùng một dạng chế phẩm khác hơn – dầu tỏi. Liều dùng là 5 mg, mỗi ngày 2 lần, trong 12 tuần lễ. Tất cả những người tham gia cũng đều có mức cholesterol cao.

Các bệnh nhân được chia làm 2 nhóm, một nhóm được dùng dầu tỏi trong 12 tuần, và nhóm kia uống một loại thuốc giả có dạng tương tự – nghĩa là xem như không uống gì cả. Sau đó, tất cả bệnh nhân được ngưng thuốc trong 4 tuần, rồi thay đổi vị trí cho nhau – nhóm dùng thuốc giả giờ đây dùng thuốc thật, và ngược lại, trong 12 tuần lễ. Mức cholesterol được kiểm tra vào đầu cuộc nghiên cứu và sau mỗi giai đoạn thay đổi. Không có bất cứ sự thay đổi nào được ghi nhận do dùng tỏi.

Những cuộc nghiên cứu được tổ chức tốt này chắc chắn là đã tạo ra một sự ngờ vực về giả thuyết tỏi làm giảm cholesterol. Một số người đã chỉ trích những cuộc nghiên cứu này, nói rằng chỉ có tỏi tươi mới có tác dụng làm giảm cholesterol.

Rất gần đây, vào tháng 9 năm 2000, Clare Stevinson công bố một kết quả phân tích tổng hợp tất cả những cuộc nghiên cứu về tỏi trên tờ Annals of Internal Medicine. Sự phân tích này đi đến kết luận là dùng tỏi có thể có một phần tác dụng làm giảm cholesterol khi so với không dùng gì cả, nhưng hiệu quả chênh lệch này là rất nhỏ.

Chắc hẳn là tỏi có thể mang lại những ích lợi khác cho sức khỏe, nhưng theo tôi thì chỉ nên ăn tỏi nếu bạn thích mùi vị của nó, đừng xem như đó là một phương thức để làm giảm cholesterol.

Khi các bệnh nhân đến với tôi lần đầu tiên, thường thì họ đã sử dụng qua rất nhiều các phương thức dinh dưỡng trị liệu bổ sung. Một trong những món được sử dụng nhiều là lecithin.

Hầu hết các bệnh nhân của tôi nói rằng họ dùng lecithin vì nghe nói nó có tác dụng chuyển hóa chất béo, và do đó mà sẽ làm giảm mức cholesterol. Họ giải thích rằng, lecithin sẽ làm tan mỡ và cholesterol trong máu của họ, khiến cho những chất này trở nên vô hại.

Có lẽ, nếu như lecithin có thể vào được trong máu thì điều này có khả năng xảy ra. Nhưng thực tế là lượng lecithin được đưa vào qua đường miệng sẽ bị phân hủy hoàn toàn trong dạ dày và không bao giờ vào được trong máu.

Cho dù lecithin cũng không đắt tiền lắm, nhưng hẳn đó không phải là cách hợp lý để bạn tiêu tiền. Chắc chắn là tôi không bao giờ đề nghị dùng lecithin như một chất để làm giảm cholesterol.

RÈN LUYỆN THỂ LỰC

1.

Một chương trình rèn luyện thể lực

Tại Trung tâm điều trị cholesterol, chúng tôi xem việc rèn luyện thể lực là thiết yếu. Hầu hết những người đến với chúng tôi không chỉ cần làm giảm mức cholesterol không thôi, họ cũng cần được giảm cân nữa. Theo kinh nghiệm của tôi, bất cứ ai cũng có thể làm giảm cân và giảm cholesterol thông qua một chế độ ăn uống thích hợp. Tuy nhiên, nếu muốn duy trì thể trọng và mức cholesterol thấp đã đạt được thì việc rèn luyện thể lực là thiết yếu.

Bạn có thể sẽ tự hỏi mình: "Rèn luyện đến mức nào là đủ?" Nếu mục đích bạn nhắm đến là làm giảm cân và giảm cholesterol, bạn thực sự nên vạch ra một kế hoạch rèn luyện hàng ngày. Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ đề nghị tất cả mọi người Mỹ nên rèn luyện mỗi tuần sao cho có thể tiêu thụ đi 2.000 ca-lo-ri. Khuyến cáo này là tương đương với việc đi bộ khoảng 5 kilomet mỗi ngày. Tuy nhiên, mặc dù mục tiêu đặt ra là như thế, thực tế thì bất cứ sự rèn luyện nào – dù không đến mức đó – cũng đều tốt hơn là không có. Điều quan trọng cần phải nhớ là mọi việc không thể đạt đến chỉ trong một sớm một chiều. Đừng mong đợi việc có thể từ một người "ăn xong lại nằm" tức khắc trở thành người đi bộ được 5 kilomet mỗi ngày. Một chương trình cụ thể được vạch ra về cuối mục này sẽ giúp bạn nỗ lực đạt đến mục tiêu "đi bộ 5 kilomet mỗi ngày".

Nếu như bạn có thể trọng vừa phải và không cần phải giảm cân, nhưng dù vậy lại có một mức cholesterol cao. Bạn có thể muốn biết mức thời gian tối thiểu cần phải luyện tập để có lợi về tim mạch và giảm được mức cholesterol. Câu trả lời ngắn gọn là ba ngày trong một tuần, mỗi ngày một lần tập chừng 30 phút – với cường độ về sau càng căng thẳng hơn. Tuy nhiên, ngay cả khi bạn không cần giảm cân thì bạn vẫn có thể đạt được một mức giảm cholesterol tốt hơn nếu bạn luyện tập hàng ngày.

Trước khi bắt đầu bất cứ một chương trình luyện tập nào, bạn nhất thiết phải tham khảo ý kiến bác sĩ điều trị của mình. Bác sĩ điều trị biết rõ về thể trạng của bạn, và có thể sẽ thực hiện việc kiểm tra chức năng cơ bắp để quyết định xem việc luyện tập có thích hợp với bạn hay không, đồng thời đưa ra các chỉ dẫn cần thiết.

Bằng trực giác, tất cả chúng ta đều biết rằng việc rèn luyện thể lực – với hình thức thông thường nhất là tập thể dục – là một phần quan trọng trong nếp sống khỏe mạnh. Hầu hết mọi người đều biết qua cảm giác khi việc tập luyện không phải nhàm chán mà là một niềm vui thích. Thật khó mà hiểu hết được điều gì đã làm cho các em học sinh thích thú chạy quanh sân trường chơi trò đuổi bắt, hay chơi bóng rổ suốt hàng giờ liền không nghỉ. Đối với hầu hết mọi người, sự thay đổi diễn ra ngấm ngầm. Các hoạt động thể lực bắt đầu ở những năm trung học. Nếu một em học sinh nam hay nữ không tham gia vào các hoạt động có tổ chức của nhà trường hay địa phương, hoạt động hàng ngày của các em nói chung cũng sẽ diễn ra bên lề đường.

Những người chơi thể thao ở nhà trường nói chung thường từ bỏ sau khi tốt nghiệp. Sự thật là một người Mỹ trung bình tăng cân khoảng 0,5 kilogram trong vòng một năm sau khi rời ghế nhà trường, và điều này có liên quan trực tiếp đến một nếp sống ít hoạt động hơn. Sự giảm bớt mức tiêu thụ năng lượng và việc tăng cân, mỗi yếu tố đều góp phần riêng rẽ vào mức tăng cholesterol theo tuổi tác, vốn rất thường thấy trong các xã hội công nghiệp hóa.

Ở các quốc gia mà cuộc sống đòi hỏi rất nhiều hoạt động thể lực hàng ngày, người ta không gặp phải sự gia tăng đáng kể mức cholesterol như ở Hoa Kỳ. Do đó, hoàn toàn hợp lý khi suy đoán ra rằng một sự gia tăng các hoạt động thể lực sẽ có thể làm giảm thấp mức cholesterol.

Bạn có thể sẽ thắc mắc về mức độ cải thiện có thể có đối với lượng cholesterol trong máu khi bạn thực hiện một chương trình rèn luyện thể lực. Sự rèn luyện ảnh hưởng rất lớn đến mức HDL cholesterol và triglyceride, trong khi mức LDL cholesterol có thể được cải thiện với những mức độ luyện tập rất căng, và ảnh hưởng nói chung không lớn lắm.

Bạn cũng có thể đã đoán ra điều này – mức cholesterol của một người vào thời điểm bắt đầu chương trình rèn luyện thể lực có ảnh hưởng đến mức độ thay đổi có thể có sau đó. Chúng ta sẽ xem xét một vài số liệu thu thập được ở Viện Tim mạch Ochsner, New Orleans và bệnh viện đa khoa Massachusetts, Boston. Các bác sĩ Carl Lavie và Richard Milani đã khảo sát tác động của một chương trình rèn luyện thể lực kéo dài 12 tuần trên 591 bệnh nhân có bệnh tim mạch. Các bệnh nhân được hướng dẫn luyện tập trong một giờ – gồm 10 phút khởi động, 40 phút luyện tập chính, và 10 phút giảm nhẹ trước khi dừng nghỉ. Mỗi tuần 3 lần tập dưới chế độ giám sát chặt chẽ. Mức độ rèn luyện được hướng dẫn thích hợp cho riêng từng bệnh nhân, sao cho nhịp tim của họ là vào khoảng 75% đến 85% nhịp tim tối đa. Khái

niệm “nhịp tim tối đa” sẽ được giải thích ở một phần sau. Các bệnh nhân cũng được khuyến khích tự luyện tập – không có giám sát – ít nhất là mỗi tuần một lần, nhưng tốt nhất là ba lần. Mức cholesterol được kiểm tra ở đầu cuộc nghiên cứu và vào thời điểm kết thúc 12 tuần luyện tập.

Những thay đổi về cholesterol phụ thuộc rất nhiều vào mức cholesterol vào thời điểm bắt đầu luyện tập. Cuộc nghiên cứu này đã tường thuật cụ thể về 243 người – trong số 591 người tham gia – có mức HDL cholesterol thấp, được xác định trong cuộc nghiên cứu này là thấp hơn hoặc bằng 35 mg/dl. Kết quả rèn luyện ở nhóm bệnh nhân này làm tăng 12% mức HDL cholesterol, giảm 14% mức LDL triglyceride, nhưng chỉ giảm có 1% mức LDL cholesterol.

Để làm rõ vấn đề hơn, các tác giả nghiên cứu đã quyết định quan sát sự thay đổi đối với những người có mức HDL cholesterol thấp (thấp hơn hoặc bằng 35 mg/dl) và mức triglyceride bình thường, được xác định là dưới 150 mg/dl. Trong nhóm này, mức HDL cholesterol tăng được 9%, triglyceride tăng 4% và mức LDL cholesterol giảm 3%.

Mặt khác, những bệnh nhân có mức HDL cholesterol thấp (thấp hơn hoặc bằng 35 mg/dl) và mức triglyceride cao trên 250 mg/dl có thể tăng đến 11% mức HDL cholesterol, giảm 22% mức triglyceride, và tăng 9% mức LDL cholesterol.

Tóm lại, với những người có mức HDL cholesterol thấp, sự rèn luyện thể lực có thể giúp họ làm gia tăng loại cholesterol này lên đến khoảng 10%. Mức gia tăng tương tự cũng được nhận thấy ở những người có mức HDL bình thường – khoảng trên 45 mg/dl.

Về mức triglyceride, các số liệu cho thấy rất rõ ràng: những người có mức triglyceride cao có thể đạt được sự cải thiện rất lớn nếu luyện tập thật căng – giảm từ 20% đến 25%.

Hiệu quả làm giảm mức LDL cholesterol của việc rèn luyện thể lực là rất giới hạn, chỉ từ 2% đến 3%. Tuy nhiên, nếu việc rèn luyện thể lực làm giảm cân thì lại là chuyện khác – điều này có thể dẫn đến kết quả làm giảm từ 10% đến 15% mức LDL cholesterol. Trong trường hợp này là một tác động gián tiếp, vì chính việc giảm cân đã làm thay đổi mức cholesterol, không phải việc rèn luyện thể lực. Nhưng chỉ nhìn ở mặt hiệu quả thực tế thì sự phân biệt này rõ ràng là không thực sự cần thiết. Bởi vì điều quan trọng nhất là sự cải thiện về mức cholesterol đã đạt được.

Khi bạn muốn bắt đầu thực hiện một chương trình rèn luyện thể lực, cần phải chú ý đến 3 điều: mức độ thường xuyên, cường độ luyện tập, và thời gian luyện tập.

Mức độ thường xuyên Trong phần trước, chúng ta đã xem xét mức độ thường xuyên mà một người cần phải luyện tập. Nói cho cùng, sự luyện tập thường xuyên đến mức độ nào là phụ thuộc vào mục tiêu đề ra của bạn. Nếu trước đây bạn chưa từng luyện tập, điều quan trọng là phải bắt đầu một cách chầm chậm thôi. Ngay cả khi mục đích của bạn là để giảm cân, việc bắt đầu với 3 lần tập mỗi tuần cũng đủ để giúp bạn đạt đến một tình trạng thể lực khỏe mạnh, và tránh được sự quá sức. Nếu bạn muốn giảm cân, bạn cần phải gia tăng dần dần cho đến mức độ mỗi tuần 6 lần – nhưng tốt hơn nữa là 7 lần – trong một tuần.

Cường độ luyện tập Để đạt được hiệu quả tốt nhất của việc rèn luyện, điều quan trọng là bạn phải biết luyện tập với một cường độ vừa phải, thích hợp với chính bản thân bạn. Cường độ luyện tập thật ra chính là mức độ căng thẳng trong luyện tập mà bạn thúc đẩy chính mình. Tất nhiên là bạn muốn nỗ lực tích cực đủ để có thể đạt được hiệu quả rèn luyện, để có thể chuyển hóa mỡ thừa thành cơ bắp, nhưng bạn không thể cố gắng quá đến mức làm cho cơ thể không thở nổi.

Làm sao bạn có thể biết một cường độ luyện tập như thế nào đó là vừa phải, thích hợp? Một trong các phương pháp là kiểm tra mạch và xác định số lần mạch nhảy theo với yêu cầu. Bạn có thể kiểm tra mạch ở nhiều vị trí khác nhau như ở cổ, cổ tay, phía sau gối, trên bàn chân... Số lần mạch nhảy chính là nhịp tim đập của bạn. Mỗi một nhịp đập của tim tạo ra một lần mạch nhảy mà bạn có thể dễ dàng cảm thấy và đếm được. Một trong những nơi dễ kiểm tra mạch nhất là cổ tay của bạn. Đặt ngón trỏ và ngón giữa tay này lên bên trong cổ tay kia của bạn, bạn sẽ cảm thấy được mạch nhảy. Đếm số lần mạch nhảy trong 10 giây rồi nhân cho 6 để có số lần mạch nhảy trong một phút. Đây cũng chính là số nhịp tim đập trong một phút, là chỉ số cho thấy cường độ luyện tập của bạn thực sự căng đến mức nào. Đưa ra yêu cầu về nhịp tim là một phương pháp thông dụng nhất để xác định cường độ luyện tập thích hợp.

Trước hết, bạn cần tính toán nhịp đập tối đa của tim qua công thức sau đây:

220 – số tuổi = số nhịp đập tối đa của tim

Ví dụ như, một người 50 tuổi, nam cũng như nữ, có số nhịp đập tối đa của

tim là:

220 – 50 = 170 lần/phút

Để có thể làm giảm mức cholesterol và đạt được sự cân đối khỏe mạnh cho cơ thể, bạn không cần phải luyện tập đến mức tối đa này. Trong thực tế, đây có thể là một điều không tốt, nhất là khi bạn vừa mới bắt đầu một chương trình luyện tập. Các cuộc nghiên cứu đã chỉ ra rằng, cường độ luyện tập sao cho nhịp tim đạt trong khoảng từ 50% đến 85% nhịp đập tối đa là đủ để tạo ra những hiệu quả tốt đẹp. Ví dụ dưới đây tính toán để xác định nhịp tim đập thích hợp cho một người 50 tuổi khi luyện tập:

170 x 0.50 = 85 lần/phút

170 x 0.85 = 145 lần/phút

Như vậy, mức độ luyện tập thích hợp là sao cho nhịp tim đập nằm trong khoảng từ 85 lần cho đến 145 lần trong một phút.

Bảng sau đây giúp bạn xác định mức độ thích hợp của nhịp tim khi luyện tập và số lần mạch nhảy trong 10 giây. Độ tuổi Nhịp tim tối đa trong một phút Nhịp tim yêu cầu trong một phút Số lần mạch nhảy trong 10 giây 20 200 100 - 170 17 - 28 25 195 98 - 166 17 - 28 30 190 95 - 162 16 - 27 35 185 92 - 157 16 - 27 40 180 90 - 153 15 - 26 45 175 88 - 149 15 - 26 50 170 85 - 145 14 - 25 55 165 82 - 140 14 - 25 60 160 80 - 136 13 - 24 65 155 78 -131 13 - 24 70 150 75 - 128 12 - 23 75 145 72 - 123 12 - 23 80 140 70 - 119 11 - 22

Một số người gặp khó khăn trong việc đếm số lần mạch nhảy. Điều này không có nghĩa là họ không nên rèn luyện, hoặc nếu như có rèn luyện, họ không thể xác định được cường độ luyện tập của mình. Cho đến nay, kiểm tra qua việc nói chuyện là phương pháp dễ dàng nhất, và cũng khá chính xác, để xác định mức độ luyện tập thích hợp của một người. Cách tiến hành rất đơn giản. Trong khi luyện tập, bạn xác định là mình có thể chuyện trò bình thường với một người khác mà không thấy hụt hơi hoặc phải thở gấp. Điều đó cho thấy bạn không luyện tập quá căng. Mặt khác, mức độ cố gắng của bạn phải đủ để bạn không thể đưa ra một bài diễn văn dài lượt thượt. Nếu như bạn làm được điều đó, bạn cần phải luyện tập căng hơn chút nữa.

Thời gian luyện tập Vấn đề thời gian đã được đề cập đến một phần trước đây. Tất nhiên là bạn muốn dành đủ thời gian luyện tập sao cho có thể đạt được sự khỏ mạnh về tim mạch và cải thiện được mức cholesterol. Thời gian tối thiểu là 30 phút cho mỗi lần luyện tập và 3 lần luyện tập trong một tuần

lễ, không bao gồm thời gian khởi động và thời gian giảm nhẹ trước khi dừng nghỉ. Tuy nhiên, với hầu hết các bệnh nhân của tôi, với hy vọng có thể làm giảm cân, ba lần tập trong một tuần là không đủ. Nếu bạn muốn giảm cân, nói chung bạn phải luyện tập từ 45 phút đến một giờ mỗi ngày với những hình thức luyện tập nhẹ như đi bộ, và khoảng 30 phút mỗi ngày nếu bạn chọn các hình thức luyện tập căng hơn như leo cầu thang, chạy tại chỗ, chạy đường dài...

Một số người, vì thiếu thời gian hoặc gặp khó khăn trong việc luyện tập suốt 45 phút hay một giờ, đã hỏi tôi xem có thể chia nhỏ buổi tập ra thành nhiều lần trong ngày hay không. Ngày càng có nhiều chứng cứ hơn cho thấy rằng nhiều lần tập với thời gian ngắn trong một ngày cũng mang lại những kết quả tương tự như một lần tập với thời gian dài. Điều này cho phép một người có thể bắt đầu chương trình luyện tập của mình với nhiều buổi tập ngắn trong ngày và đạt được những tiến triển không thua kém so với những người luyện tập thời gian dài hơn nhưng số lần ít hơn.

Khi bạn đã sẵn sàng để bắt đầu một chương trình rèn luyện thể lực, điều quan trọng là phải vạch ra một kế hoạch. Nhưng phải nhớ rằng, không có điều gì là tuyệt đối cứng nhắc. American College of Sports Medicine (ACSM) đã vạch ra ba giai đoạn cho một chương trình rèn luyện thể lực. Đó là giai đoạn khởi đầu, giai đoạn hoàn thiện, và giai đoạn cuối cùng, hay giai đoạn duy trì, có nghĩa là nó có thể kéo dài cho đến cuối cuộc đời.

ACSM cũng đưa ra các hướng dẫn về mức độ tiến triển có thể được mong đợi. Nên nhớ rằng, đây chỉ là những hướng dẫn thôi. Nói chung, giai đoạn khởi đầu nên kéo dài trong khoảng từ 4 cho đến 6 tuần lễ. Giai đoạn hoàn thiện có thể kéo dài một thời gian bất kỳ trong khoảng từ 12 tuần cho đến 24 tuần. Và giai đoạn duy trì sẽ kéo dài cho đến cuối đời.

Nhiều người tiếp tục trở nên khỏe mạnh hơn ngay cả trong giai đoạn duy trì, và chính là trong giai đoạn này mà họ có thể thử qua những phương thức rèn luyện khác nữa.

Khi bạn thực sự bắt đầu và tiến dần qua các giai đoạn, nên nhớ rằng mức độ là tiến triển khác nhau giữa người này và người khác. Một số người thấy nhàm chán trong giai đoạn khởi đầu và muốn nhanh chóng chuyển sang giai đoạn hoàn thiện ngay trong khoảng 2 tuần, trong khi một số người khác có thể tiếp tục duy trì giai đoạn khởi đầu trong khoảng từ 12 cho đến 16 tuần. Không có phương pháp nào sai cả. Nói cho cùng, bạn hiểu rõ về cơ thể của bạn nhất.

Tôi chỉ nhắc nhở bạn một điều quan trọng là phải thảo luận với bác sĩ của mình về bất cứ chương trình rèn luyện nào cùng với những kế hoạch tiến hành của bạn.

2.

Khởi động cơ thể

Trong suốt giai đoạn khởi đầu của một chương trình rèn luyện thể lực, có hai điều là quan trọng nhất: kiên định và kiên nhẫn. Bạn sẽ không đạt được kết quả nếu như chỉ luyện tập mỗi tuần một lần. Ngược lại, nếu bạn lao vào luyện tập 7 ngày trong một tuần, với mỗi lần tập là một giờ, bạn có thể sẽ bị thương tổn vì quá sức.

Một gợi ý vừa phải trong giai đoạn này là bạn nên tập từ 3 đến 5 lần một tuần, với cường độ luyện tập sao cho nhịp tim đập vào khoảng từ 50% đến 60% mức tối đa. Trong 2 tuần lễ đầu tiên, mỗi buổi tập nên kéo dài 15 phút. Hai tuần tiếp theo, tăng lên từ 15 đến 18 phút. Hai tuần sau nữa tăng lên từ 18 đến 20 phút.

Nếu mục tiêu của bạn là phải giảm cân, bạn nên đạt được số lần tập là 5 lần một tuần. Nếu chỉ là để giảm cholesterol, thì mức độ 3 lần một tuần với 20 phút cho mỗi lần tập là vừa phải trong giai đoạn này.

Bảng sau đây tính toán nhịp tim đập thích hợp trong giai đoạn khởi đầu một chương trình luyện tập thể lực: Độ tuổi Nhịp tim yêu cầu (50% - 60% nhịp tim tối đa) Số lần mạch nhảy trong 10 giây 20 100 - 120 17 - 20 25 98 - 117 17 - 20 30 95 - 114 16 - 19 35 92 - 111 16 - 19 40 90 - 108 15 - 18 45 88 - 105 15 - 18 50 85 - 102 14 - 17 55 82 - 99 14 - 17 60 80 - 96 13 - 16 65 78 -93 13 - 16 70 75 - 90 12 - 15 75 72 - 87 12 - 15 80 70 - 84 11 - 14 85 68 - 81 11 - 14 3.

Giai đoạn hoàn thiện

Qua giai đoạn khởi đầu, bạn đã sẵn sàng để bước vào giai đoạn hoàn thiện. Trung bình, giai đoạn này kéo dài trong khoảng từ 12 tuần đến 24 tuần. Chính bạn là người phải quyết định khoảng thời gian đó. Bảng dưới đây đưa ra những đề nghị gợi ý của tôi, với giả định là bạn đã qua 6 tuần trong giai đoạn khởi đầu: Tuần lễ Số lần luyện tập trong một tuần Nhịp tim yêu cầu so với nhịp tối đa (%) Thời gian mỗi lần tập (phút) 7 - 10 4 - 5 60 - 70 20 11 - 14 4 - 5 70 - 80 25 15 - 20 5 - 6 70 - 85 30 21 - 25 6 - 7 70 - 85 45 - 60

Trong giai đoạn hoàn thiện, việc quyết định mục tiêu rèn luyện là hoàn toàn tùy thuộc nơi chính bạn. Nếu việc giảm cân là quan trọng đối với bạn, tôi đề nghị tăng dần mức độ thường xuyên lên đến 6 hay 7 lần một tuần. Nếu việc làm giảm mức cholesterol là mối quan tâm duy nhất của bạn, bạn có thể tiếp tục luyện tập 3 lần một tuần trong suốt giai đoạn này. Tuy nhiên, bạn sẽ có nhiều khả năng làm giảm mạnh hơn mức cholesterol nếu như bạn cố gắng luyện tập được 6 hay 7 lần một tuần. Về cường độ luyện tập, hãy chú ý đến những tín hiệu từ chính cơ thể của bạn. Hoàn toàn có thể chấp nhận được nếu như tiếp tục luyện tập với nhịp tim từ 50% đến 60% nhịp tối đa trong suốt giai đoạn này – nghĩa là giữ nguyên như giai đoạn khởi đầu. Cuối cùng, hầu như tất cả mọi người đều nên cố gắng đạt đến một thời gian là 30 phút luyện tập trong ngày. Điều này không nhất thiết phải thực hiện một lần – cũng có thể là 2 buổi tập 15 phút, hoặc 3 buổi tập 10 phút. Trong trường hợp nhắm đến mục tiêu làm giảm cân, thời gian tập cần phải tăng lên từ 45 đến 60 phút mỗi ngày. Bảng sau đây tính toán nhịp tim yêu cầu trong khi tập luyện trong giai đoạn hoàn thiện này. Độ tuổi Nhịp tim yêu cầu (60% - 85% nhịp tim tối đa) Số lần mạch nhảy trong 10 giây 20 120 - 170 20 - 28 25 117 - 166 20 - 28 30 114 - 162 19 - 27 35 111 - 157 19 - 27 40 108 - 153 18 - 26 45 105 - 149 18 - 26 50 102 - 145 17 - 25 55 99 - 140 17 - 25 60 96 - 136 16 - 24 65 93 - 131 16 - 24 70 90 - 128 15 - 23 75 87 - 123 15 - 23 80 84 - 119 14 - 22 85 81 - 115 14 - 22

4.

Duy trì thành quả đạt được

Giai đoạn duy trì đòi hỏi một sự bền bỉ, quyết tâm. Bạn đã đạt được những kỹ năng cần thiết để duy trì một chương trình rèn luyện thể lực cho suốt cuộc đời. Giờ đây, thách thức đối với bạn là giữ trọn được những gì đã định làm.

Một số người thấy rằng cùng luyện tập chung với một người bạn có thể giúp duy trì được nhiệt tình. Những người khác tự đặt ra cho mình một phần thưởng nếu như vượt qua một tháng với những thành quả nhất định nào đó. Lập một biểu đồ số đường dài đã đi bộ cũng là điều thú vị. Một người bạn của tôi đặt ra mục tiêu đi bộ 1.600 kilomet trong một năm. Bà ta tìm trên bản đồ xem bà sẽ đi được đến đâu nếu như 1.600 kilomet đó là kéo dài về phía nam của ngôi nhà bà đang ở. Và bà ta tưởng tượng như mình đang đi dần đến đó. Mỗi tuần bà đều đánh dấu đoạn đường dài đi được lên một bản đồ. Đến cuối năm, khi mục tiêu thực sự đạt được, bà và chồng bà cùng mua vé máy bay đến đó để nghỉ hè. Và thật hết sức thú vị khi bà kể cho những người ở đó – St. Augustine, Florida – nghe câu chuyện của mình.

Nói chung, trong giai đoạn duy trì, bạn nên có kế hoạch luyện tập 6 đến 7 lần một tuần, với mức luyện tập sao cho nhịp tim đạt từ 70% đến 85% nhịp đập tối đa. Mỗi buổi tập nên kéo dài khoảng 60 phút. Tuy nhiên, bạn có thể điều chỉnh các mức độ này sao cho phù hợp với điều kiện của chính mình.

5.

Khởi động và giảm dần trước khi dừng

Nếu bạn muốn duy trì được chương trình rèn luyện thể lực của mình lâu dài, điều quan trọng là phải thực hiện các bước để tránh được những thương tổn cho cơ thể. Dành thời gian khởi động trước buổi tập và giảm nhẹ dần cường độ luyện tập trước khi dừng hẳn là hai vấn đề rất quan trọng trong chương trình luyện tập của bạn. Đối với những người muốn bắt tay ngay vào việc luyện tập thì những việc này nghe có vẻ như chán ngắt. Nhưng tôi đảm bảo với bạn là chúng mang tính chất thiết yếu.

Thời gian khởi động là khoảng từ 5 đến 10 phút được dùng để vươn duỗi cơ bắp hoặc thực hiện các động tác luyện tập mà bạn đã chọn với một cường độ rất nhẹ. Nói chung tôi thường đề nghị đi bộ chầm chậm một đoạn. Giai đoạn khởi động này giúp cơ thể của bạn đạt đến nhịp tim yêu cầu của buổi luyện tập một cách an toàn và thoải mái.

Giai đoạn giảm nhẹ cường độ luyện tập trước khi kết thúc buổi tập giúp cho nhịp tim của bạn chậm lại dần dần. Bạn nên giảm nhẹ sao cho nhịp tim chậm lại bằng với nhịp tim bình thường trước buổi tập. Làm chậm nhịp tim dần dần giúp ngăn không cho máu tụ lại ở hai chân, giảm mạnh nguy cơ bị ngất xỉu hay chóng mặt. Vươn duỗi cơ bắp trong giai đoạn "làm nguội" này cũng là một ý hay.

Cần nhớ rằng thời gian khởi động và giảm nhẹ trước khi dừng không được tính vào thời gian luyện tập. Nếu bạn dự định mỗi buổi tập là 60 phút, thời gian trước và sau buổi tập cần được cộng thêm vào khoảng từ 10 đến 20 phút.

6.

Hãy kiên nhẫn với chính mình

Khi bạn bước vào một chương trình rèn luyện thể lực, điều quan trọng là phải kiên nhẫn với chính mình. Có thể là trước đây bạn chưa từng thích thú với việc rèn luyện thể lực, nhưng nếu bạn dành cho chính mình khoảng 8

tuần lễ để bước vào giai đoạn luyện tập hoàn thiện, bạn sẽ thấy rằng cơ thể của bạn có thể làm được nhiều hơn là bạn tưởng. Bạn sẽ tự hào về những thành quả đã đạt được. Dù muốn hay không, bạn cũng sẽ dần dần thấy thích thú với việc luyện tập của mình.

Ngay cả khi cho dù bạn chưa đạt đến sự yêu thích việc luyện tập, cũng cần phải hiểu rằng đó là một việc cần thiết cho sức khỏe và bạn đã tự nguyện thực hiện. Một trong các bệnh nhân của tôi thú thật là qua một năm luyện tập đều đặn, ông ta vẫn không thấy say mê việc rèn luyện như nhiều người khác. Tuy nhiên, ông quyết định thực hiện bài tập luyện hàng ngày vào sáng sớm, trước khi làm bất cứ việc gì khác, để có thể khởi sự một ngày mới với tâm trạng vui vẻ và hài lòng vì đã hoàn tất việc tập luyện của mình trong ngày.

Tôi hy vọng là cũng giống như đa số những người khác, việc rèn luyện thể lực sẽ là một việc làm tạo nhiều sự thích thú cho bạn. Nhưng cho dù là bạn luyện tập với tâm trạng như thế nào thì việc luyện tập vẫn là thiết yếu cho tim mạch. Nó cũng chắc chắn tác động tích cực đến mức cholesterol – nhất là HDL cholesterol và triglyceride. Mức độ tác động đến cholesterol thường phụ thuộc phần lớn vào sự giảm cân nhờ rèn luyện thể lực.

Tại sao không khởi sự ngay từ hôm nay? Tất cả những gì bạn cần chỉ là một đôi giày chạy bộ thật tốt. Chỉ với bấy nhiêu thôi, bạn có thể bắt đầu ngay cuộc hành trình đi về hướng một sức khỏe tốt đẹp hơn.

BỎ HÚT THUỐC LÁ

1.

Thuốc lá và cholesterol

Việc hút thuốc lá có một tác động xấu đến mức cholesterol của một người. Nó làm giảm mạnh mức HDL cholesterol. Trong một cuộc nghiên cứu mang tên Framingham Offspring, Garrison và các đồng nghiệp đã nhận thấy ở phụ nữ việc hút thuốc lá làm giảm mức HDL cholesterol đến khoảng 6 mg/dl. Ở nam giới, người hút thuốc lá có mức HDL cholesterol giảm thấp hơn những người không hút thuốc đến 4 mg/dl.

Nếu bạn không thấy ấn tượng với những con số vừa đưa ra về mức giảm thấp của HDL cholesterol, hãy cân nhắc những điều này: Với mỗi 1 mg/dl gia tăng trong mức HDL cholesterol sẽ làm giảm tương ứng nguy cơ bệnh tim mạch là 2% ở nam giới và 3% ở phụ nữ. Nếu một phụ nữ trung bình gia tăng được mức HDL cholesterol lên 6 mg/dl khi bỏ thuốc lá, bà ta sẽ giảm thấp được 18% nguy cơ bệnh tim mạch. Đối với nam giới, việc bỏ hút thuốc lá có thể làm tăng mức HDL cholesterol lên đến 4 mg/dl, và do đó làm giảm nguy cơ bệnh tim mạch là 8%. Tuy nhiên, việc bỏ thuốc lá còn có nhiều tác dụng tích cực khác nữa, nên nguy cơ bệnh tim mạch trong thực tế sẽ giảm đi nhiều hơn là mức 18% hay 8% như vừa nói. Khi nói đến nguy cơ bệnh tim mạch ở đây, tôi muốn chỉ các trường hợp như lên cơn đau tim, phẫu thuật nghẽn mạch máu, tạo hình mạch...

So với những người không hút thuốc lá, người hút thuốc lá có nhiều phân tử LDL cholesterol bị ô-xy hóa hơn. Ô-xy hóa là gì, và nó ảnh hưởng như thế nào đến LDL cholesterol? Khi một phân tử LDL cholesterol trải qua quá trình bị ô-xy hóa, nó bị thay đổi về mặt cấu trúc hóa học. Một khi đã bị ô-xy hóa, phân tử LDL cholesterol trở nên nhỏ hơn, điều thường được xem là tốt hơn. Tuy nhiên, các phân tử LDL cholesterol nhỏ hơn này rất dễ dàng đi vào các thành động mạch và bám trụ nơi đó. Chính các phân tử này là thành phần chủ yếu của các mảng cholesterol, có thể làm nghẽn mạch máu và dẫn đến một cơn đau tim.

Chỉ trong vòng 2 tuần sau khi bỏ thuốc lá, mức HDL cholesterol có thể được cải thiện. Các phân tử LDL cholesterol ít có khả năng bị ô-xy hóa. Trong vòng 6 tháng, mức HDL cholesterol trở lại bình thường như trước kia – khi chưa hút thuốc lá, và các phân tử LDL cholesterol không còn bị ô-xy hóa nữa.

Cholesterol không phải là đối tượng duy nhất chịu ảnh hưởng của việc hút thuốc lá. Mỗi khi đốt lên một điếu thuốc, bạn đã làm gia tăng nhịp đập của tim, làm giảm khả năng của tim trong việc chuyển tải và phân phối ô-xy, và làm kích hoạt các tiểu cầu – các tế bào làm đông máu. Như chúng ta đã đề cập đến trong một phần trước đây, những cơn đau tim nói chung thường xảy ra khi một mảng tích tụ của cholesterol trong động mạch tim bị vỡ ra và bám lên phía trên nó là một khối máu đông. Sự kết hợp của mảng cholesterol và một khối máu đông dẫn đến làm tắt nghẽn hoàn toàn một động mạch của tim. Bởi vì hút thuốc lá tác động xấu đến cả hai yếu tố trong trường hợp này – dễ tạo ra các mảng cholesterol hơn, và dễ tạo ra các cục máu đông hơn – nên việc bỏ hút thuốc lá rõ ràng là một trong những điều quan trọng nhất.

2.

Bỏ hút thuốc lá

Vậy thì, bạn làm thế nào để bỏ hút thuốc lá? Xin được nói ngay từ đầu rằng, bỏ hút thuốc lá là một trong những điều khó làm nhất, nhưng cũng là một trong những việc làm mang lại nhiều phần thưởng xứng đáng nhất. Dù không gặp bạn, tôi cũng có thể nói rằng chính bạn cũng chán ngấy việc hút thuốc lá. Trong thực tế, có ít nhất là 80% những người hút thuốc lá hết sức muốn bỏ thuốc. Một số người có thể bỏ hút thuốc lá khi thấy được những ảnh hưởng xấu đến sức khỏe, nhưng với hầu hết mọi người khác thì những thông tin này chỉ càng làm cho họ lo lắng, cảm thấy tồi tệ hơn – chẳng giải quyết được gì hơn.

Chắc chắn là bạn có khả năng bỏ hút thuốc lá. Việc bỏ thuốc lá sẽ không dễ dàng, nhưng có nhiều điều bạn có thể làm để giảm bớt phần nào khó khăn.

Bước quan trọng đầu tiên hết là phải tự đánh giá về mức độ nghiện thuốc lá của chính bạn. Để làm được điều này, hãy trả lời những câu hỏi sau. Bạn có hút thuốc trong vòng 30 phút sau khi thức dậy vào buổi sáng hay không? Bạn có hút nhiều hơn một gói thuốc mỗi ngày hay không?

Các cuộc nghiên cứu đã cho thấy rằng, những người hút thuốc lá nào cần đến điếu thuốc đầu tiên vào buổi sáng khi thức dậy là những người có mức độ nghiện thuốc lá nặng nhất. Bởi vì lượng nicotine trong máu giảm rất mạnh khi bạn ngủ, nên những người nghiện nặng phải cần đến thuốc lá ngay khi họ vừa thức dậy. Điều này làm tăng lượng nicotine trong máu lên và giúp cho người nghiện thuốc có được trạng thái bình thường để bắt đầu một ngày. Nếu đây là trường hợp của bạn, bạn vẫn có thể sẽ bỏ được thuốc lá, nhưng sẽ

khó khăn hơn là những người có thể chờ đến trưa mới hút điếu thuốc đầu tiên trong ngày. Biết được điều này là rất quan trọng, vì nó giúp bạn hiểu được vấn đề và không thất vọng khi so sánh với một người bạn đã bỏ hút thuốc lá không mấy khó khăn.

Câu hỏi thứ hai là một điều rất hiển nhiên. Những ai hút mỗi ngày nhiều hơn một gói thuốc tất nhiên là nghiện nặng hơn những người chỉ hút vài ba điếu mỗi ngày.

Nói chung, những người nghiện nặng – những người cần phải hút thuốc ngay khi thức dậy và những người hút hơn một gói thuốc mỗi ngày – nên xem xét việc áp dụng một phương thức hỗ trợ nào đó trong việc bỏ hút thuốc lá. Có thể là dùng thuốc bupropion (tên thương phẩm là Zyban hay Well¬butrin), dùng kẹo nicotine, miếng dán nicotine, ống phun mũi hay ống hút nicotine.

Sau khi đã xác định mức độ nghiện thuốc của mình, bạn cần xác định động cơ thúc đẩy bạn bỏ thuốc lá. Bạn có thể liệt kê ra rất nhiều lý do để phải bỏ thuốc lá. Huyết áp của bạn sẽ giảm thấp. Mức HDL cholesterol sẽ tăng cao. Giảm thấp các nguy cơ bệnh tim mạch, các cơn đột quỵ, ung thư bàng quang và ung thư phổi. Giảm rất thấp nguy cơ mắc các bệnh phổi kinh niên. Gia tăng khả năng rèn luyện thể lực. Lòng tự trọng của bạn được nâng cao. Gia đình, con cái, vợ hoặc chồng, những người thân... sẽ tự hào về bạn. Bạn không còn làm cho người khác khó chịu vì mùi hôi của thuốc lá. Bạn sẽ ăn ngon hơn...

Bất kể là động lực nào thúc đẩy việc bạn bỏ thuốc lá, điều quan trọng là bạn phải hết sức quyết tâm và kiên trì, bởi vì sẽ có rất nhiều giây phút gay go, nhất là trong tháng đầu tiên. Đây là giai đoạn khó khăn nhất, bởi vì bạn không chỉ đối đầu với những vấn đề về thể xác, mà còn là cả những vấn đề tâm lý nữa. Sau một tháng, tất cả những triệu chứng khó chịu như bứt rứt, khó ngủ, khó tập trung, ho, táo bón, đau ngực, run rẩy... đều sẽ trôi qua. Chỉ có tâm lý nghiện ngập là vẫn còn tồn tại. Đây chính là lý do vì sao một số người đã bỏ thuốc lá nhiều năm rồi mà đôi khi vẫn còn muốn hút thuốc.

Một trong các bệnh nhân của tôi đã phải nỗ lực đến hơn 10 lần mới bỏ được thuốc lá, và giờ đây đã bỏ được 4 năm rồi. Ông ta kể lại với tôi rằng, mỗi khi ông cảm thấy thèm hút một điếu thuốc – với ông ta, thường là những khi ăn xong một bữa ăn ngon – ông cố gắng nhớ lại những khó khăn mà ông và gia đình đã phải trải qua trong thời gian một tháng đầu tiên ông bỏ thuốc lá. Không muốn trải qua giai đoạn khó khăn ấy một lần nữa, đó là động lực giúp ông có thể kiềm chế không hút thuốc. Ông ta nói nửa đùa nửa thật rằng, vợ

ông có lẽ sẽ ly dị với ông nếu như bà ta phải trải qua một tháng khó khăn như thế nữa.

Một khi bạn đã có động lực thúc đẩy mạnh mẽ trong việc bỏ thuốc, bạn có thể bước vào một giai đoạn kế tiếp – xác định thời gian cho việc bỏ thuốc. Một cách lý tưởng, bạn nên dành ra khoảng 2 tuần lễ để chuẩn bị. Bạn sẽ dành ra tuần đầu tiên để xem xét lại thói quen hút thuốc hiện nay của mình. Mặc dù bạn có thể muốn bỏ thuốc ngay trong lúc này, nhưng tôi thường khuyên mọi người chỉ cần theo dõi ghi nhận tất cả những điếu thuốc mà họ hút. Dán một bảng ghi có kẻ ô vào bao thuốc lá của bạn. Mỗi khi hút một điếu thuốc, ghi vào đó ngày giờ, và ghi rõ bạn đang làm việc gì. Cũng nên ghi vào đó cảm giác thèm muốn của bạn là đến mức độ nào. Qua một tuần lễ, hãy nhìn lại những bảng ghi của bạn trong tuần. Bạn có nhận ra những trùng hợp nào đó không? Bạn có hút thuốc vào lúc căng thẳng? Buồn chán? Mỏi mệt? Đói? Sau bữa ăn? Khi uống rượu, bia? Khi uống cà phê, trà? Điếu thuốc nào trong ngày bạn thèm muốn nhất? Và điếu thuốc nào được hút chỉ do thói quen?

Chọn ra 5 lần hút thuốc trong ngày – hoặc ít hơn, mà bạn đã ghi nhận là thèm muốn nhất. Trong tuần lễ tiếp theo, chỉ hút những điếu thuốc đó mà thôi. Cũng trong tuần này, chọn thực hiện một số trong những điều sau đây để chuẩn bị cho "con người mới" của chính bạn:

Nói cho bạn bè và gia đình biết là khi nào thì bạn sẽ trở thành người hoàn toàn không hút thuốc.

Khi đến những nơi công cộng, chỉ vào khu vực dành cho những người không hút thuốc.

Chuẩn bị nhiều kẹo không đường và các thức uống không đường.

Chuẩn bị một số bộ đồ chơi ráp hình.

Mua một đĩa chương trình trò chơi mới trên máy tính để làm giảm căng thẳng.

Tham gia một lớp đêm, học bất kỳ kỹ năng nào đòi hỏi phải dùng đến đôi tay: học làm đồ gỗ, học vẽ, học đan...

Tránh những bạn cùng chơi trước đây và tìm những bạn mới không hút thuốc.

Chuẩn bị nhiều trà thảo dược và nước tắm thơm.

Mua vài đĩa CD nhạc nhẹ để thư giãn.

Chính thức công bố không cho phép hút thuốc trong nhà của bạn kể từ ngày bạn bỏ thuốc lá – lệnh cấm có giá trị kể cả với người quen, bạn bè đến chơi.

Vất bỏ gạt tàn thuốc trong nhà.

Lau chùi sạch hộp gạt tàn thuốc trong xe hơi, xếp đầy tăm xỉa răng vào đó.

Lau rửa thật sạch xe hơi để không còn bất cứ mùi hôi nào.

Giặt sạch tất cả các tấm drap và thảm trải.

Với các bước chuẩn bị này, bạn đã có thể sẵn sàng để bắt đầu. Tôi đề nghị bạn chọn bỏ thuốc vào một ngày cuối tuần hoặc ngày nghỉ việc. Cố gắng sắp xếp trước mọi việc sao cho ngày đầu tiên bỏ thuốc lá của bạn là một ngày hết sức thanh thản. Rất có thể có tác dụng tốt nếu bạn chuẩn bị một số hoạt động giải trí "không thuốc lá" trong ngày này: đi xem phim, đến thư viện, đi bộ đường dài... Nói rõ với bạn bè và gia đình rằng bạn đang bỏ thuốc lá và cần đến sự giúp đỡ, khuyến khích của họ.

Bốn tuần lễ đầu tiên kể từ sau ngày bỏ thuốc là giai đoạn khó khăn nhất. Bạn rất có thể sẽ bứt rứt khó chịu và thấy nôn nao, căng thẳng, nhất là vào những khi thèm thuốc. Trong những tuần đầu tiên này, chắc chắn là bạn sẽ có rất nhiều lúc nghĩ đến thuốc lá. Nhiều người thậm chí còn nằm mơ thấy hút thuốc lá. Một cảm giác thèm muốn nổi lên thật mạnh là dấu hiệu phải tiếp tục giữ vững tinh thần và tỉnh táo nhận biết những gì đang xảy ra. Cơn thèm thuốc lá chỉ kéo dài trong vài ba phút mà thôi. Trong thời gian đó, bạn có thể:

Đi dạo một lúc, có thể là đi xe đạp.

Nghiến chặt răng lại.

Thở vào thật sâu và để cho hơi đi ra chậm chậm qua đường miệng. Hít thở khoảng 10 hơi như thế.

Ngậm kẹo không đường.

Uống một ly nước lọc.

Gọi điện thoại nói chuyện với một người bạn nào đó.

Cần nói thêm một số cảm giác mà bạn có thể sẽ trải qua trong vài ba tuần ngay sau khi bỏ thuốc. Ngoài cảm giác bứt rứt khó chịu, nhiều bệnh nhân của tôi còn kể lại rằng họ cảm thấy chán nản và mệt mỏi rả rời, nhưng không thể nào ngủ ngon được. Nhiều người khác cho biết, thay vì chấm dứt những cơn ho do hút thuốc, giờ đây họ thậm chí còn ho dữ dội hơn. Tất cả những điều này đều là thường gặp, và sẽ qua đi ngày càng khá hơn.

Nicotine là một chất kích thích, bởi vậy điều tất nhiên là khi cơ thể đột ngột không dùng đến nó bạn sẽ cảm thấy vô cùng mỏi mệt. Thế nhưng, tại sao bạn lại bị khó ngủ? Câu trả lời cho vấn đề này kém rõ ràng hơn, nhưng có vẻ như là nicotine có ảnh hưởng rất mạnh đến các chu kỳ ngủ, và việc cắt đứt đột ngột có thể gây ra chứng mất ngủ rõ rệt – ngay cả với những người có cảm giác rất mệt mỏi và muốn ngủ. Tuy nhiên, chứng mất ngủ này có khuynh hướng không kéo dài, thường thì chỉ trong khoảng chừng một tuần lễ mà thôi.

Lý do làm cho những cơn ho gia tăng là vì các mao quản nhỏ li ti trong phổi, đã bị hủy hoại từ nhiều năm qua vì thuốc lá, giờ đây đang bắt đầu phát triển trở lại – một biểu hiện đầy hy vọng về khả năng tự hồi phục của cơ thể. Khi điều này xảy ra, cơn ho có thể phát sinh. Trong thực tế, những cơn ho này có thể giúp thải bỏ ra những cặn nhỏ đã tích tụ trong phổi qua nhiều năm hút thuốc lá. Thường thì những cơn ho sẽ rất mau qua đi.

Nhiều người cũng cho biết là sau khi bỏ thuốc lá, họ đột nhiên bắt đầu bị chứng táo bón. Ban đầu, tôi thường không chú ý lắm đến những lời phàn nàn này. Nhưng sau khi gặp lại một số trường hợp tương tự, tôi liền nghiên cứu các tài liệu y khoa liên quan và thấy quả đúng như vậy. Đây là điều cuối cùng bạn cần thêm vào khi liệt kê những vấn đề xảy ra khi bỏ thuốc lá, bởi vậy hãy tích cực lên. Gia tăng việc tập thể dục mỗi ngày khi bỏ thuốc lá. Việc tập thể dục được biết là làm kích thích bài tiết phân. Ăn nhiều thức ăn có chất sơ như trái cây, rau cải, cám yến mạch... Uống thật nhiều nước. Mỗi ngày nên uống ít nhất là 8 ly nước. Mặt khác, nếu bạn ăn nhiều trái cây và rau cải, uống nhiều nước, và tập thể dục thường xuyên, bạn cũng sẽ giảm bớt khả năng tăng cân sau khi bỏ thuốc.

3.

Thuốc men hỗ trợ để bỏ thuốc lá

Đối với nhiều người, những biện pháp vừa nêu trên có thể là hữu ích nhưng chưa đủ để giúp họ thành công trong việc bỏ thuốc. Nếu bạn thèm thuốc lá ngay khi vừa thức dậy, hoặc tiêu thụ mỗi ngày hơn một gói thuốc lá, bạn có thể rất cần đến một loại thuốc men hỗ trợ để bỏ thuốc lá. Ngoài các loại cung cấp nicotine thay thế (kẹo nicotine, miếng dán nicotine, ống hút hoặc ống phun mũi nicotine...), còn có một lựa chọn khác nữa là bupropion (tên thương phẩm là Wellbutrin, hay Zyban). Chọn lựa này thậm chí còn tốt hơn cả các loại thuốc cung cấp nicotine. Viên bupropion được uống mỗi ngày 2 lần. Có thể dùng riêng rẽ hay kết hợp với các loại thuốc nicotine.

Miếng dán nicotine là một dạng cung cấp nicotine thay thế cho người bỏ thuốc lá rất phổ biến và hiện nay có thể mua được dễ dàng không cần toa bác sĩ. Có nhiều hiệu thuốc khác nhau, trong đó có Habitrol (do Ciba-Geigy sản xuất), Nicoderm (công ty Hoechst Marion Roussel), Nicotrol (Pharmacia AB) và Prostep (American Cyanamid Company). Trừ ra Prostep chỉ chia ra 2 liều khác nhau, còn các loại thuốc khác đều chia liều dùng ra làm 3 mức độ. Phương thức sử dụng là giảm dần lượng nicotine trong một giai đoạn kéo dài từ 8 cho đến 16 tuần. Một bài báo gần đây của Mayo Clinic đề nghị rằng những người nghiện nặng có thể khởi đầu việc bỏ thuốc với liều gấp đôi (2 miếng dán, cung cấp 42 mg nicotine trong suốt 24 giờ). Trong trường hợp này, tôi đề nghị dùng liều 42 mg (2 miếng dán) mỗi ngày trong 6 tuần, tiếp theo dùng liều 21 mg (1 miếng dán) mỗi ngày trong 6 tuần nữa. Sáu tuần tiếp theo lại giảm liều còn 14 mg mỗi ngày. Cuối cùng, dùng liều 7 mg một ngày trong 6 tuần để rồi bỏ hẳn.

Các loại thuốc dán nicotine đều được bán ra với những chỉ dẫn rõ ràng về cách dùng. Với việc sử dụng miếng dán nicotine, việc bỏ thuốc lá được chia ra làm 2 giai đoạn. Trước hết là từ bỏ "thói quen" hút thuốc. Sau đó, giảm dần sự phụ thuộc của cơ thể vào lượng nicotine bằng cách từ từ giảm bớt liều dùng cho đến dứt hẳn. Các cuộc nghiên cứu cho thấy rằng tỷ lệ bỏ thuốc thành công với miếng dán nicotine cao hơn là theo phương thức bỏ tức thì. Thêm vào đó, những người có sử dụng miếng dán nicotine có vẻ ít tăng cân hơn sau khi bỏ thuốc.

Miếng dán thường được dán lên phía trên vai, hoặc phần trên của ngực, hoặc phần trên của lưng. Một số người có thể là nhạy cảm với chất keo dán trong miếng dán và ngứa đỏ nơi chỗ dán, vì thế nên thay đổi chỗ dán. Có thể dán bên tay trái vào những ngày chẵn trong tháng, và bên tay phải vào các ngày lẻ. Hoặc cũng có thể dán xoay vòng từ cánh tay phải, sang đến ngực, đến tay

trái, và rồi đến sau lưng. Nếu da của bạn quá mẫn cảm với miếng dán, hoặc nếu bạn muốn thử dùng một dạng thuốc khác, có thể dùng kẹo nicotine, ống phun mũi nicotine, hay loại ống hút nicotine mới hiệu Nicotrol.

Kẹo nicotine hiện có 2 liều khác nhau, loại 2 mg và loại 4 mg. Tôi cho rằng loại 4 mg có tác dụng tốt hơn loại 2 mg. Kẹo này được bán ra với các chỉ dẫn cần thiết về cách dùng, tuy nhiên có một vài điểm vẫn cần phải lưu ý, vì qua kinh nghiệm bản thân tôi đã thấy nhiều người sử dụng kẹo nicotine không đúng cách. Kẹo gây tác động thông qua việc cơ thể hấp thụ nicotine qua lợi, bởi vậy cần phải có sự tiếp xúc. Sau khi nhai kẹo chừng 20 giây, đẩy kẹo vào giữa lợi và má phải hoặc má trái, nơi nó được hấp thụ dễ dàng và làm tan biến cơn nghiện thuốc. Điều quan trọng cần biết là ăn hoặc uống trong khi đang ngậm kẹo, nhất là các loại thức uống có ga, làm mất tác dụng của kẹo.

Ống phun mũi nicotine đã tỏ ra rất hiệu quả. Đã có 3 cuộc nghiên cứu lớn để so sánh việc dùng ống phun mũi nicotine (được bán ra bởi McNeil Consumer Products) với ống phun giả (nghĩa là thực ra không có thuốc). Có 730 người tham gia trong 3 cuộc nghiên cứu này, với 369 người được cho dùng ống phun mũi Nicotrol và 361 người được phun... thuốc giả. Kết quả có tỷ lệ bỏ thuốc thành công được ghi nhận như sau: Nhóm quan sát Sau

6 tuần Sau

3 tháng Sau

6 tháng Sau

12 tháng Dùng ống phun mũi Nicotrol

49 - 58%

41 - 45%

31 - 35%

23 - 27% Dùng thuốc giả 21 - 32% 17 - 20% 12 - 15% 10 - 15%

Một liều sử dụng thông thường của Nicotrol là 2 lần phun, mỗi lần vào một bên mũi. Tôi đề nghị các bệnh nhân của mình không ngửi, nuốt hay hít vào trong lúc đang phun mũi, và nên ngước lên, hơi ngửa đầu ra sau một chút. Hai lần phun cung cấp 1 mg nicotine. Sau khi phun mũi, lượng nicotine trong máu tăng lên nhanh chóng. Mức độ lên cao nhất đạt được thường là từ

4 đến 15 phút sau khi phun. Liều dùng 1 mg nicotine này cho phép người sử dụng đạt được mức độ nicotine trong máu tương đương với sau khi hút một điếu thuốc. Những người đang bị chảy mũi nước hoặc bị cảm lạnh sẽ phải mất một khoảng thời gian lâu hơn 30% so với bình thường để có thể đạt được mức nicotine tối đa trong máu, do nơi sự hấp thụ bị chậm lại.

Thông thường, tôi đề nghị các bệnh nhân của mình bắt đầu với khoảng một hay hai liều trong một giờ đồng hồ, và có thể tăng lên tối đa đến 40 mg trong một ngày. Tôi cũng đề nghị không nên sử dụng vượt quá 5 liều trong một ngày. Sau khi sử dụng khoảng 10 đến 12 tuần lễ, bắt đầu giảm dần liều dùng. Nhiều người giảm liều bằng cách chỉ phun một bên mũi, thay vì là hai. Và đồng thời kéo dài hơn khoảng thời gian giữa hai lần phun.

Dựa trên những kết quả của một cuộc nghiên cứu được công bố trên tờ British Journal of Medicine vào năm 1999, hiện nay tôi thường cho sử dụng ống phun mũi theo sau giai đoạn sử dụng miếng dán nicotine. Cuộc nghiên cứu này được mang tên là "Ống phun mũi nicotine và miếng dán nicotine dùng cho việc bỏ thuốc lá: Một thử nghiệm thay đổi với 6 năm theo sau". Bác sĩ T. Blondal và các đồng nghiệp phát hiện ra rằng, khi quan sát tỷ lệ những người bỏ thuốc thành công trong một thời gian 6 năm sau khi dứt thuốc, thì những người sử dụng miếng dán nicotine giảm liều dần trong 5 tháng tiếp theo sau đó sử dụng ống phun mũi nicotine có tỷ lệ cao gấp 2 lần so với những người chỉ dùng miếng dán nicotine giảm liều trong 5 tháng rồi sau đó dùng ống phun mũi giả, nghĩa là không có thuốc.

Tôi đã bảo các bệnh nhân của mình rằng họ có thể tiếp tục sử dụng ống phun mũi khi còn cần đến nó. Kinh nghiệm của tôi là có nhiều bệnh nhân sử dụng ống phun mũi nicotine một hoặc hai lần một tuần, kéo dài đến một hoặc hai năm. Và một số người khác thậm chí vẫn giữ ống phun mũi bên mình với thời gian lâu hơn nữa chỉ là "để phòng hờ". Ống phun mũi nicotine có thể được dùng sau khi đã dùng miếng dán nicotine, hoặc cùng lúc với kẹo nicotine, ống hút nicotine, hay thuốc bupropion. Không nên dùng ống phun mũi nicotine cùng lúc với miếng dán nicotine, vì miếng dán nicotine cung cấp nicotine liên tục.

Ống phun mũi Nicotrol có tác dụng phụ nào hay không? Hầu như tất cả mọi người đều phàn nàn về cảm giác ngứa mũi. Điều này thường giảm đi với thời gian, nhưng cũng có thể gây khó chịu. Một số người khác có các triệu chứng như chảy mũi nước, ngứa họng, chảy nước mắt, hắt hơi hoặc bị ho.

Loại ống hút nicotine mới thích hợp cho những người không chỉ nghiện

thuốc lá mà còn là chưa bỏ được thói quen "cầm tay đưa lên miệng". Được bán ra thị trường bởi công ty McNeil Consumer Products, thương hiệu Nicotrol Inhaler hiện đã có thể mua được với toa bác sĩ.

Bộ ống hút nicotine gồm có một ống ngậm vào miệng, giống như tẩu thuốc, và một ống nhựa chứa nicotine để gắn vào đó, có khả năng cung cấp 4 mg nicotine vào miệng và phổi của người dùng. Hút vào mười hơi thì tương đương với một hơi thuốc lá. Mỗi ống nicotine dùng được 20 phút nếu hút liên tục. Bạn có thể dùng tối đa là 20 ống như thế mỗi ngày, kéo dài trong khoảng 12 tuần lễ. Sau thời gian này, liều dùng bắt đầu giảm dần đi bằng cách giảm bớt số ống nicotine dùng trong một ngày. Không nên dùng Nicotrol Inhaler quá 6 tháng. Mặc dù sản phẩm này rất dễ dung nạp với hầu hết mọi người, nhưng cũng có một số người thấy hơi ngứa trong miệng và trong cổ họng.

Gần đây, thuốc bupropion (với các tên thương phẩm là Wellbutrin hay Zyban) được phát hiện là một rất hiệu quả trong việc dùng để bỏ thuốc lá. Ban đầu, bupropion là một loại thuốc dùng để chống trầm cảm. Sự quan tâm đến loại thuốc này gia tăng rất nhiều khi nó được phát hiện thấy là rất hữu ích trong việc giúp những người nghiện thuốc bỏ thuốc lá. Một cuộc nghiên cứu nhỏ đã quan sát 42 người bỏ thuốc lá tham gia, phân chia ra làm 2 nhóm. Một nhóm được sử dụng bupropion và nhóm kia là một loại thuốc giả – nghĩa là không có thuốc. Sau 2 năm, những người dùng bupropion vẫn tiếp tục không hút thuốc, trong khi tất cả những người không được dùng bupropion đều hút thuốc trở lại.

Vì bupropion là một loại thuốc dùng theo toa bác sĩ, bạn sẽ có thể quyết định cùng với bác sĩ của mình về việc sử dụng nó có thích hợp với bạn hay không. Những người có tiền sử lên cơn động kinh không nên dùng loại thuốc này. Nếu bạn đang sử dụng một loại thuốc chống trầm cảm khác, bác sĩ có thể sẽ chọn thay thế bupropion. Dĩ nhiên là điều này không phải bao giờ cũng thích hợp.

Khi đề nghị bệnh nhân dùng bupropion, bao giờ chúng tôi cũng đưa ra những chỉ dẫn như sau đây:

Liều dùng Liều khởi đầu là 150 mg (1 viên), mỗi ngày một lần vào buổi sáng, dùng trong 3 ngày. Nếu bệnh nhân đã dung nạp tốt liều khởi đầu, gia tăng lên mỗi ngày 2 viên (150 mg x 2). Hai lần uống thuốc phải cách nhau ít nhất là 8 giờ đồng hồ. Trong tuần lễ đầu tiên dùng bupropion, vẫn tiếp tục hút thuốc. Vào ngày thứ 8, ngưng hút thuốc. Chúng tôi đề nghị dùng

bupropion trong thời gian ít nhất là từ 7 cho đến 12 tuần lễ. Cũng có thể bạn cần phải dùng loại thuốc này lâu hơn nữa.

Tác dụng phụ Những tác dụng phụ thường gặp nhất của loại thuốc này là khô miệng, táo bón, đau đầu và khó ngủ.

Lưu ý khi dùng thuốc Như đã nói, bạn không nên dùng thuốc bupropion nếu như trước đây đã từng lên cơn động kinh. Thêm nữa, nếu bạn đang dùng một loại thuốc ức chế monoamine oxidase, bạn phải ngưng sử dụng ít nhất là 2 tuần trước khi bắt đầu dùng bupropion.

Việc tiếp tục hút thuốc trong tuần lễ đầu tiên sử dụng bupropion là rất quan trọng. Trước khi loại thuốc này có thể giúp bạn bỏ thuốc lá, nó cần có thời gian để tích tụ trong máu. Điều này hoàn tất trong khoảng một tuần sau khi bạn bắt đầu dùng thuốc.

Thuốc này có hiệu quả như thế nào? Trong một cuộc nghiên cứu rất gần đây, được công bố trên tờ New England Journal of Medicine, Jorenby và các đồng nghiệp khảo sát tác động của bupropion và miếng dán nicotine khi dùng riêng rẽ, và khi kết hợp cả hai loại này, trong quan hệ so sánh với thuốc giả (viên thuốc đường và miếng dán không có hoạt chất), với số đối tượng tham gia là 893 người hút thuốc lá.

Tất cả những người tham gia đều được tư vấn và hỗ trợ qua điện thoại trong suốt 12 tháng nghiên cứu. Vào lúc kết thúc cuộc nghiên cứu, tỷ lệ bỏ thuốc thành công là 5,6% với nhóm dùng thuốc giả; 9,8% với nhóm dùng miếng dán nicotine; 18,4% với nhóm dùng bupropion; và 22,5% với nhóm dùng kết hợp nicotine và bupropion. Những người được sử dụng nicotine thay thế ít tăng cân hơn và ít có các triệu chứng của việc bỏ thuốc hơn.

Bất kể bạn thực hiện bằng cách nào, việc bỏ thuốc lá vẫn là khó khăn, nhưng nó rất đáng để cho bạn cố gắng. Hãy tự tin và chỉ cần liên tục cố gắng. Nếu như bạn thất bại, đừng tự hành hạ mình để rồi đắm sâu hơn vào lầm lỗi – hút nhiều thuốc lá hơn nữa. Hãy rút lấy kinh nghiệm. Tại sao bạn thất bại? Hãy cố gắng sao cho bạn sẽ không đặt mình vào tình huống tương tự như thế một lần nữa.

Khi đã bỏ thuốc rồi, bạn cũng rất có thể gặp phải những tình huống lôi kéo để vấp ngã trở lại. Nói cho cùng, nếu tiếp tục cố gắng, bạn sẽ thành công.

Là một người không hút thuốc bạn sẽ khỏe mạnh hơn nhiều. Không chỉ là sự cải thiện về mức cholesterol, mà những nguy cơ về bệnh tim, bệnh phổi, các

cơn đột quỵ... đều giảm đi đáng kể, chưa nói đến những nguy cơ mắc phải các chứng bệnh ung thư. Bạn phải biết là bạn cần làm điều đó. Tôi tin là bạn có thể làm được.

THUỐC LÀM GIẢM CHOLESTEROL

1.

Đừng sợ dùng thuốc

Đến một mức độ nào đó, bác sĩ điều trị có thể sẽ đề nghị bạn bắt đầu sử dụng một loại thuốc làm giảm cholesterol. Một số người đâm ra hốt hoảng khi nghe đến đề nghị này. Nhiều bệnh nhân nói với tôi rằng họ rất lo lắng về các phản ứng phụ có thể có của việc dùng thuốc, nhất là khả năng gây ảnh hưởng đến gan. Một số người khác nói rằng việc quyết định phải dùng thuốc làm cho họ cảm thấy như đã hoàn toàn thất vọng. Mặt khác, cũng có một số bệnh nhân hài lòng với triển vọng khá hơn khi dùng thuốc giảm cholesterol. Những người này nghĩ rằng, một loại thuốc làm giảm cholesterol có thể giúp họ trở lại được với những bữa ăn bình thường theo khẩu vị.

Xét về các tác dụng phụ, mối quan tâm lo lắng thường gặp nhất trong các bệnh nhân của tôi là khả năng nhiễm độc gan. Điều trước hết và quan trọng nhất cần phải nói ngay là các trường hợp nhiễm độc gan hết sức hiếm hoi mới gặp phải. Tuy nhiên, bởi nó có thể xảy ra với một số các loại thuốc làm giảm cholesterol thường dùng, nên một điều cũng quan trọng không kém phải chỉ ra là, gan là một trong số rất ít các cơ quan của cơ thể có khả năng tự hồi phục. Hiệu quả của việc tự hồi phục này cao nhất khi các thương tổn được phát hiện ra một cách nhanh chóng. Với sự theo dõi thận trọng chức năng của gan qua những xét nghiệm máu đơn giản, việc gây ra biến chứng không thể hồi phục cho gan bởi các thuốc làm giảm cholesterol là điều rất hiếm xảy ra.

Khi một bác sĩ bắt đầu dùng thuốc hạ cholesterol cho bệnh nhân, vị này sẽ cho thực hiện một xét nghiệm máu để xác định chức năng gan, làm cơ sở cho việc so sánh về sau. Từ 6 cho đến 12 tuần lễ sau khi bắt đầu dùng thuốc, xét nghiệm loại này được lập lại. Nếu phát hiện có vấn đề, bác sĩ có thể sẽ cho ngưng thuốc ngay. Trong trường hợp này, chức năng của gan sẽ nhanh chóng hồi phục trở lại như bình thường, chỉ trong vòng vài ngày cho đến vài tuần. Nếu mọi việc xảy ra êm thắm với lần xét nghiệm này, bác sĩ sẽ chọn lựa việc kiểm tra chức năng gan trong vòng từ 3 đến 6 tháng một lần. Trong một số trường hợp, có thể cho phép kiểm tra chức năng gan mỗi năm một lần.

Một số bệnh nhân muốn biết về những triệu chứng có thể xảy ra khi gan có vấn đề do dùng thuốc giảm cholesterol. Những triệu chứng thường gặp nhất

là buồn nôn, mệt mỏi rũ rượi và khó chịu trong bụng. Nếu vàng da, vàng mắt xuất hiện là dấu hiệu đáng lo ngại, ngay cả khi không có các triệu chứng khác.

Phải dùng đến một loại thuốc làm giảm cholesterol không có nghĩa là bạn đã hoàn toàn thất vọng. Rất nhiều người có các gen di truyền không bình thường làm rối loạn mức cholesterol. Ngay cả chế độ ăn uống thích hợp và rèn luyện thể lực cũng sẽ không làm cải thiện được mức cholesterol của những người này. Hầu hết đều đòi hỏi phải dùng đến một loại thuốc làm giảm cholesterol.

Nếu bạn đã từng trải qua một cơn đau tim, phẫu thuật tạo hình mạch hay phẫu thuật nghẽn mạch, bạn rất có thể cũng cần dùng thuốc để làm giảm mức cholesterol. Điều này là bởi vì, yêu cầu về mức cholesterol của một người đã có vấn đề tim mạch là khắt khe hơn so với những người khác. Một số các đối tượng khác cũng có yêu cầu khắt khe về mức cholesterol như người bị bệnh tim mạch, đó là những người đã từng bị đột quỵ, những người bị tiểu đường, và những người có động mạch chân bị nghẽn. Lý do cần phải đưa ra yêu cầu khắt khe về mức cholesterol của các đối tượng này là bởi vì họ cũng có nguy cơ phát triển bệnh tim rất cao.

Một số người có các gen di truyền rối loạn gọi là familial hypercholesterolemia. Những người này thậm chí còn cần đến nhiều hơn cả các biện pháp như chế độ ăn uống thích hợp, rèn luyện thể lực và dùng thuốc làm giảm cholesterol. Trong số những bệnh nhân của chúng tôi, có một nhóm những người cần thiết phải thực hiện một tiến trình gọi là LDL apheresis. Đây là một tiến trình tương tự như sự thẩm tách, qua đó làm sạch LDL cholesterol ra khỏi máu. Nó phải được thực hiện 2 tuần một lần. Những ai có mức cholesterol cao bất chấp việc sử dụng liều tối đa của thuốc làm giảm cholesterol, có thể sẽ rơi vào trường hợp này. Tiến trình LDL apheresis có thể làm giảm đến 70% mức cholesterol trong máu.

Như đã nói, việc dùng thuốc làm giảm cholesterol không có nghĩa là bạn nên từ bỏ các nỗ lực của mình trong việc tuân thủ chế độ ăn uống thích hợp và rèn luyện thể lực. Và nếu như bạn đang dùng một phương thức trị liệu bổ sung nào đó có tác dụng tốt, việc tiếp tục sử dụng nó sẽ rất có thể giúp bạn dùng thuốc làm giảm cholesterol với liều thấp hơn. Trong thực tế, một cuộc nghiên cứu được công bố trên tờ The Journal of the America Medical Association đã cho thấy rằng, chỉ có 50% những người dùng thuốc làm giảm cholesterol đơn độc đạt được mức cholesterol theo yêu cầu, trong khi có đến 80% những người kết hợp việc dùng thuốc với một chế độ ăn uống thích hợp

đã đạt được mức cholesterol như mong muốn.

Nhiều người không nhận ra rằng các thuốc làm giảm cholesterol là thuốc phải dùng suốt đời. Không giống như các thuốc kháng sinh thường đòi hỏi trị liệu chỉ trong khoảng 10 ngày, các thuốc làm giảm cholesterol chỉ có tác dụng khi nào bạn còn dùng thuốc. Một khi ngưng thuốc, mức cholesterol sẽ tăng cao trở lại ngay.

Dùng thuốc đúng cách và đều đặn có thể giảm mạnh nguy cơ lên cơn đau tim hay các trường hợp phải phẫu thuật động mạch. Chúng tôi thường cho rằng phải mất một hoặc hai năm mới có thể thấy được hiệu quả của thuốc làm giảm cholesterol. Tuy nhiên, một số những cuộc điều trị thử nghiệm rất gần đây đã cho thấy là hiệu quả của thuốc xuất hiện rất nhanh. Vào tháng 7 năm 1999, bác sĩ Bertram Pitt và các đồng nghiệp của ông đã công bố những kết quả nghiên cứu rất ấn tượng của cuộc nghiên cứu Atorvastatin Versus Revascularization Treatments (AVERT) trên tờ New England Journal of Medicine. Trong cuộc nghiên cứu này, 341 bệnh nhân bị bệnh tim từ 37 trung tâm điều trị khác nhau được điều trị với một trong hai phương thức. Phương thức thứ nhất là áp dụng tiến trình tạo hình mạch. Tiến trình này sử dụng một ống thông nhỏ có chứa một khí cầu có thể bơm phồng lên được để làm thông một động mạch bị nghẽn. Phương thức thứ hai là dùng liều cao atorvastatin (Lipitor), một loại thuốc làm giảm cholesterol.

Sau 18 tháng điều trị, các bệnh nhân dùng Lipitor có tỷ lệ xảy ra các vấn đề về tim thấp hơn 36%. Các bệnh nhân được tạo hình mạch trong cuộc nghiên cứu này thật ra cũng được phép dùng thuốc làm giảm cholesterol nữa. Sự khác biệt tỷ lệ xảy ra các sự cố về tim mạch dường như xuất phát từ việc cả hai nhóm đều bước vào cuộc nghiên cứu với mức LDL cholesterol tương tự như nhau – 145 mg/dl, nhưng sau 18 tháng điều trị, các bệnh nhân dùng Lipitor với liều 80 mg mỗi ngày có mức LDL cholesterol là 77 mg/dl, trong khi nhóm c điều trị bằng tạo hình mạch có mức LDL cholesterol vẫn còn đến 119 mg/dl. Các bác sĩ quả có cho họ dùng thuốc làm giảm cholesterol, nhưng không tăng liều đủ để đạt được mức LDL cholesterol theo yêu cầu được đặt ra bởi chương trình Giáo dục Quốc gia về Cholesterol (National Cholesterol Education Program – NCEP) là 100 mg/dl. Tôi nghĩ rằng yêu cầu tốt hơn là 80 mg/dl, và cuộc nghiên cứu này là một trong những lý do cho phép tôi nghĩ như thế.

Gần đây hơn nữa, một cuộc nghiên cứu mang tên Myocardial Ischemia Reduction with Aggressive Cholesterol-Lowering (MIRACL) được trình bày tại cuộc hội nghị về tim mạch của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ được tổ chức

tại New Orleans vào tháng 11 năm 2000. Tiến sĩ Anders Olsson từ Thụy Điển và Gregory Schwartz từ trường đại học Colorado Health Sciences Center đã đưa ra các kết quả nghiên cứu của họ.

Cuộc nghiên cứu MIRACL bao gồm 3086 bệnh nhân, là những người phải đưa đến bệnh viện vì chứng đau thắt ngực – đau hoặc tức ở ngực vì lượng máu và ô-xy không cung cấp đủ cho cơ tim, thường là do bị tắt ngẽn bên trong các động mạch tim – hoặc bị lên cơn đau tim. Cuộc nghiên cứu được tiến hành ở 19 quốc gia, với sự tham gia của 122 trung tâm y khoa. Trong vòng 96 giờ sau khi đến bệnh viện, các bệnh nhân hoặc là được điều trị bằng liều cao atorvastatin (Lipitor) và chế độ ăn ít chất béo, hoặc là dùng chế độ ăn ít chất béo với một loại thuốc giả – xem như không dùng thuốc. Chỉ 16 tuần lễ sau đó, các bệnh nhân được điều trị bằng Lipitor đã giảm đến 16% các sự cố về tim mạch. Đáng chú ý hơn nữa, các trường hợp đột quỵ giảm đến 50% trong những người có nguy cơ rất cao này – cả phụ nữ lẫn nam giới.

Những cuộc nghiên cứu vừa nói trên rõ ràng đã cho thấy là các thuốc làm giảm cholesterol có thể tạo ra một tác dụng rất mạnh mẽ và nhanh chóng.

Một số thuốc điều chỉnh mức cholesterol – chẳng hạn như Mevacor, Zocor, Lipitor, Pravachol và Lescol – làm giảm thấp mức LDL cholesterol nhưng có ảnh hưởng ít hơn đến mức HDL cholesterol và triglyceride. Một số thuốc khác chủ yếu làm giảm mức triglyceride và nâng cao mức HDL cholesterol. Những thuốc này có thể cũng làm giảm mức LDL cholesterol (chẳng hạn như Tricor và Niaspan), hoặc cũng có thể không tác động gì đến LDL cholesterol (chẳng hạn như Lopid).

Trong khi công năng chính của các thuốc ức chế HMG CoA Reductase (nhóm statin) rõ ràng là làm giảm cholesterol (và do đó làm giảm mạnh nguy cơ các sự cố về tim cũng như nguy cơ tử vong), có vẻ như là các loại thuốc này còn mang lại những lợi ích đi kèm đáng quan tâm khác nữa. Những kết quả nghiên cứu ban đầu cho thấy rằng nhóm thuốc này có thể làm giảm bớt nguy cơ bị loãng xương ở phụ nữ và giảm nguy cơ phát triển bệnh Alzheimer.

Điều cần chú ý là, đôi khi có trường hợp chỉ riêng một loại thuốc không đủ để làm bình thường hóa mức cholesterol của bệnh nhân. Trong những trường hợp này, bác sĩ sẽ đề nghị bệnh nhân sử dụng cùng lúc 2 loại thuốc. Bởi vì điều này có thể làm gia tăng nguy cơ xuất hiện các tác dụng phụ, nên những người dùng kết hợp thuốc cần phải được theo dõi thường xuyên chức năng

của gan và cơ bắp.

Trong phần tiếp theo đây, chúng ta sẽ xem qua những loại thuốc chính dùng trong điều trị rối loạn cholesterol, cùng với các tên gọi chung cũng như biệt dược. Chúng ta cũng sẽ tìm hiểu cơ chế hoạt động của mỗi loại thuốc như thế nào, cách nào để dùng chúng tốt nhất, và các tác dụng phụ có thể có. Trang sau sẽ liệt kê một số các nhóm thuốc chính.

Các loại thuốc trong cùng một nhóm nói chung có tác động giống nhau đối với các lipid. Ngoại lệ là trong nhóm fibric acid derivatives – trong khi Lopid không có tác động đến LDL cholesterol, thì Tricor lại có tác động làm giảm loại lipoprotein này. Trong nhóm các thuốc ức chế HMG CoA Reductase (hay nhóm statin), có một sự chênh lệch khá rộng về hiệu quả tác dụng đến các lipid. Lipitor có tác dụng làm giảm mạnh nhất mức LDL cholesterol (55%) và triglyceride (45%). Mặt khác, cho dù tất cả các thuốc statin đều có ảnh hưởng tích cực đến mức HDL cholesterol, nhưng Zocor có tác dụng mạnh nhất – đặc biệt là khi dùng với liều cao.

Các nhóm thuốc chính điều trị cholesterol Nhóm thuốc Tên thuốc

(tên trong ngoặc đơn là tên biệt dược) Tác dụng đối với

cholesterol và triglyceride LDL triglyceride HDL

Bile Acid Seques-trants Cholestyramine (Questran) G T T Colestipol (Colestid) G T T Colesevelam (WelChol) G K/T T Niacin Nicotinic acid

(Niaspan) G G T

Nhóm thuốc ức chế HMG CoA Reduc

-tase Lovastatin (Mevacor) G G T Simvastatin (Zocor) G G T Pravastatin (Pravachol) G G T Fluvastatin (Lescol) G G T Atorvastatin (Lipitor) G G T Fibric Acid Derivatives Gemfibrozil (Lopid) K G T Fenofibrate (Tricor) G G T G: làm giảm, T: làm tăng, K: không có tác dụng

2.

Tìm hiểu thuốc Questran

Questran kết hợp với các acid mật – được tạo ra từ cholesterol – trong ruột và thải chúng vào trong phân. Questran cũng làm tăng thêm số lượng các thụ

thể trong tế bào gan có chức năng thải bỏ LDL cholesterol.

Hiệu quả Tùy theo liều dùng, Questran có thể làm giảm mức LDL cholesterol từ 15% đến 20%. Những người có mức triglyceride cao khi bắt đầu dùng thuốc, có thể sẽ bị tăng cao hơn nữa khi dùng thuốc. Vì vậy, nói chung thì Questran không nên dùng cho những người có mức triglyceride cao. Mức HDL cholesterol nói chung gia tăng từ 8% đến 10% trong khi dùng Questran.

Cách dùng Liều dùng khởi đầu của Questran là một gói nhỏ hay một muỗng đầy (4 gram), mỗi ngày 2 lần. Một số người có thể phải cần nhiều đến 2 gói (8 gram), mỗi ngày 3 lần.

Tác dụng phụ Tác dụng phụ thường gặp nhất là táo bón. Trong thực tế, Questran đôi khi được dùng để điều trị tiêu chảy. Táo bón có thể giảm nhẹ đi bằng cách tăng liều dùng thật chậm và tăng thật nhiều lượng nước uống vào mỗi ngày. Các tác dụng phụ ít gặp hơn là đầy hơi và buồn nôn.

Thời điểm dùng thuốc Thời điểm tốt nhất để uống thuốc này là ngay trước bữa ăn. Tuy nhiên, vì Questran có thể tác động đến sự hấp thụ các loại thuốc khác, nên tốt nhất là dùng các thuốc khác trước khi uống Questran 2 giờ, hoặc sau khi uống Questran từ 4 đến 6 giờ. Sự tác động đến khả năng hấp thụ các loại thuốc khác có vẻ như không xảy ra với WelChol. Vì thế, WelChol thường là chọn lựa trước tiên của tôi trong nhóm thuốc này.

Chuẩn bị thuốc Hòa một gói thuốc, hay một muỗng đầy (4 gram) trong khoảng 120 đến 180 ml nước lọc. Đừng bao giờ uống thuốc ở dạng khô.

Để yên không khuấy động dung dịch thuốc trong chừng một đến hai phút.

Khuấy thuốc cho thật đều, mặc dù thuốc sẽ không hòa tan trong nước. Uống thuốc vào chậm chậm.

Theo dõi khi dùng thuốc Bởi vì các thuốc khống chế acid mật không được hấp thụ vào máu, chúng hoạt động trong ruột, nên không gây nhiễm độc gan. Vì thế, không cần thiết phải theo dõi các chức năng của gan trong khi dùng thuốc loại này.

Các vấn đề khác Vì Questran có thể ảnh hưởng đến sự hấp thụ acid folic và cũng có thể là các chất dinh dưỡng thiết yếu khác, nên dùng kèm theo mỗi ngày một viên vi-ta-min tổng hợp. Questran không hấp thụ vào máu nên không có nguy cơ gây nhiễm độc gan.

3.

Tìm hiểu thuốc Colestid

Colestid kết hợp với các acid mật – được tạo ra từ cholesterol – trong ruột và thải chúng vào trong phân. Thêm vào đó, Colestid làm tăng thêm số lượng các thụ thể trong tế bào gan có chức năng thải bỏ LDL cholesterol.

Hiệu quả Tùy theo liều dùng, Colestid có thể làm giảm mức LDL cholesterol từ 15% đến 20%. Những người có mức triglyceride cao khi bắt đầu dùng thuốc, có thể sẽ bị tăng cao hơn nữa khi dùng thuốc. Vì vậy, nói chung thì Colestid không nên dùng cho những người có mức triglyceride cao. Mức HDL cholesterol nói chung gia tăng từ 8% đến 10% trong khi dùng Colestid.

Cách dùng Liều dùng khởi đầu của Colestid là một gói nhỏ hay một muỗng đầy (5 gram), mỗi ngày 2 lần. Một số người có thể phải cần nhiều đến 2 gói (10 gram), mỗi ngày 3 lần.

Tác dụng phụ Tác dụng phụ thường gặp nhất là táo bón. Trong thực tế, Colestid đôi khi được dùng để điều trị tiêu chảy. Táo bón có thể giảm nhẹ đi bằng cách tăng liều dùng thật chậm và tăng thật nhiều lượng nước uống vào mỗi ngày. Các tác dụng phụ ít gặp hơn là đầy hơi và buồn nôn.

Thời điểm dùng thuốc Thời điểm tốt nhất để uống thuốc này là ngay trước bữa ăn. Tuy nhiên, vì Colestid có thể tác động đến sự hấp thụ các loại thuốc khác, nên tốt nhất là dùng các thuốc khác trước khi uống Colestid 2 giờ, hoặc sau khi uống Colestid từ 4 đến 6 giờ. Sự tác động đến khả năng hấp thụ các loại thuốc khác có vẻ như không xảy ra với WelChol. Vì thế, WelChol thường là chọn lựa trước tiên của tôi trong nhóm thuốc này.

Chuẩn bị thuốc Hòa một gói thuốc, hay một muỗng đầy (4 gram) trong khoảng 120 đến 180 ml nước lọc. Đừng bao giờ uống thuốc ở dạng khô.

Để yên không khuấy động dung dịch thuốc trong chừng một đến hai phút.

Khuấy thuốc cho thật đều, mặc dù thuốc sẽ không hòa tan trong nước. Uống thuốc vào chậm chậm.

Theo dõi khi dùng thuốc Bởi vì các thuốc khống chế acid mật không được hấp thụ vào máu, chúng hoạt động trong ruột, nên không gây nhiễm độc gan. Vì thế, không cần thiết phải theo dõi các chức năng của gan trong khi dùng thuốc loại này.

Các vấn đề khác Vì Colestid có thể ảnh hưởng đến sự hấp thụ acid folic và cũng có thể là các chất dinh dưỡng thiết yếu khác, nên dùng kèm theo mỗi ngày một viên vi-ta-min tổng hợp. Colestid không hấp thụ vào máu nên không có nguy cơ gây nhiễm độc gan.

Dạng thuốc viên Colestid hiện có sẵn ở dạng thuốc viên rất dễ uống. Mỗi viên chứa 1 gram thuốc. Liều khởi đầu thường là 2 viên (2 gram), mỗi ngày 2 lần. Một số người cần phải dùng liều cao đến 16 viên mỗi ngày. Điều quan trọng là phải uống thuốc với ít nhất 200 ml nước lọc.

4.

Tìm hiểu thuốc WelChol

WelChol kết hợp với các acid mật – được tạo ra từ cholesterol – trong ruột và thải chúng vào trong phân. Thêm vào đó, WelChol làm tăng thêm số lượng các thụ thể trong tế bào gan có chức năng thải bỏ LDL cholesterol.

Hiệu quả Tùy theo liều dùng, WelChol có thể làm giảm mức LDL cholesterol từ 15% đến 20%. Những người có mức triglyceride cao khi bắt đầu dùng thuốc, có thể sẽ bị tăng cao hơn nữa khi dùng thuốc. Vì vậy, nói chung thì WelChol không nên dùng cho những người có mức triglyceride cao. Mức HDL cholesterol nói chung gia tăng từ 8% đến 10% trong khi dùng WelChol.

Cách dùng Liều dùng khởi đầu của WelChol thường hoặc là 3 viên (mỗi viên 625 gram), mỗi ngày 2 lần, hoặc dùng 6 viên một lần trong ngày, uống theo với bữa ăn. Nếu bệnh nhân có táo bón, cho dùng liều thấp và tăng chậm dần dần đến liều nói trên trong vòng vài tuần, thay vì dùng đủ liều ngay từ đầu.

Tác dụng phụ Tác dụng phụ thường gặp nhất là táo bón. Táo bón có thể giảm nhẹ đi bằng cách tăng liều dùng thật chậm.

Thời điểm dùng thuốc Thời điểm tốt nhất để uống thuốc này là ngay trước bữa ăn. WelChol không tác động đến sự hấp thụ các loại thuốc khác, vì thế không cần phải chia tách thời gian khi dùng chung với các thuốc khác. Đây là một tính chất quan trọng, bởi vì nhiều người dùng WelChol cùng lúc với nhiều loại thuốc khác nữa. Vì lý do đó, WelChol thường là chọn lựa trước tiên của tôi trong nhóm thuốc này.

Theo dõi khi dùng thuốc Bởi vì các thuốc khống chế acid mật không được hấp thụ vào máu, chúng hoạt động trong ruột, nên không gây nhiễm độc gan.

Vì thế, không cần thiết phải theo dõi các chức năng của gan trong khi dùng thuốc loại này.

5.

Tìm hiểu thuốc Niaspan

Mặc dù toàn bộ cơ chế hoạt động của niacin chưa được biết rõ, nhưng điều rõ ràng là Niaspan – loại thuốc chứa vitamin niacin như là thành phần hoạt tính – làm giảm thấp khả năng sản sinh ra VLDL (very low-density lipoprotein) của gan. VLDL là một loại lipoprotein chứa nhiều triglyceride được tạo ra trong gan. Một khi được đưa vào máu, VLDL cuối cùng sẽ chuyển hóa thành LDL. Cả LDL và VLDL đều có thể làm tắt nghẽn các động mạch.

Bởi vì VLDL là một loại lipoprotein chứa nhiều triglyceride, nên không có gì đáng ngạc nhiên khi việc sử dụng Niaspan làm cho mức triglyceride giảm xuống. Mức LDL cholesterol cũng giảm xuống khi Niaspan được dùng đều đặn, bởi vì có ít VLDL đưa vào máu để có thể chuyển hóa thành LDL. Trong tất cả các loại thuốc điều mức cholesterol hiện đang được dùng, Niaspan có hiệu quả cao nhất trong việc làm tăng cao mức HDL quá thấp. Mặc dù cơ chế hoạt động nào giúp cho Niaspan có thể làm tăng cao mức HDL cholesterol vẫn chưa được hoàn toàn hiểu rõ, nhưng có vẻ như liên quan đến một loại enzym gọi là hepatic triglyceride lipase.

Hiệu quả Tùy theo liều dùng của Niaspan, mức LDL có thể giảm từ 10% đến 20%, mức triglyceride thường giảm từ 20% đến 25%, và mức HDL gia tăng từ 20% đến 25%. Liều tối đa của Niaspan đã tỏ ra có thể làm giảm mức lipoprotein(a) nhiều đến 20%. Về mặt di truyền, lipoprotein(a) là một loại tiền lipoprotein. Nếu mức lipoprotein(a) cao, chế độ ăn uống và rèn luyện thể lực sẽ không thể làm giảm thấp nó. Những loại thuốc duy nhất để làm giảm thấp mức lipoprotein(a) là niacin và estrogen.

Cách dùng Niaspan là loại thuốc uống vào giờ đi ngủ. Theo đuúng một vài chỉ dẫn đơn giản sẽ làm giảm tối thiểu các tác dụng phụ chính, thường là nổi mẩn đỏ và ngứa da. Chúng tôi cho bệnh nhân dùng thuốc tăng liều chậm, bắt đầu với liều 500 mg trong 4 tuần lễ và sau đó tăng đến 1.000 mg. Nếu liều 1.000 mg không đạt được hiệu quả mong muốn, chúng tôi sẽ tăng đến liều tối đa là 2.000 mg mỗi ngày.

Chúng tôi đề nghị uống một viên aspirin khoảng 30 phút trước khi dùng

thuốc này. Các tác dụng phụ như nổi mẩn đỏ và ngứa da được tin là bởi sự tiết ra prostaglandin. Prostaglandin là một chất trong tự nhiên do cơ thể tạo ra. Chất này làm cho tất cả những mạch máu nhỏ trên bề mặt của da giãn nở ra. Điều này làm gia tăng lượng máu chảy đến da và do đó tạo một cảm giác nóng rần, nổi mẩn đỏ. Aspirin ngăn cản việc tiết ra prostaglandin.

Bởi vì việc tắm nước nóng và uống các loại thức uống nóng, rượu bia... cũng có thể làm cho da nổi mẩn đỏ, chúng tôi đề nghị tránh những thứ này trong vòng một giờ sau khi uống Niaspan.

Cuối cùng, nếu uống Niaspan kèm theo với một vài thức ăn nhẹ như bánh ngọt, sữa, trái cây... sẽ làm chậm quá trình hấp thụ thuốc, và do đó có thể làm giảm nhẹ việc nổi mẩn đỏ và ngứa da.

Tác dụng phụ Các tác dụng phụ thường gặp nhất, như đã nói, là nổi mẩn đỏ và ngứa. Nói chung, chúng tôi đề nghị bệnh nhân kiên trì chịu đựng trong từ 2 đến 4 tuần lễ. Qua giai đoạn này, các tác dụng phụ nói chung đều sẽ giảm nhiều hoặc biến mất hoàn toàn. Thỉnh thoảng cũng có bệnh nhân than phiền về triệu chứng buồn nôn khi uống Niaspan. Mặc dù triệu chứng này nói chung cũng sẽ mất đi theo thời gian, nhưng nếu nó kéo dài thì cần thiết phải kiểm tra chức năng gan bằng cách xét nghiệm máu.

Thời điểm dùng thuốc Như đã nói trên, Niaspan được uống vào thời điểm đi ngủ. Một trong những lợi thế của việc này là nếu như có bị nổi đỏ trên da, bạn cũng chỉ trải qua điều này trong giấc ngủ.

Theo dõi khi dùng thuốc Trong khi dùng thuốc Niaspan, điều quan trọng là phải thường xuyên dưới sự theo dõi của bác sĩ điều trị. Bác sĩ có thể sẽ đề nghị kiểm tra chức năng gan định kỳ. Với một số bệnh nhân, mức đường trong máu và acid uric cũng cần được kiểm tra. Tất cả đều chỉ là những xét nghiệm máu đơn giản.

Thận trọng khi dùng thuốc Niaspan là một loại thuốc rất tốt, nhưng nó có có thể có một số biến chứng nghiêm trọng. Nó có thể làm trầm trọng hơn bệnh tiểu đường ở một số người, mặc dù những nghiên cứu gần đây đã cho thấy là nhiều bệnh nhân tiểu đường vẫn có thể dùng tốt thuốc này. Thuốc cũng có thể gây bệnh gút ở một số người vốn sẵn có khuynh hướng dễ mắc bệnh này. Và mặc dù rất hiếm khi gặp nhưng rối loạn chức năng gan cũng có thể xảy ra. Cuối cùng, với những người có tiền sử bị các vết loét trong đường tiêu hóa, Niaspan thỉnh thoảng cũng có thể làm gia tăng nguy cơ của một trường hợp tái phát.

Các vấn đề khác Nói chung, tôi chỉ sử dụng loại niacin ở dạng thuốc bán theo toa (Niaspan). Niaspan đã tỏ ra là dạng thuốc duy nhất của niacin có thể dùng mỗi ngày một lần mà không mang lại một sự gia tăng đáng kể nguy cơ nhiễm độc gan. Tuy nhiên, niacin cũng có sẵn trên thị trường với các dạng thuốc được bán tự do không cần toa bác sĩ, phải dùng mỗi ngày 3 lần. Nếu bạn muốn dùng thuốc loại này, cẩn thận đừng mua những loại niacin được gọi là "tác dụng chậm" hoặc "không gây mẩn đỏ", bởi vì chúng có thể làm tăng nguy cơ nhiễm độc gan. Nếu muốn dùng một loại thuốc bán tự do, phải nhớ thảo luận trước việc này với bác sĩ điều trị của bạn. Loại niacin "tác dụng ngay" được bán tự do cần phải uống với liều 500 mg mỗi ngày 3 lần. Và liều dùng này phải được gia tăng thật chậm từ một liều rất thấp trước đó.

Một vấn đề đối với loại niacin "tác dụng ngay" được bán tự do không cần toa bác sĩ là phải uống thuốc mỗi ngày 3 lần, với các bữa ăn sáng, trưa, tối. Nếu không dùng đúng 3 lần, hầu như sẽ không thể nào tránh khỏi được các tác dụng nổi mẩn đỏ và ngứa da.

Cuối cùng, nếu bạn mua một dạng thuốc niacin bán tự do, nhớ là đừng mua thuốc nicotinamide. Người anh em họ hàng này của niacin không gây ra mẩn đỏ hay ngứa da, nhưng nó cũng chẳng có tác dụng gì đến cholesterol cả.

6.

Tìm hiểu thuốc Mevacor

Mevacor gây tác động ức chế một phần enzym HMG CoA Reductase. Loại enzym này điều tiết sự sản sinh cholesterol trong gan, và thực tế là ở tất cả các tế bào trong cơ thể. Kết quả cuối cùng của sự ức chế này là sự sụt giảm đáng kể trong mức cholesterol tổng số và LDL cholesterol. Cũng có sự cải thiện nhỏ với mức triglyceride (giảm nhẹ) và HDL cholesterol (tăng nhẹ).

Hiệu quả Tùy theo liều dùng, Mevacor có thể làm giảm mức LDL từ 25% đến 40%. Những người có mức triglyceride cao cũng sẽ được giảm nhẹ. HDL cholesterol có thể tăng nhẹ.

Cách dùng Liều dùng thông thường là từ 10 mg đến 80 mg mỗi ngày. Mevacor nên được uống với bữa ăn tối. Với liều cao hơn 20 mg, nên uống hai lần trong ngày. Nói cách khác, một liều 40 mg nên được chia ra uống 2 lần, mỗi lần 20 mg. Thời điểm tốt nhất để phân hai liều thuốc là một liều vào bữa ăn sáng và một liều vào bữa ăn tối. Nếu bạn bỏ lỡ đi một liều, cứ uống nó vào bất cứ khi nào bạn vừa kịp nhớ ra. Nếu đã quá trễ đến gần liều kế

tiếp, xem như bỏ qua và vẫn cứ uống như bình thường. Đừng vì thế mà tăng liều gấp đôi.

Tác dụng phụ Tác dụng phụ của Mevacor nói chung thường nhẹ và không kéo dài. Các tác dụng phụ có thể có là táo bón, tiêu chảy, đau thắt ruột, buồn nôn, nhức đầu và đau nhức cơ bắp.

Theo dõi khi dùng thuốc Trong khi uống thuốc Mevacor, cần phải được sự theo dõi thường xuyên của bác sĩ. Có thể là bác sĩ cần phải kiểm tra chức năng gan theo định kỳ.

Thận trọng khi dùng thuốc Nếu có dấu hiệu bị sốt, co rút cơ bắp hoặc mệt mỏi trong khi dùng Mevacor, rất có thể đã rơi vào một trường hợp biến chứng rất hiếm gặp gọi là viêm cơ bắp (myositis). Dĩ nhiên, cũng có thể đây chỉ là những dấu hiệu của chứng cảm cúm thông thường. Trong những trường hợp như vậy, bác sĩ sẽ thực hiện một xét nghiệm máu đơn giản để kiểm tra mức enzym cơ trong máu. Nếu mức độ này gia tăng đáng kể, cần phải ngưng thuốc ngay.

7.

Tìm hiểu thuốc Zocor

Zocor gây tác động ức chế một phần enzym HMG CoA Reductase. Loại enzym này điều tiết sự sản sinh cholesterol trong gan, và thực tế là ở tất cả các tế bào trong cơ thể. Kết quả cuối cùng của sự ức chế này là sự sụt giảm đáng kể trong mức cholesterol tổng số và LDL cholesterol. Cũng có sự cải thiện nhỏ với mức triglyceride (giảm nhẹ) và HDL cholesterol (tăng nhẹ).

Hiệu quả

Tùy theo liều dùng, Zocor có thể làm giảm mức LDL từ 25% đến 45%. Những người có mức triglyceride cao cũng sẽ được giảm nhẹ. HDL cholesterol có thể tăng. Trong tất cả các thuốc hiện có thuộc nhóm này, Zocor có vẻ như có ảnh hưởng mạnh nhất đến mức HDL cholesterol.

Cách dùng

Zocor nên được dùng vào giờ đi ngủ. Liều dùng thông thường là từ 5 mg đến 80 mg mỗi ngày. Nếu bạn bỏ lỡ đi một liều, cứ uống nó vào bất cứ khi nào bạn vừa kịp nhớ ra. Nếu đã quá trễ đến gần liều kế tiếp, xem như bỏ qua và vẫn cứ uống như bình thường. Đừng vì thế mà tăng liều gấp đôi.

Tác dụng phụ

Tác dụng phụ của Zocor nói chung thường nhẹ và không kéo dài. Các tác dụng phụ có thể có là táo bón, tiêu chảy, đau thắt ruột, buồn nôn, nhức đầu và đau nhức cơ bắp.

Theo dõi khi dùng thuốc

Trong khi uống thuốc Zocor, cần phải được sự theo dõi thường xuyên của bác sĩ. Có thể là bác sĩ cần phải kiểm tra chức năng gan theo định kỳ.

Thận trọng khi dùng thuốc

Nếu có dấu hiệu bị sốt, co rút cơ bắp hoặc mệt mỏi trong khi dùng Zocor, rất có thể đã rơi vào một trường hợp biến chứng rất hiếm gặp gọi là viêm cơ bắp (myositis). Dĩ nhiên, cũng có thể đây chỉ là những dấu hiệu của chứng cảm cúm thông thường. Trong những trường hợp như vậy, bác sĩ sẽ thực hiện một xét nghiệm máu đơn giản để kiểm tra mức enzym cơ trong máu. Nếu mức độ này gia tăng đáng kể, cần phải ngưng thuốc ngay.

8.

Tìm hiểu thuốc Pravachol

Pravachol gây tác động ức chế một phần enzym HMG CoA Reductase. Loại enzym này điều tiết sự sản sinh cholesterol trong gan, và thực tế là ở tất cả các tế bào trong cơ thể. Kết quả cuối cùng của sự ức chế này là sự sụt giảm đáng kể trong mức cholesterol tổng số và LDL cholesterol. Cũng có sự cải thiện nhỏ với mức triglyceride (giảm nhẹ) và HDL cholesterol (tăng nhẹ).

Hiệu quả

Tùy theo liều dùng, Pravachol có thể làm giảm mức LDL từ 20% đến 32%. Những người có mức triglyceride cao cũng sẽ được giảm nhẹ. HDL cholesterol cũng có thể tăng nhẹ.

Cách dùng

Pravachol nên được dùng vào giờ đi ngủ. Liều dùng thông thường là từ 10 mg đến 40 mg mỗi ngày. Nếu bạn bỏ lỡ đi một liều, cứ uống nó vào bất cứ khi nào bạn vừa kịp nhớ ra. Nếu đã quá trễ đến gần liều kế tiếp, xem như bỏ qua và vẫn cứ uống như bình thường. Đừng vì thế mà tăng liều gấp đôi.

Tác dụng phụ

Tác dụng phụ của Pravachol nói chung thường nhẹ và không kéo dài. Các tác dụng phụ có thể có là táo bón, tiêu chảy, đau thắt ruột, buồn nôn, nhức đầu và đau nhức cơ bắp.

Theo dõi khi dùng thuốc

Trong khi uống thuốc Pravachol, cần phải được sự theo dõi thường xuyên của bác sĩ. Có thể là bác sĩ cần phải kiểm tra chức năng gan theo định kỳ.

Thận trọng khi dùng thuốc

Nếu có dấu hiệu bị sốt, co rút cơ bắp hoặc mệt mỏi trong khi dùng Pravachol, rất có thể đã rơi vào một trường hợp biến chứng rất hiếm gặp gọi là viêm cơ bắp (myositis). Dĩ nhiên, cũng có thể đây chỉ là những dấu hiệu của chứng cảm cúm thông thường. Trong những trường hợp như vậy, bác sĩ sẽ thực hiện một xét nghiệm máu đơn giản để kiểm tra mức enzym cơ trong máu. Nếu mức độ này gia tăng đáng kể, cần phải ngưng thuốc ngay.

9.

Tìm hiểu thuốc Lescol

Lescol gây tác động ức chế một phần enzym HMG CoA Reductase. Loại enzym này điều tiết sự sản sinh cholesterol trong gan, và thực tế là ở tất cả các tế bào trong cơ thể. Kết quả cuối cùng của sự ức chế này là sự sụt giảm đáng kể trong mức cholesterol tổng số và LDL cholesterol. Cũng có sự cải thiện nhỏ với mức triglyceride (giảm nhẹ) và HDL cholesterol (tăng nhẹ).

Hiệu quả

Tùy theo liều dùng, Lescol có thể làm giảm mức LDL từ 20% đến 35%. Những người có mức triglyceride cao cũng sẽ được giảm nhẹ. HDL cholesterol cũng có thể tăng nhẹ.

Cách dùng

Lescol nên được dùng vào giờ đi ngủ. Liều dùng thông thường là từ 20 mg đến 80 mg mỗi ngày. Nếu bạn bỏ lỡ đi một liều, cứ uống nó vào bất cứ khi nào bạn vừa kịp nhớ ra. Nếu đã quá trễ đến gần liều kế tiếp, xem như bỏ qua và vẫn cứ uống như bình thường. Đừng vì thế mà tăng liều gấp đôi.

Tác dụng phụ

Tác dụng phụ của Lescol nói chung thường nhẹ và không kéo dài. Các tác dụng phụ có thể có là táo bón, tiêu chảy, đau thắt ruột, buồn nôn, nhức đầu và đau nhức cơ bắp.

Theo dõi khi dùng thuốc

Trong khi uống thuốc Lescol, cần phải được sự theo dõi thường xuyên của bác sĩ. Có thể là bác sĩ cần phải kiểm tra chức năng gan theo định kỳ.

Thận trọng khi dùng thuốc

Nếu có dấu hiệu bị sốt, co rút cơ bắp hoặc mệt mỏi trong khi dùng Lescol, rất có thể đã rơi vào một trường hợp biến chứng rất hiếm gặp gọi là viêm cơ bắp (myositis). Dĩ nhiên, cũng có thể đây chỉ là những dấu hiệu của chứng cảm cúm thông thường. Trong những trường hợp như vậy, bác sĩ sẽ thực hiện một xét nghiệm máu đơn giản để kiểm tra mức enzym cơ trong máu. Nếu mức độ này gia tăng đáng kể, cần phải ngưng thuốc ngay.

Chú ý

Một dạng phát triển mới của Lescol (Lescol XL 80 mg) hiện vừa được đưa vào sử dụng. Loại thuốc này tỏ ra làm giảm mức LDL mạnh hơn, có thể xấp xỉ trong khoảng từ 33% đến 55%.

10.

Tìm hiểu thuốc Lipitor

Lipitor gây tác động ức chế một phần enzym HMG CoA Reductase. Loại enzym này điều tiết sự sản sinh cholesterol trong gan, và thực tế là ở tất cả các tế bào trong cơ thể. Kết quả cuối cùng của sự ức chế này là sự sụt giảm đáng kể trong mức cholesterol tổng số và LDL cholesterol. Cũng có sự cải thiện nhỏ với mức triglyceride (giảm nhẹ) và HDL cholesterol (tăng nhẹ).

Hiệu quả

Tùy theo liều dùng, Lescol có thể làm giảm mức LDL từ 33% đến 55%. Những người có mức triglyceride cao cũng sẽ được giảm nhẹ. HDL cholesterol cũng có thể tăng nhẹ.

Cách dùng

Một trong những lợi thế của Lipitor là, đây là loại thuốc duy nhất trong nhóm thuốc statin có thể được dùng vào bất cứ lúc nào, ngày cũng như đêm, và có thể có hoặc không có kèm theo thức ăn. Liều dùng thông thường là từ 10 mg đến 80 mg mỗi ngày. Nếu bạn bỏ lỡ đi một liều, cứ uống nó vào bất cứ khi nào bạn vừa kịp nhớ ra. Nếu đã quá trễ đến gần liều kế tiếp, xem như bỏ qua và vẫn cứ uống như bình thường. Đừng vì thế mà tăng liều gấp đôi.

Tác dụng phụ

Tác dụng phụ của Lipitor nói chung thường nhẹ và không kéo dài. Các tác dụng phụ có thể có là táo bón, tiêu chảy, đau thắt ruột, buồn nôn, nhức đầu và đau nhức cơ bắp.

Theo dõi khi dùng thuốc

Trong khi uống thuốc Lipitor, cần phải được sự theo dõi thường xuyên của bác sĩ. Có thể là bác sĩ cần phải kiểm tra chức năng gan theo định kỳ.

Thận trọng khi dùng thuốc

Nếu có dấu hiệu bị sốt, co rút cơ bắp hoặc mệt mỏi trong khi dùng Lipitor, rất có thể đã rơi vào một trường hợp biến chứng rất hiếm gặp gọi là viêm cơ bắp (myositis). Dĩ nhiên, cũng có thể đây chỉ là những dấu hiệu của chứng cảm cúm thông thường. Trong những trường hợp như vậy, bác sĩ sẽ thực hiện một xét nghiệm máu đơn giản để kiểm tra mức enzym cơ trong máu. Nếu mức độ này gia tăng đáng kể, cần phải ngưng thuốc ngay.

11.

Tìm hiểu thuốc Lopid

Lopid làm gia tăng hoạt động của lipoprotein lipase, loại enzym có chức năng phá vỡ các phân tử triglyceride, và làm gia tăng lượng cholesterol được đưa vào mật. Lopid cũng tỏ ra làm chậm quá trình sản sinh triglyceride trong các tế bào gan.

Hiệu quả

Với liều dùng tiêu chuẩn là 600 mg, mỗi ngày 2 lần, Lopid sẽ làm giảm mức triglyceride từ 25% đến 35%. Mức HDL cholesterol có thể được gia tăng từ

7% đến 20%. Các bệnh nhân có mức triglyceride cao nhất thường là những người sẽ tăng mức HDL nhiều nhất.

Cách dùng

Liều dùng thông thường là từ 600 mg mỗi ngày 2 lần. Với những người có thể trọng thấp (dưới 45 kilogram), đôi khi chúng tôi dùng liều 300 mg mỗi ngày 2 lần. Tương tự, những người có bệnh thận cũng có thể cần phải giảm liều. Chúng tôi thường đề nghị bệnh nhân uống thuốc Lopid nửa giờ trước bữa ăn sáng và nửa giờ trước bữa ăn tối.

Tác dụng phụ

Mặc dù hầu hết mọi người đều có thể dung nạp tốt thuốc Lopid, các tác dụng phụ sau đây thỉnh thoảng cũng được ghi nhận: tiêu chảy, đau thắt ruột, buồn nôn, chóng mặt, mờ mắt và đau nhức cơ bắp.

Theo dõi khi dùng thuốc

Trong khi uống thuốc Lopid, bác sĩ có thể cần phải kiểm tra chức năng gan và định kỳ thực hiện việc đếm huyết cầu trong máu.

Thận trọng khi dùng thuốc

Rất có thể là việc điều trị kéo dài bằng Lopid làm tăng nguy cơ phát triển bệnh túi mật. Nếu bạn đang dùng các loại thuốc làm loãng máu (chẳng hạn như warfarin hay Coumadin), bác sĩ cần theo dõi PT (prothrombin time) hay INR (International Normalized Ratio) thật chặt chẽ khi bắt đầu dùng Lopid. Rất có thể liều dùng của warfarin sẽ được giảm bớt đi khi dùng Lopid.

12.

Tìm hiểu thuốc Tricor

Tricor làm gia tăng hoạt động của lipoprotein lipase, loại enzym có chức năng phá vỡ các phân tử triglyceride, và làm gia tăng lượng cholesterol được đưa vào mật. Tricor cũng làm giảm việc sản sinh apoprotein C III (một apoprotein làm ức chế lipo¬protein lipase).

Hiệu quả

Khả năng làm giảm mức triglyceride, giảm mức LDL, và gia tăng mức HDL

của thuốc Tricor tùy thuộc vào mức cholesterol ban đầu (khi bắt đầu dùng thuốc).

Với những người có mức triglyceride cao, liều dùng tiêu chuẩn 160 mg một ngày sẽ làm giảm được từ 45% đến 55%. Mức HDL cholesterol có thể được tăng khoảng 20%.

Với những bệnh nhân có mức LDL cholesterol cao nhưng mức triglyceride bình thường hoặc gần như bình thường, Tricor cho thấy có thể làm giảm mức LDL từ 20% đến 30%. Ở các bệnh nhân này, mức triglyceride giảm với mức độ ít hơn, chỉ từ 25% đến 30%. Mức HDL cholesterol tăng ở những bệnh nhân này là khoảng 10% đến 15%.

Cách dùng

Tricor nên được uống kèm với bữa ăn. Mặc dù thuốc này thường được kê toa với liều dùng một viên 160 mg mỗi ngày, nhưng cũng có sẵn dạng viên 54 mg. Một số người chỉ cần đến liều 54 mg mỗi ngày đủ để điều chỉnh mức triglyceride của họ. Những bệnh nhân có vấn đề về thận nên giảm liều dùng Tricor.

Tác dụng phụ

Mặc dù hầu hết mọi người đều có thể dung nạp tốt thuốc Tricor, các tác dụng phụ sau đây thỉnh thoảng cũng được ghi nhận: đau thắt ruột, buồn nôn, chóng mặt, mờ mắt, nổi mẩn đỏ trên da và đau nhức cơ bắp.

Theo dõi khi dùng thuốc

Trong khi uống thuốc Tricor, bác sĩ có thể cần phải kiểm tra chức năng gan và định kỳ thực hiện việc đếm huyết cầu trong máu.

Thận trọng khi dùng thuốc

Rất có thể là việc điều trị kéo dài bằng Tricor làm tăng nguy cơ phát triển bệnh túi mật. Nếu bạn đang dùng các loại thuốc làm loãng máu (chẳng hạn như warfarin hay Coumadin), bác sĩ cần theo dõi PT (prothrombin time) hay INR (International Normalized Ratio) thật chặt chẽ khi bắt đầu dùng Tricor. Rất có thể liều dùng của warfarin sẽ được giảm bớt đi khi dùng Tricor.

13.

Sự phát triển của y học và các thuốc mới

Mặc dù phần lớn mọi người có thể thành công trong việc làm bình thường hóa mức LDL cholesterol hay triglyceride bằng vào những loại thuốc hiện có, nhưng cũng có một số người, đặc biệt là những người có rối loạn cholesterol do các gen di truyền, có thể không được may mắn như vậy. Và mức HDL cũng là một tình trạng khó khăn khác nữa. Các loại thuốc hiện nay cũng có thể giúp ích cho những người có mức HDL rất thấp, nhưng thường thì không thể điều chỉnh cho hoàn toàn bình thường mức độ thấp của loại lipoprotein này. Nếu đây là trường hợp của bạn, cũng đừng từ bỏ mọi hy vọng. Tương lai đang có nhiều hứa hẹn. Các loại thuốc men được hoàn thiện rất nhiều và các phương thức điều trị vẫn tiếp tục được phát triển.

Trong phần này, tôi sẽ trình bày qua về hai loại rối loạn cholesterol do di truyền thường gặp: familial hypercholesterolemia (FH) và familial com¬bined hyperlipidemia (FCH). FH luôn luôn dẫn đến việc gia tăng rất cao mức LDL cholesterol, rất thường gặp trong khoảng từ 250 mg/dl cho đến 500 mg/dl, và FCH có thể dẫn đến tăng cao mức LDL cholesterol hoặc mức triglyceride, và thường thì cả hai đều tăng. LDL cholesterol có thể vượt xa mức 200 mg/dl, và triglyceride đôi khi có thể trên 1.000 mg/dl. Những người có các rối loạn thuộc loại này có thể đòi hỏi phải dùng đến các biện pháp rất mạnh, chẳng như LDL apheresis. Họ cũng rất có thể là những người được hưởng lợi ích nhiều nhất từ một nhóm thuốc mới gọi là superstatin. Trong phần này, tôi cũng sẽ đề cập chi tiết đến nhóm thuốc superstatin. Và cuối cùng, chúng ta sẽ cùng nhìn lại các rối loạn mức HDL do di truyền, với những phát triển đầy hứa hẹn về các loại thuốc và phương thức trị liệu mới để đối phó với các rối loạn cholesterol rất nghiêm trọng này.

Trong số những bệnh nhân mà tôi điều trị, có nhiều người bị các rối loạn di truyền dẫn đến tăng cao mức LDL cholesterol. Như đã nói, hai trường hợp thường gặp nhất là familial hypercholesterolemia (FH) và familial com¬bined hyperlipidemia (FCH). Những người bị rối loạn thuộc loại familial hypercholesterolemia sẽ có mức LDL cholesterol tăng rất cao. Với một số người, nhưng không phải là tất cả, bị rối loạn thuộc loại familial com¬bined hyperlipidemia, cũng có sự gia tăng tương tự. FH xuất hiện với xác xuất 1 trong 500 người, và FCH thì thường là 1 trong 100 người. Thường thì những người bị FCH không có triệu chứng bệnh gì trước tuổi 30. FH thường có khuynh hướng xuất hiện nhiều hơn trong một số chủng tộc nhất định, người Canada gốc Pháp, người Afrikaaner ở Nam Phi, người Phần Lan, người Leban, và người Do Thái Ashkenazi có tỷ lệ mắc chứng bệnh di truyền này cao hơn những dân tộc khác rất nhiều. Tại Manchester, New

Hampshire, chúng tôi nhận thấy có xấp xỉ khoảng 1 trong số 150 người Canada gốc Pháp mắc phải bệnh này.

FH gây ra mức cholesterol rất cao. Nguyên nhân gây bệnh này nên được nghĩ đến ở người lớn khi mức cholesterol tổng số lên cao đến 340 mg/dl hoặc cao hơn, và ở trẻ con khi mức cholesterol tổng số lên đến 270 mg/dl. Tình trạng này làm tăng mạnh nguy cơ lên cơn đau tim sớm, có thể chỉ là mới đến tuổi 20. Cho đến tuổi 55, một người đàn ông bị FH không được điều trị sẽ có ít nhất là một cơn đau tim, và với phụ nữ là vào tuổi 65. Các nhà khoa học suy đoán rằng lý do mà phụ nữ được "ưu đãi" hơn nam giới khoảng thời gian 10 năm này là do sự hiện diện của estrogen. Một khi người phụ nữ đến tuổi mãn kinh, nguy cơ sẽ gia tăng rất nhanh.

FH bị gây ra bởi sự bất thường của một gen thụ thể LDL. Gen này được tìm thấy trên nhiễm sắc thể (chromosome) số 19. Những ai đã được di truyền một bản sao của gen bất thường này sẽ có mức cholesterol lên cao đến mức như đã nói trên. Một người không may mắn đến mức được di truyền 2 bản sao của gen bất thường này sẽ có mức cholesterol tổng số lên đến trên 700 mg/dl. May thay, trường hợp di truyền 2 bản sao của gen bất thường này là cực kỳ hiếm thấy – một trong số một triệu người. Người mang một bản sao của gen FH sẽ có xác xuất 50% di truyền lại nó cho con của mình. Một khi đã nghi ngờ một trường hợp là FH, tất cả những người có quan hệ huyết thống trực hệ với bệnh nhân đều cần được chú ý theo dõi. Thông thường thì 50% trong số những người này sẽ được phát hiện là cũng bị FH.

Những người bị FH sẽ có những dấu hiệu rất rõ nét khi xem xét về mặt thể chất. Rất thường khi có thể tìm thấy những mảng cholesterol tích tụ đến mức nhìn thấy được (gọi là xanthoma) trong các đường gân ở bàn tay và bàn chân. Cung giác mạc (corneal arcus), một sự tích tụ của cholesterol trong mắt là một dấu hiệu khác nữa.

Familial com¬bined hyperlipidemia (FCH) được cho là loại rối loạn di truyền thường gặp nhất về chuyển hóa cholesterol. Kiểu rối loạn này lần đầu tiên được phát hiện là cách đây gần 30 năm, do các bác sĩ Joseph Goldstein, Helmut Schrott, William Hazzard, Edward Bierman và Arno Motulsky, tất cả đều là những nhà nghiên cứu ở trường đại học Washington. Tuy nhiên, bất chấp quãng thời gian lâu dài đã được biết về FCH, chúng ta vẫn chưa hiểu rõ được về loại gen bất thường này. Mặc dù vậy, điều rõ ràng là những người có FCH có nguy cơ rất lớn trong việc phát triển sớm bệnh tim, thường sẽ có cơn đau tim trước tuổi 55.

Tên gọi familial com¬bined hyperlipidemia chỉ đến những gì được tìm thấy trong mức cholesterol của một bệnh nhân loại này. Một bệnh nhân FCH có thể có một mức LDL cholesterol cao, hoặc mức triglyceride cao, hoặc cả hai. Trong một gia đình có FCH, tất cả các trường hợp bất thường này đều có thể xuất hiện. Bởi vậy rất có thể hai chị em trong nhà đều có FCH, nhưng một người chỉ có mức triglyceride cao, trong khi người kia có cả mức LDL cholesterol và mức triglyceride đều cao.

Cho dù là rơi vào trường hợp bất bình thường cholesterol do gen di truyền loại nào, điều quan trọng là vẫn phải tuân theo những lời khuyên về chế độ ăn uống cũng như rèn luyện thể lực như đã trình bày trong sách này. Những người bị rối loạn cholesterol do di truyền cũng vẫn đòi hỏi phải điều trị bằng thuốc làm giảm cuối cùng. Và trong hầu hết các trường hợp, một loại thuốc thường không đủ để làm làm bình thường mức cholesterol.

Chắc chắn là cũng có những bệnh nhân rất khó điều trị, phải dùng đến hai, hoặc thậm chí là ba loại thuốc cùng lúc mà vẫn không thể làm bình thường trở lại mức cholesterol của họ. Và bao giờ cũng có một số những bệnh nhân gặp khó khăn vì chỉ có thể dung nạp được duy nhất một loại thuốc – do nơi các tác dụng phụ. Trong quá khứ, không có gì nhiều để dành cho những người này. Nhiều người do đó đã phải chịu đựng những sự cố về tim mạch không đáng có, như những cơn đau tim, giải phẫu nghẽn mạch, tạo hình mạch...) hoặc thậm chí chết vì bệnh tim.

Ngày nay, tôi rất vui mừng vì có thể đưa ra cho các bệnh nhân của tôi rất nhiều lựa chọn đa dạng để làm giảm mức cholesterol của họ. Một trong những chọn lựa đã được sự chấp thuận của Cơ quan Quản lý Thực Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) là LDL apheresis. LDL apheresis có thể hình dung như một quá trình thấm tách LDL cholesterol. Trong quá trình này, máu được đưa ra khỏi cơ thể qua một kim tiêm vào tĩnh mạch ở tay. Khi ra khỏi cơ thể, máu được phân tách ra thành huyết tương (dạng chất lỏng chứa LDL cholesterol trong đó) và các tế bào máu. Phần huyết tương được cho chảy qua một ống hấp thụ đặc biệt (dextran sulfate cellulose) mà trong đó LDL cholesterol bám dính lại trong ống. Cuối cùng, phần nhũ tương đã làm sạch LDL cholesterol được kết hợp lại với các tế bào máu như cũ và đưa trở vào cơ thể qua một kim tiêm tĩnh mạch ở tay bên kia. Trong suốt thời gian ở bên ngoài cơ thể, máu được xử lý bằng heparin để chống đông máu.

LDL apheresis có khả năng làm giảm LDL cholesterol từ 70% đến 80%. Trở ngại duy nhất của phương pháp này là vấn đề chi phí và thời gian đòi hỏi phải lập lại. Cho dù LDL apheresis có thể làm giảm mạnh mức cholesterol,

nhưng thật không may là nó sẽ nhanh chóng lên cao trở lại.

Cần nhớ là, cholesterol được tạo ra một cách bình thường bởi cơ thể. Những người có gen di truyền bất thường về cholesterol sẽ tiếp tục sản sinh ra cholesterol với một tốc độ nhanh chóng ngay sau tiến trình LDL apheresis. Nói chung, tiến trình này phải được thực hiện cứ mỗi 2 tuần một lần. Trừ khi một phương thức trị liệu tốt cho các gen di truyền trở thành hiện thực, bằng không thì LDL apheresis là một giải pháp phải lập lại suốt đời. Toàn bộ tiến trình này kéo dài trong khoảng từ 2 đến 3 giờ đồng hồ – hầu hết bệnh nhân được xem video trong thời gian này – và tốn kém khoảng từ 2.500 đô-la cho đến 3.000 đô-la. Bạn có thể nghĩ rằng các bác sĩ và nhân viên y tế làm dịch vụ này chắc hẳn sẽ giàu to. Trong thực tế, trừ ra khoảng 125 đô-la còn thì toàn bộ số tiền này đi vào các chi phí máy móc thiết bị và mua sắm những thứ chỉ dùng một lần (như ống plastic đặc biệt...) để phục vụ cho tiến trình.

Kelly là một bé gái mới 9 tuổi, nhưng lần đầu tiên đến với chúng tôi em có mức cholesterol tổng số lên đến hơn 700 mg/dl, và LDL cholesterol là 650 dl/mg. Thật kém may mắn khi em nhận di truyền 2 gen familial hypercholesterolemia (FH). Không giống như các bệnh nhân chỉ có một gen FH, những người có di truyền 2 gen thường không có tiến triển gì với tác dụng của loại thuốc làm giảm cholesterol. Kelly đã không giảm mức cholesterol chút nào với các loại thuốc nhóm statin. Mặc dù vậy, em đã giảm được 14% mức LDL cholesterol khi sử dụng loại margarine Benecol. Bởi vì mức giảm 14% rõ ràng là chưa đủ đối với trường hợp của Kelly, chúng tôi biết là phải dùng một biện pháp mạnh để có thể cứu em thoát khỏi một cơn đau tim có thể sẽ xảy ra trong tuổi thiếu niên. Hiện Kelly đến trung tâm điều trị của chúng tôi mỗi tuần một lần để thực hiện tiến trình LDL apheresis.

Trước khi thực hiện LDL apheresis, Kelly có những mảng cholesterol tích tụ trông rất khó coi ở khắp nơi trên mặt, nơi gối, bàn tay và mắt cá. Những dấu vết này sau đó đã tan biến đi. Với Kelly, đây là kết quả tốt nhất của việc điều trị. Em giải thích rằng, bọn trẻ trong lớp học chế nhạo em vì những mảng cholesterol này, và khi chúng không còn nữa, sẽ dễ dàng cho em hơn trong việc kết bạn.

Đối với tôi, sự dao động mức cholesterol của Kelly hiện nay là điều rất quan trọng. Ngay sau khi thực hiện tiến trình LDL apheresis, mức cholesterol tổng số của em là 100 mg/dl, và ngay trước lần thực hiện tiến trình LDL apheresis lần sau đó, mức cholesterol tổng số của em là 350 mg/dl. Trong khi mức cholesterol 350 mg/dl tất nhiên là không bình thường, nhưng nó tốt hơn rất nhiều so với khi em chưa được điều trị. Gần đây, chúng tôi vừa gửi em đến

bệnh viện dành cho trẻ em tại Boston để kiểm tra chức năng cơ bắp, và em đã vượt qua một cách rất dễ dàng. Chúng tôi rất vui với kết quả này và chúc mừng bằng cách mua cho em một chiếc xe hẩy và một mũ an toàn mới.

Không chỉ là những người có di truyền 2 gen bất thường FH làm rối loạn cholesterol mới có lợi trong việc điều trị bằng tiến trình LDL apheresis. Một bệnh nhân khác của chúng tôi là Jim, 23 tuổi, được đưa đến cấp cứu vì một cơn đau thắt ngực. May mắn cho anh là đã gặp được một bác sĩ tuyệt vời, đã không dựa vào độ tuổi của Jim để phán đoán là anh không thể lên cơn đau tim. Thay vì vậy, vị bác sĩ này yêu cầu được xem xét về tiền sử bệnh của gia đình, và phát hiện mẹ của Jim đã chết năm 30 tuổi vì một cơn đau tim. Ông cũng biết được rằng mỗi ngày Jim hút 2 gói thuốc lá. Và khi mức LDL cholesterol của Jim được xác định ở mức 350 mg/dl, bác sĩ quyết định là Jim cần phải ở lại bệnh viện.

Rất may là Jim đã không bị một cơn đau tim. Nhưng khi anh không qua được lần kiểm tra chức năng cơ bắp vào buổi sáng, anh được đưa đến phòng đặt ống thông tim mạch. Trong tiến trình này, một chất có màu được tiêm vào các động mạch tim qua một ống thông bằng chất dẻo, để xác định xem các động mạch có bị tắt ngẽn phần nào hay không.

Thật không may khi Jim được phát hiện là có rất nhiều các mảng cholesterol tích tụ. Một trong số đó đòi hỏi phải được xử lý bằng tạo hình mạch. Trong tiến trình này, người ta sử dụng một ống thông nhỏ có chứa một khí cầu có thể bơm phồng cho lớn lên, để mở rộng một động mạch bị tắt nghẽn. Trong trường hợp của Jim, việc tạo hình mạch cũng kèm theo đặt vào trong động mạch một ống nhỏ để ngăn không cho động mạch bị tắt nghẽn trở lại.

Sau lần phải vào bệnh viện này, Jim bỏ hút thuốc lá, bắt đầu một chương trình rèn luyện thể lực thường xuyên, và tuân theo một chế độ ăn ít chất béo.

Bác sĩ điều trị đã cho anh sử dụng ban đầu là thuốc Zocor, và sau đó chuyển sang dùng Lipitor. Mặc dù các loại thuốc này đã làm giảm được mức LDL cholesterol của anh từ 350 mg/dl xuống còn 214 mg/dl, kết quả này vẫn là chưa đủ tốt. Chúng ta còn nhớ rằng, mục tiêu nhắm đến cho những người có bệnh tim phải là một mức LDL cholesterol thấp hơn 100 mg/dl.

Bác sĩ của Jim cho dùng thêm Niaspan. Thuốc này giúp cải thiện được mức HDL cholesterol nhưng không tác động mấy đến LDL cholesterol. Bác sĩ thử cho dùng thêm thuốc bột Questran, nhưng Jim buộc phải ngưng thuốc vì tác dụng phụ của thuốc làm anh bị chứng sình bụng.

Lẽ ra anh có thể tốt hơn nếu dùng loại thuốc mới là WelChol, nhưng vào lúc phải ngưng thuốc Questran, anh từ chối không chịu dùng bất cứ loại thuốc nào cùng nhóm đó nữa.

Vào thời điểm này, Jim được chuyển đến chỗ tôi. Cân nhắc tất cả những biện pháp đã được sử dụng với Jim, rõ ràng là anh ta cần đến một tiến trình LDL apherisis. Chúng tôi khuyến cáo anh là cần phải tiếp tục sử dụng thuốc Lipitor, theo chế độ ăn thích hợp, và rèn luyện thể lực.

Cứ hai tuần một lần Jim đến với chúng tôi để thực hiện LDL apherisis, tay cầm băng hình video. Mức cholesterol gần đây của anh ta được ghi nhận như sau: (Đơn vị tính là mg/dl)

Trước LDL apheresis

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 235 < 150

Triglyceride 100 < 100

LDL cholesterol 180 < 100

HDL cholesterol 35 > 45

Sau LDL apheresis

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 99 < 150

Triglyceride 64 < 100

LDL cholesterol 49 < 100

HDL cholesterol 37 > 45

Không phải ai cần điều trị bằng LDL apherisis cũng có đủ may mắn để được điều trị. Hiện trên toàn nước Mỹ chỉ có 35% số trung tâm điều trị có khả năng thực hiện tiến trình này. Thêm vào đó, một số người không muốn cứ mỗi hai tuần lại phải mất từ 2 đến 3 giờ để thực hiện tiến trình này, ngay cả khi họ cần đến nó.

Một trong các bệnh nhân đã từ chối không chịu thực hiện tiến trình LDL apherisis là Catherine. Khi đến với tôi lần đầu tiên, cô ta đã trải qua một lần phẫu thuật cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh. Đây là một tiến trình được thực hiện để làm rộng động mạch cảnh khi nó bị nghẽn lại bởi cholesterol. Việc cắt bỏ nội mạc động mạch cảnh được thực hiện để ngăn ngừa một cơn đột quỵ có thể xảy ra. Mức cholesterol của Catherine trong lần kiểm tra đầu tiên như sau: (Đơn vị tính bằng mg/dl)

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 363 < 150

Triglyceride 139 < 100

LDL cholesterol 298 < 100

HDL cholesterol 37 > 45

Khi được giới thiệu đến chỗ tôi, Catherine đang dùng thuốc Lipid với liều 600 mg mỗi ngày 2 lần, thuốc bột Colestid mỗi ngày một muỗng, và Niaspan mỗi ngày 1.000 mg. Cô cũng dùng thêm estrogen, có tác dụng làm giảm LDL và nâng cao HDL, nhưng cũng có khuynh hướng làm tăng triglyceride.

Catherine cao 1,63 mét, nặng 67,2 kilogram vào thời điểm bắt đầu điều trị với tôi. Mặc dù chế độ ăn của cô gồm những món ăn rất thích hợp, nhưng khẩu phần lại quá nhiều. Tôi cho rằng cô ta sẽ tốt hơn nếu được giảm cân. Sau khi làm việc với chuyên gia dinh dưỡng của chúng tôi là Mary Card, và bắt đầu một chương trình rèn luyện thể lực đều đặn, Catherine đã giảm thể trọng xuống còn 60 kilogram.

Cuối cùng, Cathrine theo đuổi một chế độ ăn thích hợp và một chương trình rèn luyện thể lực đều đặn, đồng thời dùng các loại thuốc Lipitor với liều 80 mg mỗi ngày, Lopid (600 mg mỗi ngày 2 lần, thuốc viên Colestid 5 gram mỗi ngày – liều tối đa mà cô có thể chấp nhận dung nạp được – và estrogen. Với tất cả những biện pháp này, mức cholesterol của Catherine là như sau: (Đơn vị tính là mg/dl)

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 249 < 150

Triglyceride 79 < 100

LDL cholesterol 193 < 100

HDL cholesterol 41 > 45

Sau 2 năm, tôi đề nghị Catherine xem xét việc thực hiện LDL apheresis. Cô từ chối, chủ yếu là vì cô sống cách trung tâm điều trị của chúng tôi 60 phút đi xe hơi, và cô không muốn phải trói buộc với những chuyến đi như vậy quanh năm. Ở New Hampshire, đường bị tuyết phủ ít nhất là 4 tháng trong một năm. Nhưng cuối cùng khi cô phải trải qua một lần phẫu thuật nghẽn động mạch, cô thay đổi ý kiến.

Gần như là cùng lúc ấy, tôi được Astra Zeneca đề nghị vào một cuộc điều trị thử nghiệm thuốc mới.

Loại thuốc mới này, lúc đó có tên là ZD4522, hay rosuvastatin, dự kiến đưa ra thị trường vào tháng 7 năm 2002 với tên thương phẩm là Crestor. Đây là một loại superstatin, cùng nhóm với các thuốc statin khác như Zocor và Lipitor, nhưng có tác dụng làm giảm mức LDL cholesterol mạnh hơn rất nhiều. Nó tỏ ra có mức độ an toàn và các tác dụng phụ không khác với các thuốc statin.

Tôi đề nghị Catherine chọn lựa việc tham gia điều trị thử nghiệm loại thuốc mới này, với dự tính là nếu không có tác dụng tốt, chúng tôi sẽ tiến hành thực hiện LDL apherisis.

Sau 6 tuần lễ điều trị bằng Crestor với liều 80 mg mỗi ngày, mức cholesterol của Catherine là như sau: (Đơn vị tính là mg/dl)

Mức kiểm tra Mức mong muốn

Cholesterol tổng số 179 < 150

Triglyceride 132 < 100

LDL cholesterol 113 < 100

HDL cholesterol 40 > 45

Bạn có thể đã nhận thấy rằng mức triglyceride của Catherine tăng nhẹ. Tôi không tin là điều này có liên quan gì đến thuốc Crestor.

Hiện nay chúng tôi có 35 bệnh nhân đang điều trị bằng Crestor, và kết quả

hết sức khả quan. Mặc dù con số 35 bệnh nhân có thể cho chúng ta biết qua phần nào về tác dụng của một loại thuốc, nhưng tốt hơn vẫn là hãy khoan đưa ra kết luận cho đến khi nào có được một số đông người được điều trị với thuốc này.

Và chứng cứ ngày càng nhiều hơn về tác dụng tích cực của Crestor. Tháng 3 năm 2001, 5 cuộc nghiên cứu điều trị thử nghiệm với Crestor trên 1.700 bệnh nhân đã báo cáo kết quả tại cuộc họp của American College of Cardiology ở Orlando, Florida. Kết quả của những cuộc nghiên cứu này là hết sức khả quan. Những liều thấp của Crestor, như liều 5 mg có thể làm giảm mức LDL cholesterol đến 41%, và liều 10 mg làm giảm được 47%. Những liều dùng cao hơn của Crestor, như liều 40 mg có thể làm giảm mức LDL cholesterol đến 55%, và liều 80 mg làm giảm được 65%. Crestor cũng làm giảm mức triglyceride đến 19%. Trong khi đó, tác động đến mức HDL lại hơi khác biệt hơn, làm tăng trong khoảng từ 7% cho đến 15%.

Crestor không phải là loại thuốc superstatin duy nhất hiện đang được điều trị thử nghiệm. Sankyo hiện đang bắt đầu thử nghiệm một loại thuốc khác có tên là NK-104. Thuốc này cũng có nhiều hứa hẹn sẽ làm giảm rất mạnh mức LDL cholesterol.

Đôi khi việc điều trị kết hợp các loại thuốc cũng mang lại kết quả tốt không kém việc dùng thuốc superstatin. Schering-Plough và Merck đã phát triển một loại thuốc mới có tên là Ezetimbe. Đây là một loại thuốc ức chế sự hấp thụ cholesterol có chọn lọc, có nghĩa là nó gây tác dụng bằng cách ngăn cản sự hấp thụ cholesterol trong ruột non. Liều dùng 10 mg Ezetimbe cho thấy có thể làm giảm mức cholesterol là 20%.

Trong khi kết quả này tự nó không mấy ấn tượng, thì khi kết hợp với Zocor, Mevacor và Lipitor, tác dụng của thuốc đã tăng vọt đáng kể. Một số các cuộc nghiên cứu đã được thực hiện về đề tài này.

Trong một cuộc nghiên cứu, liều dùng 10 mg Ezetimbe được kết hợp với 10 mg Zocor, làm giảm đến 52% mức LDL cholesterol. Khi 20 mg Ezetimbe được kết hợp với 20 mg Zocor, những bệnh nhân được điều trị thử nghiệm giảm đến 59% mức LDL cholesterol.

Kết hợp 10 mg Ezetimbe với 40 mg Mevacor làm giảm mức LDL cholesterol đến 56%. Và cuối cùng, kết hợp 10 mg Ezetimbe với 10 mg Lipitor cũng làm giảm đến 56% mức LDL cholesterol.

Không có cuộc nghiên cứu nào trong số những cuộc nghiên cứu vừa kể trên dùng đến kết hợp liều cao của các thuốc Zocor, Mevacor hay Lipitor. Rất có thể là những nghiên cứu như vậy rồi sẽ được thực hiện. Bởi vì Ezetimbe đã tỏ ra là một loại thuốc cực kỳ an toàn, những kết hợp liều cao như thế có khả năng sẽ dẫn đến làm giảm mức LDL cholesterol từ 65% đến 70%. Trong tương lai, Ezetimbe cũng có thể sẽ được kết hợp với một trong số các thuốc superstatin. Các thuốc này có cơ chế tác động khác nhau, nên người ta có thể dự đoán rằng một sự kết hợp sẽ rất có khả năng làm giảm đến 80% mức LDL cholesterol.

Hãng Kos Pharmaceuticals cũng đang phát triển một loại thuốc kết hợp, hiện được gọi là Advicor. Mặc dù hãng Kos đã kết hợp hai loại thuốc hiện hành là lovastatin (Mevacor) và Nispan, nhưng Cơ quan Quản lý Thực Dược phẩm Hoa Kỳ vẫn xem đây là một loại thuốc mới và đòi hỏi phải có những cuộc điều trị thử nghiệm. Cho đến nay, loại thuốc kết hợp này chưa tỏ ra có tác dụng phụ nào khác lạ (nghĩa là những tác dụng phụ mà một trong hai loại thuốc trước đây không thấy có) và rất dễ dung nạp. Hãng Kos dự kiến là loại thuốc kết hợp này sẽ có thể làm giảm mức LDL cholesterol đến 45%, giảm mức triglyceride đến 38%, và làm tăng mức HDL cholesterol đến 29%. Những kết quả này có được từ sự kết hợp 2.000 mg Niaspan và 40 mg lovastatin. Cần nhớ rằng, Niaspan cũng làm giảm mức lipoprotein(a), một trong các tác nhân gây ra bệnh tim. Advicor có thể được bán trên thị trường vào cuối năm 2001 hoặc đầu năm 2002.

Để đối phó với triglyceride, hiện nay chúng ta chỉ có 2 nhóm thuốc: nhóm fibric acid derivative (Lopid và Tricor) và niacin (Niaspan). Tôi không biết là có loại thuốc mới nào nhằm điều trị triglyceride hiện đang được phát triển hay không, mặc dù tất cả các thuốc statin đều có khả năng làm giảm phần nào mức triglyceride. Các thuốc superstatin có vẻ như có thể làm giảm mức triglyceride đến 19% – tỷ lệ này có lẽ còn cao hơn nữa với những người có mức triglyceride cao khi bắt đầu điều trị. Các loại fibric acid derivative khác hiện có bán tại châu Âu, và trong tương lai chắc hẳn cũng sẽ có mặt tại Hoa Kỳ. Những thuốc này bao gồm bezafibrate và ciprofirate.

Nếu vấn đề của bạn là mức HDL cholesterol, bạn nên biết rằng rất có thể sẽ có một sự phát triển ồ ạt các liệu pháp mới trong vòng 5 năm tới. Mặc dù mức HDL cholesterol đôi khi cũng có thể được cải thiện đáng kể với niacin (Niaspan) hoặc fibric acid derivative (Lopid hay Tricor), nhưng kết quả này không xuất hiện với tất cả mọi trường hợp. Một phần nào đó, sự yếu kém của chúng ta trong việc làm nâng cao mức HDL cholesterol là do thiếu một sự hiểu biết trọn vẹn về sự chuyển hóa của HDL. May mắn thay, những hiểu

biết này trong mấy năm qua đã được hoàn thiện rất đáng kể.

Vào năm 1996, thụ thể HDL đầu tiên, vốn được tìm thấy chủ yếu trên các tế bào gan, đã được nhận dạng bởi các bác sĩ Susan Acton, Monty Krieger và các đồng nghiệp tại Viện Công nghệ Massachusetts (Massachusetts Institute of Technology – MIT), kết hợp với các bác sĩ Helen Hobbs và Katherinr Landschultz ở Trung tâm Y khoa phía Nam thuộc trường đại học Texas. Thụ thể này, được gọi là class B scavenger receptor hay SR-BI, cho phép cholesterol từ HDL được đưa vào gan, nơi nó có thể được kết hợp với các acid mật và rồi chuyển sang ruột non, để cuối cùng đi ra theo phân.

Vào tháng 8 năm 1999 đã có một khám phá đáng chú ý hơn nữa. Các bác sĩ Angela Brooks-Wilson, Michael Hayden và các đồng nghiệp ở Vancouver, British Columbia đã khám phá ra gen ABC1 và xác định vai trò của nó trong việc chuyển hóa HDL. Bác sĩ Brooks-Wilson và các đồng nghiệp của bà đã biết được chức năng của gen ABC1 bằng cách nghiên cứu những người có gen này bị khiếm khuyết.

Bệnh Tangier được chẩn đoán lần đầu tiên bởi bác sĩ Donald Fredrickson, làm việc tại National Institute of Health, khi một em bé trai 5 tuổi ở đảo Tangier, Virginia được đưa đến bệnh viện của ông. Em bé này có hạch amidan to như quả cam, do sự tích tụ của cholesterol bên trong hạch, có các vấn đề về dây thần kinh ở bàn tay và bàn chân, cũng gây ra do sự tích tụ cholesterol, và một mức HDL không thể xác định được. Cả cha và mẹ em bé đều có mức HDL thấp, từ 20 mg/dl đến 25 mg/dl.

Bác sĩ Fredrickson xác định rằng đây là một trường hợp rối loạn di truyền ẩn. Cả cha và mẹ của em bé đều có một gen gây ra bệnh này, nhưng không phát triển bệnh vì còn có một gen bình thường khác. Em bé đã nhận gen bất thường từ cả cha và mẹ của mình, và do đó phát triển bệnh Tangier.

Đảo Tangier là nơi khởi đầu căn bệnh di truyền ẩn này. Đây là một hòn đảo nhỏ, nằm ở khoảng giữa vịnh Chesapeake, được một nhóm nhỏ người Anh và gia đình đến định cư vào những năm trong thập niên 1680. Có rất ít người rời khỏi đảo hoặc từ nơi khác đến. Kết quả là, hầu như tất cả cư dân trên đảo đều mang họ của một trong 4 người đầu tiên đã đến nơi này. Có thể chấp nhận được khi lý giải rằng, với một điều kiện di truyền quá chật hẹp như vậy, một số các rối loạn di truyền có thể xảy ra.

Mặc dù không ai nghi ngờ gì về việc Tangier là một bệnh di truyền, nhưng sự đột biến gen chính xác đã xảy ra như thế nào vẫn còn là điều khó hiểu,

cho đến khi bác sĩ Brooks-Wilson và các đồng nghiệp của bà xác định rằng một sự khiếm khuyết trong gen ABC1 là nguyên nhân dẫn đến bệnh Tangier.

Điều bác sĩ Brooks-Wilson đã khám phá ra là, không có một gen ABC1 có chức năng hoàn chỉnh, cholesterol sẽ không thể ra khỏi tế bào. Điều này dẫn đến sự tích tụ lại của cholesterol, và nếu sự tích tụ xảy ra với các tế bào của thành động mạch tim, nguy cơ bệnh tim sẽ tăng vọt.

Trong điều thông thường, khi các gen ABC1 có chức năng hoàn chỉnh, cholesterol được đẩy ra khỏi các tế bào, chẳng hạn như các tế bào trong thành động mạch, và tự bám vào các phân tử nhỏ hình đĩa trong máu của chúng ta. Cholesterol được bọc vào bên trong, và phân tử nhỏ hình đĩa trở thành một phân tử HDL hoàn chỉnh. Phân tử HDL này mang cholesterol về gan để cuối cùng được thải ra khỏi cơ thể. Toàn bộ quá trình này được biết như là một sự vận chuyển cholesterol đi ngược lại.

Như bạn có thể đã thấy được, không có một gen ABC1 có chức năng hoàn chỉnh cholesterol sẽ nằm lại trong các tế bào, HDL không bao giờ được hình thành, quá trình vận chuyển ngược cholesterol sẽ không bao giờ rời khỏi điểm xuất phát, và nguy cơ mắc bệnh tim mạch gia tăng nhanh.

Những người mắc bệnh Tangier có 2 gen ABC1 bất thường và có nguy cơ mắc bệnh tim rất cao. Người ta cũng biết rằng, chỉ có một gen ABC1 bất thường, như trường hợp của cha và mẹ cậu bé 5 tuổi vừa nói trên, cũng dẫn đến làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh tim mạch.

Bệnh Tangier rất hiếm có, trên toàn thế giới hiện nay chỉ mới chẩn đoán được cả thảy 40 trường hợp. Tuy nhiên, những khiếm khuyết nhẹ của loại gen này có thể là khá phổ biến. Nếu bạn có một mức HDL cholesterol thấp trong khoảng từ 20 mg/dl đến 25 mg/dl, bạn có thể có một khiếm khuyết nào đó trong gen ABC1.

Hiện có một số các công ty công nghệ sinh học đang tích cực nghiên cứu các loại thuốc nhắm đến làm tăng khả năng hoạt động của gen ABC1. Trong số các công ty này, đáng chú ý là CV Therapeutics, cộng tác với Incyte Genomics và trường đại học California ở San Francisco. Aventis và Merck là 2 công ty lớn khác nữa cũng đang tích cực theo đuổi cùng mục tiêu. Cuộc nghiên cứu này là cực kỳ quan trọng, và tôi hoàn toàn không nghi ngờ gì việc trong khoảng 5 hay 6 năm sắp tới sẽ có những loại thuốc để giúp điều trị cho những người có các khiếm khuyết nhẹ hoặc nặng trong chức năng của gen ABC1.

Tuy nhiên, không phải tất cả các trường hợp có bất thường về HDL cholesterol đều là do gen ABC1 gây ra. Sự chuyển hóa HDL khá phức tạp. Điều rất có thể xảy ra là gen ABC1 của bạn có chức năng hoàn toàn tốt ngay cả khi bạn có một mức HDL cholesterol quá thấp. Một khi phân tử HDL cholesterol được hình thành, nó có thể mang cholesterol đến cho gan, nhưng cũng có thể mang cholesterol đến cho các phân tử lipid khác trong máu. Các phân tử khác này do đó mang nhiều cholesterol hơn, và cuối cùng trở thành các phân tử LDL.

Các phân tử LDL cũng mang cholesterol đến cho gan. Nhưng không phải tất cả các phân tử này đều thực hiện điều nên làm như vậy. Một số các phân tử LDL bị biến đổi về cấu trúc hóa học, hay ô-xy hóa. Những phân tử này không còn bị thu hút về gan nữa. Thay vì vậy, chúng thải cholesterol ra trong các thành động mạch. Điều này xảy ra với những người có mức LDL cholesterol cao, với những người hút thuốc lá, và với những người bị bệnh tiểu đường. Ngược lại, các phân tử HDL không bị biến đổi cấu trúc hóa học hay ô-xy hóa.

Khi phân tử HDL trực tiếp mang cholesterol đến gan, nó phải tương tác với một thụ thể trên bề mặt của các tế bào gan. Để HDL có thể "nhả" cholesterol ra tại đây, phân tử HDL buộc phải tương thích với thụ thể. Bạn có thể hình dung điều này giống như một cái chìa khóa và ổ khóa. Phân tử HDL (chìa khóa) có thể mang rất nhiều cholesterol để "nhả ra", nhưng nếu thụ thể tiếp nhận nó (ổ khóa) lại không hoạt động bình thường – bị khiếm khuyết, cái chìa khóa khi ấy sẽ chẳng làm gì được.

Như đã nói trong một đoạn trước, nhóm nghiên cứu của bác sĩ Susan Acton ở Massachusetts Institute of Technology đã khám phá ra thụ thể class B scavenger, hay SR-BI. SR-BI là một thụ thể tiếp nhận HDL. Một số nhóm nghiên cứu đang chú ý đến SR-BI như là một mục tiêu để tác động vào sự chuyển hóa HDL, với hy vọng làm giảm được các trường hợp bệnh tim mạch.

Các phân tử HDL, như đã nói, đôi khi lại tương tác với các phân tử lipid khác, và "nhả" cholesterol ra cho chúng. Nhưng để các phân tử HDL có thể làm được chuyện này, cần phải có sự hiện diện của chaperone. Chaperone là một loại protein được gọi là cholesterol Ester Transfer protein (CETP).

Tại Nhật Bản, có một số các gia đình bị khiếm khuyết CETP. Kết quả là họ có mức HDL cholesterol rất cao, và nguy cơ mắc các bệnh tim mạch rất thấp. Vì một số lý do, các nhà nghiên cứu tin rằng nếu như CETP có thể

được cố ý làm cho khiếm khuyết đi, có thể mức HDL cholesterol sẽ gia tăng, và nguy cơ về các bệnh tim mạch có thể sẽ giảm thấp. Hiện có 2 công ty, Avant Immuno-therapeutics và Pfizer, đang tích cực phát triển các loại thuốc ức chế CETP. Trong những nghiên cứu sơ khởi, Pfizer đã thấy rằng loại thuốc đang nghiên cứu của họ – có tên là CP-529,414 – có thể làm tăng mức HDL cholesterol lên nhiều đến 70%.

Nâng cao được mức HDL cholesterol cũng không nhất thiết có nghĩa là nguy cơ các bệnh tim mạch sẽ giảm thấp. Trong thực tế, một vài người Nhật với sự khiếm khuyết CETP và mức HDL cholesterol rất cao đã mắc bệnh tim mạch. Nhưng dù vậy, các thuốc ức chế CETP tỏ ra rất có triển vọng.

Một điều rất có thể làm được là tác động đến HDL và quá trình vận chuyển ngược cholesterol mà không cần thiết phải nâng cao mức HDL cholesterol. Esperion Therapeutics là một công ty dược phẩm sinh học đã tập trung chú ý vào việc khám phá và phát triển các liệu pháp định hướng HDL. Tháng 11 năm 2000, Esperion hoàn tất giai đoạn 1 của chương trình điều trị thử nghiệm mang tên LUV (Large Unilamellar Vesicles). Công ty này cũng đang thực hiện giai đoạn 1 của cuộc điều trị thử nghiệm AIM (Apo A-I Milano). Những cuộc điều trị thử nghiệm trong giai đoạn 1 thường là những cuộc điều trị thử nghiệm rất nhỏ nhằm nắm chắc về tính an toàn chung của một loại thuốc. Loại thuốc thử nghiệm được dùng trên một số ít người khỏe mạnh tình nguyện tham gia.

Trong giai đoạn 1 của cuộc điều trị thử nghiệm LUV, những người khỏe mạnh tình nguyện tham gia được cho dùng một liều và nhiều liều LUV. LUV là các phân tử hình cầu được tạo ra từ các lipid, có thể đi quanh các động mạch và tách lấy cholesterol trong máu cũng như trong các tế bào ở thành động mạch. Sau đó, LUV vận chuyển số cholesterol này đến gan để được xử lý tại đây.

Nếu như LUV có thể tách lấy cholesterol từ các động mạch, nhất là các động mạch tim, chúng có thể đẩy lùi bệnh tim – ngay cả khi không có sự gia tăng mức HDL.

Cuộc điều trị thử nghiệm AIM thực hiện việc tiêm AIM vào tĩnh mạch. Đây là một biến thể của Apo A-I, một thành phần chính trong HDL bình thường. Apo A-I Milano có hiện diện trong một nhóm nhỏ những người ở miền Bắc Ý. Những người này có mức HDL rất thấp, nhưng không phát triển các bệnh tim mạch. Người ta hy vọng là AIM sẽ bảo vệ chống lại các bệnh tim mạch bằng cách trích lấy cholesterol từ thành động mạch và vận chuyển về gan để

được thải bỏ ra bên ngoài cơ thể. Trong giai đoạn 1 của cuộc thử nghiệm, Apo A-I có vẻ như nhại theo giống như chức năng của HDL.

Giai đoạn 2 của các cuộc điều trị thử nghiệm nói trên hiện đang được bắt đầu. Không nghi ngờ gì là trong vài ba năm tới sẽ có những liệu pháp mới rất khả quan cho những người có mức HDL thấp.

Trong phần vừa qua, tôi đã nhấn mạnh vai trò của HDL trong việc vận chuyển ngược cholesterol. Mặc dù đây có thể là vai trò quan trọng nhất của HDL, nhưng có lẽ không phải là cách duy nhất mà HDL bảo vệ chúng ta chống lại được các bệnh tim mạch.

HDL đã được biết là có một số tác động chống ô-xy hóa. Trong trường hợp bệnh tim mạch, vai trò của một chất chống ô-xy hóa là ngăn cản không để cho các phân tử LDL cholesterol bị ô-xy hóa.

Ô-xy hóa là một tiến trình hóa học xảy ra trong máu. Khi một phân tử LDL cholesterol bị ô-xy hóa, nó trở nên dễ đi vào các thành động mạch hơn, rồi bám trụ lại đó, góp phần làm phát triển hiện tượng xơ vữa động mạch. Để LDL có thể đi vào thành động mạch, nó phải tự bám được vào các tế bào màng trong của thành động mạch. Để thực hiện điều này một cách dễ dàng nhất, LDL sẽ bám vào những phân tử bám dính khác.

HDL dường như ngăn cản được sự xuất hiện của các phân tử bám dính trên các tế bào màng trong của động mạch. Điều này cũng giúp tạo ra thêm một rào cản, làm cho LDL khó đi vào thành động mạch hơn.

HDL cũng ngăn cản các tiểu cầu, các tế bào có chức năng làm đông máu, không cho chúng tụ lại với nhau. Bởi vì một cơn đau tim thường là kết quả của một mảng cholesterol tích tụ lại và một khối máu đông ở bên trên nó, nên ngăn cản sự đông máu là rất quan trọng trong việc phòng ngừa những cơn đau tim.

Tầm quan trọng tương đối của mỗi một tác dụng vừa kể trên đây của HDL như thế nào vẫn còn chưa được biết rõ, nhưng rất có thể sẽ được nghiên cứu tìm hiểu trong vài năm sắp đến.

Cho dù là mức cholesterol của bạn như thế nào đi nữa, rất có thể là chỉ trong vài ba năm tới đây các liệu pháp hoàn thiện hơn sẽ được áp dụng. Nhưng điều quan trọng cần phải nhớ là, chế độ ăn uống thích hợp và rèn luyện thể lực vẫn là những nền tảng chắc chắn trong việc điều chỉnh mức cholesterol.

Không những chế độ ăn uống thích hợp và rèn luyện thể lực giúp bạn tránh được bệnh tim hay những cơn đột quỵ, chúng còn là thiết yếu trong việc phòng chống nhiều căn bệnh kinh niên khác.

Nhưng cũng sẽ có những trường hợp mà chế độ ăn uống cũng như việc rèn luyện thể lực không thể giúp điều chỉnh hoàn toàn được mức cholesterol. Trong những trường hợp đó, đừng e ngại việc sử dụng các loại thuốc men hiện đại. Điều đó có thể giúp cứu sống được bạn.

KẾT LUẬN

Tôi hy vọng là bạn có sự vui thích khi đọc sách này. Tôi dám cuộc là bạn hẳn đã rất ngạc nhiên khi thấy có quá nhiều điều để nói về cholesterol. Nhưng chẳng phải là điều này cũng đúng với hầu hết các lãnh vực khác hay sao? Bạn càng biết nhiều, càng có nhiều điều hơn để biết. Trong việc làm hoàn thiện mức cholesterol của bạn, tôi là người tin tưởng chắc chắn vào việc càng biết nhiều càng tốt. Nói cho cùng, cơ thể là cơ thể của bạn, chính bạn là người có mức cholesterol cần phải cải thiện. Bạn xứng đáng để được biết càng nhiều càng tốt. Nếu bạn đã đọc kỹ quyển sách này, thì vào lúc này có lẽ bạn đã có những hiểu biết về cholesterol bằng với – nếu không nói là hơn – hầu hết các bác sĩ điều trị.

Tôi hy vọng là những thông tin đã được trình bày trong sách này sẽ giúp bạn xác định được những thay đổi nào cần phải thực hiện trong nếp sống của mình. Khi bạn thực hiện những thay đổi này, hãy nhớ rằng bạn đang từ bỏ những thói quen cũ, và thói quen là rất khó từ bỏ – chính vì vậy mà người ta gọi chúng là thói quen! Nếu bạn phạm sai lầm trong chế độ ăn uống, trong việc rèn luyện thể lực, hoặc uống rượu bia, hay hút thuốc lá – đừng quá nghiêm khắc với chính mình. Và quan trọng hơn hết, đừng bao giờ bỏ cuộc. Hãy phân tích cẩn thận những gì đã xảy ra, và xác định một kết hợp để ngăn ngừa những điều ấy không xảy ra lần nữa. Bạn có thể làm được điều đó.

Nhiều người nói với tôi rằng họ cảm thấy như một sự thất bại nếu như họ phải cần đến một loại thuốc làm giảm cholesterol. Tuy nhiên, nếu bạn có bệnh tim mạch, làm cho yêu cầu về mức cholesterol trở nên rất khắt khe, hay có rối loạn bất thường mức cholesterol do gen di truyền, các laọi thuốc làm giảm cholesterol rất có thể là vô cùng cần thiết. Nếu cần phải dùng thuốc, hãy dùng một cách thật chính xác và kiên trì. Điều đó có thể sẽ cứu sống bạn.

Đối với những người có rối loạn mức cholesterol, tương lai chưa bao giờ khả quan như hiện nay. Chúng ta đã biết được nhiều hơn về chế độ ăn uống, về việc rèn luyện thể lực, về các loại dinh dưỡng và phương thức trị liệu bổ sung. Và chúng ta có những loại thuốc tốt để làm giảm cholesterol, với triển vọng ngày càng tốt hơn nữa. Hãy sử dụng những gì bạn đọc thấy trong sách này đưa ra những quyết định tích cực ngay hôm nay để có thể sống một cuộc sống lâu dài và hạnh phúc.