

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN CỦA TUỔI, GIỚI, BMI, HỌC VẤN, KHU VỰC SỐNG VỚI TÌNH HÌNH KIỂM SOÁT NGẮN HẠN CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Văn Lê¹, Nguyễn Đức Công²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan của các yếu tố tuổi, giới, BMI, học vấn, khu vực sống với tình hình kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại bệnh viện nhân dân 115 sau 3 tháng.

Đối tượng: 157 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp, bao gồm 82 bệnh nhân được điều trị nội khoa và 75 bệnh nhân được điều trị can thiệp mạch vành.

Phương pháp: nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, kết hợp theo dõi dọc sau 3 tháng.

Kết quả: Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá sau 3 tháng lần lượt là 76,5%; 57,7%; 54,6%; 72,2%.

Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp ở nam giới cao hơn so với nữ. BMI của nhóm bệnh nhân có kiểm soát hút thuốc lá thấp hơn so với bệnh nhân không kiểm soát hút thuốc lá. Tỷ lệ kiểm soát hút thuốc lá cao nhất ở nhóm bệnh nhân có học vấn trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Không có mối liên quan giữa tuổi, khu vực sống đối với kiểm soát các yếu tố nguy cơ. Không có mối liên quan giữa giới với kiểm soát đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá, giữa BMI và học vấn với tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu.

Kết luận: Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp ở nam giới cao hơn so với nữ. Có mối

¹ Bệnh viện Nhân Dân 115 TP.HCM, ² Bệnh viện Thống Nhất

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Lê (cong1608@gmail.com)

Ngày nhận bài: 24/2/2022, ngày phản biện: 15/03/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2022

liên quan giữa BMI và học vấn với kiểm soát hút thuốc lá của bệnh nhân. Không có mối liên quan giữa tuổi, khu vực sống đối với kiểm soát các yếu tố nguy cơ.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, kiểm soát yếu tố nguy cơ

STUDY ON THE RELATIONSHIP OF AGE, GENDER, BMI, LIVING AREA, EDUCATIONAL LEVEL WITH SHORT – TERM CONTROL OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

ABSTRACT

Objectives: Survey on the relationship of age, BMI, educational level, living area with the control of cardiovascular risk factors of patients with acute myocardial infarction treated at 115 people's hospital after 3 months.

Subjects: 157 patients with acute myocardial infarction, including 82 patients treated by medical treatment and 75 patients treated by coronary intervention.

Methods: prospective study and cross-sectional descriptive and longitudinal follow-up study after 3 months of treatment.

Results: The proportion of hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia and smoking control were 76.5%, 57.7%, 54.6%, 72.2%, respectively.

The proportion of hypertension control was higher in male than that in female. BMI of the patient group with smoking control was lower than that of patients without smoking control. The smoking control proportion was highest in the patient group with average education. The difference was statistically significant (with $p < 0.05$).

There was no relationship of age and living area with risk factor control. There was no relationship of gender with diabetes control, dyslipidemia and smoking and no relationship of BMI and educational level with hypertension, diabetes and dyslipidemia.

Conclusions: The proportion of hypertension control was higher in male than that in female. There was a relationship of BMI and educational level with smoking control of patients. There was no relationship of age and living area with risk factor control.

Keywords: Acute myocardial infarction, cardiovascular risk factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là

một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện và tử vong hiện nay trên thế

giới, đặc biệt là các nước phát triển, với tỷ lệ hiện mắc lên tới 3 triệu người trên toàn thế giới, với hơn 1 triệu ca tử vong hàng năm ở Hoa Kỳ [1]. NMCT cấp nặng càng gia tăng cùng với sự gia tăng tuổi thọ của con người. Tuy nhiên, độ tuổi mắc bệnh ngày càng trẻ hoá do ảnh hưởng của lối sống, sự gia tăng yếu tố nguy cơ (YTNC) đối với BMV ở lứa tuổi thanh thiếu niên như hút thuốc lá (HTL), béo phì, giảm hoạt động thể chất song song với các rối loạn chuyển hoá như đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid máu (RLLP) máu. Các YTNC trên gây ra quá trình xơ động mạch (VXĐM) sớm, diễn biến từ từ qua nhiều năm dẫn đến NMCT cấp. Kiểm soát các YTNC tim mạch ở bệnh nhân NMCT đóng vai trò quan trọng nhằm cải thiện tiên lượng ngắn hạn cũng như dài hạn, đồng thời làm giảm thiểu biến cố tim mạch tái phát. Tuy nhiên, việc kiểm soát các YTNC này còn hạn chế, và phụ thuộc vào một số yếu tố như nhận thức và am hiểu về bệnh, sự tuân thủ điều trị, điều kiện chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân... Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu mối liên quan giữa tuổi, giới, BMI, học vấn và khu vực sống với kiểm soát ngắn hạn các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp” với mục tiêu: Khảo sát mối liên quan của các yếu tố tuổi, giới, BMI, học vấn, khu vực sống với tình hình kiểm soát yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại bệnh viện nhân dân 115 sau 3 tháng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 157 bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp, bao gồm 82 bệnh nhân được điều trị nội khoa và 75 bệnh nhân được điều trị can thiệp mạch vành qua da tại bệnh viện nhân dân 115, thời gian từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp theo định nghĩa toàn cầu lần IV về NMCT của ESC/ACCF/AHA/WHF [2], được điều trị nội khoa hoặc can thiệp mạch vành, đồng ý tham gia nghiên cứu và theo dõi đánh giá sau 3 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân NMCT được mổ bắc cầu chủ vành, kèm các bệnh nặng khác (suy thận mạn tính điều trị thay thế thận, ung thư, COPD đợt cấp, viêm phổi cấp...) và các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, theo dõi sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, kết hợp theo dõi dọc sau 3 tháng điều trị.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, BMI, học vấn và khu vực sống của bệnh nhân.

+ Các YTNC tim mạch, bao gồm tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid (RLLP), hút thuốc lá (HTL): Có/Không

+ Kiểm soát các YTNC tim mạch, bao gồm THA, ĐTĐ, RLLP, HTL: Có/ Không.

Đánh giá chỉ tiêu nghiên cứu

+ Học vấn: cao (sau đại học, đại học, cao đẳng, trung học chuyên nghiệp), trung bình (trung học phổ thông, trung học cơ sở), thấp (tiểu học, biết đọc biết viết, mù chữ)

+ THA: theo JNC 7 dựa vào trị số huyết áp đo được (huyết áp tâm thu \geq 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương \geq 90 mmHg) hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán, đang điều trị thuốc hạ áp.

+ ĐTĐ: bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ, đang điều trị thuốc hạ đường máu hoặc dựa vào trị số đường huyết/HbA1c của bệnh nhân (theo ADA 2019).

+ RLLP máu: dựa vào trị số lipid máu của bệnh nhân theo Hiệp hội xơ vữa

động mạch (JAS) năm 2012 hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán, đang điều trị thuốc hạ lipid máu.

+ HTL: khi bệnh nhân đã và/hoặc đang HTL.

+ Kiểm soát THA theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA 2011): dựa vào trị số HA (huyết áp tâm thu $<$ 140 mmHg và huyết áp tâm trương $<$ 90 mmHg).

+ Kiểm soát ĐTĐ: HbA1c $<$ 7% (theo AHA 2011)

+ Kiểm soát LDL-C: LDL-C $<$ 1,8 mmol/l (theo AHA 2011)

+ Kiểm soát HTL: bệnh nhân ngưng HTL kể từ thời điểm được điều trị NMCT cấp.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0, tính tần số, tỷ lệ %, so sánh nhiều tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 , so sánh 2 giá trị trung bình bằng T- test. Thống kê có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 157)

Giới (n, %)	Nam	123 (78,3)
	Nữ	34 (21,7)
Tuổi trung bình (X \pm SD)		60,66 \pm 11,98
BMI (X \pm SD)		23,37 \pm 2,94

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Học vấn (n, %)	Thấp	45 (28,7)
	Trung	72 (45,9)
	Cao	40 (25,4)
Khu vực sống (n, %)	Thành thị	72 (45,9)
	Nông thôn	(54,1)

Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn so với nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,66 \pm 11,98$. BMI trung bình là $23,37 \pm 2,94$. Bệnh nhân có học vấn trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (45,9%).

Phân bố giới trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả khác như Felix- Redondo (nam giới

chiếm 81,5%, tuổi trung bình là 67,4) [3] và Nguyễn Thụy Trang (nam giới chiếm 80%, tuổi trung bình $69,3 \pm 9,7$) [4]. BMI trung bình của bệnh nhân cao, phù hợp với đặc điểm của bệnh (thừa cân là YTNC của NMCT cấp). Phân bố học vấn của đối tượng nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu EUROASPIRE III (bệnh nhân có trình độ cấp 2 chiếm ưu thế với 56,7%) [3].

3.2. Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Tỷ lệ kiểm soát THA, ĐTĐ, RLLP máu và HTL của nhóm nghiên cứu (n = 157)

YTNK	Kiểm soát YTNK	n	%
THA (n = 102)		78	76,5
ĐTĐ (n = 26)		15	57,7
RLLPM (n = 130)		71	54,6
HTL (n = 72)		52	72,2

Tỷ lệ kiểm soát THA, ĐTĐ, RLLP máu và HTL sau 3 tháng lần lượt là 76,5%; 57,7%; 54,6%; 72,2%.

So sánh với kết quả của khảo sát EUROASPIRE II, III, [5], [6], tỷ lệ kiểm soát THA, ĐTĐ, RLLP và HTL trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Tuy nhiên, tỷ lệ kiểm soát ĐTĐ, HTL trong

nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang [4] và tỷ lệ kiểm soát RLLP máu thấp hơn so với nghiên cứu của Trương Hoàng Anh Thơ [7].

Kết quả kiểm soát các yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn một số tác giả do đặc điểm của bệnh

nhân nghiên cứu là sau NMCT, bệnh nhân thường phải sử dụng rất nhiều loại thuốc, dẫn đến tình trạng quên hoặc bỏ thuốc.

3.3. Mối liên quan giữa tuổi và kiểm soát yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tuổi và kiểm soát yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Kiểm soát YTNC		Tuổi	(X ± SD)	p
Kiểm soát THA (n = 102)	Có		62,36 ± 11,80	>0,05
	Không		65,79 ± 12,02	
Kiểm soát ĐTĐ (n = 26)	Có		64,93 ± 11,92	>0,05
	Không		62,18 ± 11,73	
Kiểm soát RLLP máu (n = 130)	Có		60,48 ± 13,35	>0,05
	Không		59,05 ± 10,17	
Kiểm soát HTL (n = 72)	Có		56,19 ± 8,84	>0,05
	Không		56,75 ± 12,11	

Không có mối liên quan giữa tuổi và kiểm soát các YTNC, bao gồm THA, ĐTĐ, RLLP máu và HTL (với $p > 0,05$).

Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Jankowski, P và cộng sự (2015) cho thấy việc kiểm soát các YTNC có liên quan đến tuổi tác của bệnh nhân và việc

tham gia vào chương trình phục hồi chức năng / phòng ngừa thứ cấp [8] nhưng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang năm (2014), cho rằng không có mối liên quan giữa tuổi đối với kiểm soát các YTNC ở bệnh nhân sau NMCT cấp sau 3 tháng điều trị [4].

3.4. Mối liên quan giữa giới và kiểm soát yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa giới và kiểm soát yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Kiểm soát YTNC		Giới	Nam (n,%)	Nữ (n,%)	p
Kiểm soát THA (n = 102)	Có		62 (83,8)	16 (57,1)	<0,05
	Không		12 (16,2)	12 (42,9)	

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Kiểm soát ĐTĐ (n = 26)	Có	10 (66,7)	5 (45,5)	> 0,05
	Không	5 (33,3)	6 (54,5)	
Kiểm soát RLLP máu (n = 130)	Có	55 (53,4)	16 (59,3)	
	Không	48 (46,6)	11 (40,7)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được THA ở nam cao hơn ở nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Dallongeville và cộng sự (2010), cho thấy nữ giới có tỷ lệ kiểm soát các YTNC thấp hơn so với nam giới, tỷ lệ đạt mục tiêu về HA, LDL-C

và HbA1c ở nam giới cao hơn so với nữ giới [9].

Tỷ lệ kiểm soát huyết áp ở nam cao hơn so với nữ do sự tuân thủ về chế độ vận động hợp lý ở bệnh nhân nam. Ngoài ra, sự khác biệt này có thể do sự tuân thủ điều trị thuốc THA ở bệnh nhân nam cao hơn so với nữ.

3.5. Mối liên quan giữa BMI và kiểm soát yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa BMI và kiểm soát yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Kiểm soát YTNC		BMI	(X ± SD)	p
Kiểm soát THA (n = 102)	Có		23,63 ± 3,35	>0,05
	Không		23,14 ± 2,53	
Kiểm soát ĐTĐ (n = 26)	Có		22,81 ± 1,74	>0,05
	Không		22,81 ± 1,74	
Kiểm soát RLLP máu (n = 130)	Có		23,12 ± 2,72	>0,05
	Không		24,07 ± 2,88	
Kiểm soát HTL (n = 72)	Có		23,28 ± 2,62	< 0,05
	Không		25,05 ± 2,07	

Không có mối liên quan giữa BMI và kiểm soát HA, kiểm soát ĐM và LP máu (với $p > 0,05$). Bệnh nhân có kiểm soát HTL có BMI thấp hơn so với không kiểm soát HTL. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp so với nghiên cứu của Trương Quang Anh Vũ về khảo sát đặc điểm và kết quả kiểm soát RLLP máu ở bệnh nhân NMCT cấp tại bệnh viện Thống Nhất, không có mối liên quan giữa BMI và kiểm

soát lipid máu của bệnh nhân [10].

3.6. Mối liên quan giữa học vấn và kiểm soát yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa học vấn và kiểm soát yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu

Kiểm soát YTNC		Học vấn	Thấp (n,%)	Trung bình (n,%)	Cao (n, %)	p
		Có	Không			
Kiểm soát THA (n = 102)	Có		21 (67,8)	37 (82,2)	26 (81,3)	>0,05
	Không		10 (32,2)	8 (17,8)	6 (18,7)	
Kiểm soát ĐTDĐ (n = 26)	Có		3 (42,9)	9 (69,2)	3 (50)	
	Không		4 (57,1)	4 (30,8)	3 (50)	
Kiểm soát RLLP máu (n = 130)	Có		19 (55,9)	38 (61,3)	14 (41,2)	>0,05
	Không		15 (44,1)	24 (38,7)	20 (58,8)	
Kiểm soát HTL (n = 72)	Có		7 (46,7)	30 (85,7)	15 (68,2)	<0,05
	Không		8 (53,3)	5 (14,3)	7 (31,8)	

Không có mối liên quan giữa học vấn với kiểm soát THA và RLLP máu. Kết quả này có sự khác biệt so với một số tác giả khác như trong nghiên cứu EUROASPIRE II (2001), trị số HATT ở nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn cao thấp hơn so với những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp – trung bình; nồng độ LDL-C ở bệnh nhân có trình độ học vấn cao thấp hơn so với những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp – trung bình.

Nồng độ HDL-C ở nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn cao cao hơn so với nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn thấp- trung bình [6]. Trong nghiên cứu Jankowski, P và cộng sự (2015) cho thấy

việc kiểm soát các YTNC có liên quan đến trình độ học vấn của bệnh nhân [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát HTL ở nhóm bệnh nhân có học vấn trung bình là cao nhất (68,2%). Theo khảo sát EUROASPIRE II (2001), tỷ lệ HTL ở bệnh nhân có trình độ học vấn cao thấp hơn so với những bệnh nhân có trình độ học vấn thấp – trung bình [6].

Kết quả này do nhóm bệnh nhân có học vấn trung bình nhận thức được vai trò và ảnh hưởng của HTL đối với tình trạng bệnh lý. Nhóm bệnh nhân có học vấn cao ý thức được hậu quả của việc HTL, tuy nhiên khó bỏ thuốc hơn do ảnh hưởng của áp lực, tính chất công việc.

3.7. Mối liên quan giữa khu vực sống và kiểm soát yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa khu vực sống và kiểm soát yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu

Kiểm soát YTNC	Khu vực sống	Thành thị (n,%)	Nông thôn (n,%)	p
	Kiểm soát THA (n = 102)	Có	39 (81,3)	
	Không	9 (18,7)	15 (27,8)	
Kiểm soát ĐTĐ (n = 26)	Có	4 (40)	11 (68,8)	
	Không	6 (60)	5 (31,2)	
Kiểm soát RLLP máu (n = 130)	Có	33 (55)	38 (54,3)	>0,05
	Không	27(45)	32 (45,7)	
Kiểm soát HTL	Có	22 (73,3)	30 (71,4)	>0,05
	Không	8 (26,7)	12 (28,6)	

Không có mối liên quan giữa khu vực sống và kiểm soát THA, ĐTĐ, RLLP máu và HTL ở bệnh nhân NMCT cấp. Kết quả nghiên cứu phù hợp với tác giả Nguyễn Thụy Trang năm (2014), nơi sinh sống không liên quan đến tình hình kiểm soát các YTNC, bao gồm THA, ĐTĐ, RLLP máu và HTL [4].

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ kiểm soát THA ở bệnh nhân nam cao hơn so với bệnh nhân nữ. Nhóm bệnh nhân kiểm soát HTL có BMI thấp hơn so với bệnh nhân không kiểm soát HTL. Tỷ lệ kiểm soát HTL cao nhất ở nhóm bệnh nhân có học vấn trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Không có mối liên quan giữa tuổi, khu vực sống đối với kiểm soát các YTNC.

Không có mối liên quan giữa giới với kiểm soát ĐTĐ, RLLP máu và HTL. Không có mối liên quan giữa BMI và học vấn với THA, ĐTĐ và RLLP (với $p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mechanic, O J, M, Gavin, and S A (2021), Grossman, Acute Myocardial Infarction, in StatPearls, StatPearls Publishing, Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC: Treasure Island (FL).
2. Thygesen, K, et al (2018), Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction, Journal of the American College of Cardiology, 2018, 72(18): p, 2231-2264.
3. Félix-Redondo, F J, et al (2016), Risk factors and therapeutic coverage at 6 years in patients with previous myocardial infarction: the CASTUO

- study, *Open Heart*, 2016, 3(1): p, e000368.
4. Nguyễn Thụy Trang (2014), Khảo sát tình hình kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch sau can thiệp mạch vành, 2014, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, p, 76.
 5. Kotseva, K et al (2009), EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2009, 16(2): p, 121-37.
 6. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries (2001); principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme, *Eur Heart J*, 2001, 22(7): p, 554-72.
 7. Trương Hoàng Anh Thơ (2006), Khảo sát tình hình theo dõi và điều trị bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ năm 2003 đến 2005, 2006, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, p, 76.
 8. Jankowski, P et al (2015), Secondary prevention of coronary artery disease in contemporary clinical practice, *Cardiol J*, 2015, 22(2): p, 219-26.
 9. Dallongeville, J et al (2010), Gender differences in the implementation of cardiovascular prevention measures after an acute coronary event, *Heart*, 2010, 96(21): p, 1744-9.
 10. Trương Quang Anh Vũ, Lê Đình Thanh (2016), Khảo sát đặc điểm và kết quả kiểm soát rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh, 2016, tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh.