

# **YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG KIỂM SOÁT LDL-C THEO KHUYẾN CÁO HỘI TIM MẠCH CHÂU ÂU/HỘI XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH CHÂU ÂU 2019 Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI PHÒNG KHÁM BAN BẢO VỆ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CÁN BỘ TỈNH CÀ MAU**

*Lê Văn Tèo<sup>1</sup>, Vương Hữu Tiến<sup>1</sup>, Hà Phạm Trọng Khang<sup>2</sup>, Hồ Sĩ Dũng<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Công<sup>2</sup>*

## **TÓM TẮT**

*Đặt vấn đề: Kiểm soát low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) tích cực giúp phòng ngừa biến cố tim mạch trên người cao tuổi.*

*Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến kiểm soát LDL-C ở người cao tuổi tại phòng khám ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau từ 11/2020 đến 06/2021 theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu/Hội Xơ vữa động mạch châu Âu 2019 (ESC/EAS 2019).*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 674 người  $\geq 60$  tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 4,6/1, tuổi trung bình là 69,28. Các đối tượng được thu thập thông tin lâm sàng, tiền sử và xét nghiệm LDL-C để phân tầng nguy cơ và tìm hiểu các yếu tố liên quan kiểm soát LDL-C.*

*Kết quả: Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C chung theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 là 22,7%. Đối tượng không hút thuốc lá có tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn (OR 2,03, KTC 95% 1,04 – 3,97,  $p=0,038$ ). Đối tượng tuân thủ điều trị có tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn (OR 7,78, KTC95% 3,69 – 16,42,  $p < 0,001$ ). Nhóm đối tượng điều trị với thuốc rosuvastatin có tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn so với atorvastatin (OR 2,08, KTC95% 1,02 – 4,25,  $p=0,044$ ). Đối tượng mức nguy cơ trung bình có tỷ lệ đạt mục*

<sup>1</sup> Ban Bảo vệ chăm sóc cán bộ tỉnh Cà Mau

<sup>2</sup> Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

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

Ngày nhận bài: 7/9/2021, ngày phản biện: 11/9/2021

Ngày bài báo được đăng: 30/9/2021

tiêu LDL-C cao hơn mức nguy cơ rất cao (OR 5,69, KTC95% 2,84 – 11,38,  $p < 0,001$ ).

*Kết luận:* Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C chung theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 ở người cao tuổi tại phòng khám Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau là chưa cao. Không hút thuốc lá, tuân thủ điều trị, điều trị với rosuvastatin (so với atorvastatin) là những yếu tố làm tăng tỷ lệ kiểm soát LDL-C mục tiêu. Người có nguy cơ tim mạch trung bình có tỷ lệ kiểm soát LDL-C cao hơn người có nguy cơ rất cao.

*Từ khóa:* low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), người cao tuổi, thang điểm SCORE

**RELATED FACTORS TO LDL-C GOAL ACHIEVEMENT IN OLDER OFFICIALS ACCORDING TO 2019 EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY/ EUROPEAN ATHEROSCLEROSIS SOCIETY GUIDELINES IN THE OFFICER HEALTHCARE DEPARTMENT OF CA MAU PROVINCE**

**ABSTRACT**

*Background:* Intensive control of low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) prevents cardiovascular outcomes in the elderly.

*Objectives:* To assess related factors to LDL-C goal achievement in older officials at Healthcare department of the Provincial Party Committee in Ca Mau province as recommended by European Society of Cardiology/European Atherosclerosis Society 2019 (ESC/EAS 2019).

*Methods:* Cross-sectional study in 674 individuals, the male/female ratio was 4,6/1, the mean age was 69,28. They were collected clinical information, medical history and test LDL-C level to assess cardiovascular risk and related factors to LDL-C control status.

*Results:* The prevalence of LDL-C goal achievement was 22.7% according to ESC/EAS 2019 guidelines. Non-smoking people had higher ratio of achievement (OR 2.03, CI95% 1.04 – 3.97,  $p=0.038$ ). Those with the treatment compliance had higher ratio of achievement (OR 7.78, CI 95% 3.69 – 16.42,  $p < 0.001$ ). Compared with individuals treated with atorvastatin, those with rosuvastatin had a higher rate of reaching LDL-C goal (OR 2.08, CI 95% 1.02 – 4.25,  $p=0.044$ ). Those with moderate risk had higher chance of LDL-C achievement (OR 5.69, CI 95% 2.84 – 11.38,  $p < 0.001$ ).

*Conclusions:* The ratio of reaching the LDL-C as recommended by ESC/EAS 2019 in the elderly in the officer healthcare department of Provincial Party Committee in Ca Mau province was not high. Non-smokers, adherence with treatment, treated

*with rosuvastatin (compared with atorvastatin) were associated factors with higher achievement of LDL-C target. People at moderate cardiovascular risk have a higher rate of LDL-C control than people at very high risk.*

*Keywords: low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), elderly, SCORE Risk Charts.*

### 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một vấn đề mang tính chất toàn cầu, bởi vì số lượng người cao tuổi (NCT) không ngừng gia tăng trong những năm gần đây. Bệnh mạch vành và đột quỵ là 2 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở NCT<sup>(5)</sup>. Rối loạn lipid máu, đặc biệt tăng nồng độ low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) trong máu, là yếu tố nguyên nhân cơ bản, khởi phát của xơ vữa động mạch. Và khi yếu tố nguyên nhân LDL-C này kết hợp với những yếu tố nguyên nhân khác thì thúc đẩy tiến trình xơ vữa động mạch và quyết định thể lâm sàng thường gặp của xơ vữa động mạch.

Kiểm soát LDL-C là một trong những biện pháp chính giảm nguy cơ tim mạch. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy việc kiểm soát nồng độ LDL-C tích cực ở NCT trong phòng ngừa nguyên phát hay thứ phát đều làm giảm được các biến cố bệnh mạch vành, đột quỵ, tử vong. Hạ LDL-C tích cực giúp giảm biến cố tim mạch[6]. Năm 2019, Hội Tim mạch châu Âu và Hội Xơ vữa động mạch châu Âu (ESC/EAS 2019) đưa ra khuyến cáo mới trong kiểm soát lipid máu, đặc biệt đưa ra mục tiêu chặt chẽ trong việc kiểm soát trị

số mục tiêu LDL-C theo từng nhóm nguy cơ tim mạch[6]. Khuyến cáo này đã đi vào trong thực hành lâm sàng đặc biệt trên đối tượng NCT điều trị ngoại trú. Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cà Mau có nhiệm vụ quản lý và chăm sóc sức khỏe cán bộ thuộc diện Ban Thường vụ Tỉnh ủy quản lý. Bệnh lý tim mạch cũng là một trong các vấn đề đáng quan tâm của Ban.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát các yếu tố liên quan đến kiểm soát LDL-C ở người cao tuổi tại phòng khám Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cà Mau từ tháng 11/2020 đến tháng 06/2021 theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019.

### 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả NCT ( $\geq 60$  tuổi) là cán bộ thuộc diện Ban Thường vụ tỉnh ủy quản lý được khám sức khỏe định kỳ và điều trị ngoại trú tại Phòng khám Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cà Mau từ tháng 11/2020 đến tháng 06/2021.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Các cán bộ  $\geq 60$  tuổi được quản lý sức khỏe tại phòng khám theo diện quản

lý.

- Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Có đủ hồ sơ về lâm sàng, xét nghiệm về chuyển hóa lipid máu và các yếu tố để đánh giá điểm nguy cơ tim mạch trong 10 năm tới theo khuyến cáo.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ mức độ nặng, không giao tiếp được.

- Được chẩn đoán các bệnh lý: Hội chứng thận hư, suy giáp, ung thư giai đoạn cuối đời.

- Được chẩn đoán các bệnh lý cấp tính cần phải nhập viện điều trị.

- Những người từ địa phương khác đến.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

*Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu liên tục.

*Các bước tiến hành:*

Từ nhóm cán bộ cao tuổi thỏa tiêu chuẩn nhận và tiêu chuẩn loại ra, đề tài thu thập thông tin cá nhân, thói quen, thuốc điều trị rối loạn lipid máu và các chỉ tiêu cận lâm sàng. Đối tượng tham gia nghiên cứu được làm xét nghiệm LDL-C

nhằm đánh giá việc đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C máu theo phân tầng nguy cơ. Đồng thời đánh giá tỷ lệ mắc bệnh tim mạch gây nguy cơ tử vong trong 10 năm theo thang điểm SCORE<sup>(6)</sup>.

## 2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu thu thập được sẽ được nhập vào phần mềm Epidata 3.1. Số liệu sẽ được chuyển qua phần mềm Stata 13 để xử lý thống kê. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (khi có phân phối chuẩn). Biến định tính và biến định danh được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm. So sánh 2 trung bình của biến định lượng bằng phép kiểm t-student. So sánh hai tỉ lệ bằng phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ). Nghiên cứu đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến các yếu tố có  $p < 0,2$  trong mô hình hồi quy logistic đơn biến. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$  với độ tin cậy 95%.

## 2.4. Định nghĩa biến số chính

- Nơi sinh sống: Là biến nhị giá gồm 2 giá trị là thành thị (thành phố Cà Mau) hoặc nông thôn (các huyện, xã còn lại).

- Các biến số tiền căn là biến nhị giá, như hút thuốc lá (có khi còn đang hút thuốc lá hoặc tiền sử hút thuốc nhưng ngưng  $< 1$  năm, uống rượu bia (có khi uống  $> 1$  đơn vị rượu/ngày), tập thể dục (có khi

tập thể dục thể thao  $\geq 30$  phút/ngày và  $\geq 5$  ngày/tuần).

- Điểm SCORE là biến định lượng liên tục (%), được tính dựa vào tuổi, giới, huyết áp, hút thuốc lá, nồng độ cholesterol toàn phần máu[6].

- Nguy cơ tim mạch theo ESC/EAS 2019 là biến thứ tự gồm 4 giá trị: nguy cơ rất cao, cao, trung bình, thấp[6].

Nguy cơ rất cao: Có bệnh tim mạch xơ vữa trên hình ảnh học hoặc lâm sàng, đái tháo đường (ĐTĐ) có tổn thương cơ quan đích hoặc có  $\geq 3$  yếu tố nguy cơ hoặc ĐTĐ típ 1  $> 20$  năm, bệnh thận mạn nặng (độ lọc cầu thận ước tính (eGFR)  $< 30$  ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da), điểm SCORE  $\geq 10\%$ , tăng cholesterol máu gia đình kèm yếu tố nguy cơ chính.

Nguy cơ cao: Yếu tố nguy cơ đơn lẻ tăng rõ rệt, tăng cholesterol máu gia đình không có các yếu tố nguy cơ chính, ĐTĐ không có tổn thương cơ quan đích, thời gian mắc ĐTĐ  $> 10$  năm hoặc một số yếu tố nguy cơ, bệnh thận mạn trung bình (eGFR từ 30–59 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da), SCORE được tính  $\geq 5\%$  và  $< 10\%$ .

Nguy cơ trung bình: Bệnh nhân trẻ tuổi (ĐTĐ típ 1  $< 35$  tuổi; ĐTĐ típ 2  $< 50$  tuổi) với thời gian ĐTĐ  $< 10$  năm, không

có các yếu tố nguy cơ khác, SCORE được tính  $\geq 1\%$  và  $< 5\%$ .

Nguy cơ thấp: SCORE được tính  $< 1\%$ .

Nhóm thuốc điều trị: Là biến danh định, gồm các giá trị atorvastatin, rosuvastatin và fenofibrate.

Tuân thủ điều trị với thuốc điều trị rối loạn lipid máu là biến nhị giá gồm 2 giá trị có hoặc không. Tuân thủ điều trị khi số ngày ngưng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trong tháng qua  $\leq 10\%$  tổng thời gian (tức  $\leq 3$  ngày/tháng).

Nồng độ LDL-C là biến định lượng liên tục, đơn vị mmol/L.

Kiểm soát LDL-C là biến nhị giá gồm 2 giá trị: có khi bệnh nhân được kiểm soát LDL-C theo phân tầng nguy cơ:  $< 1,4$  mmol/L với nguy cơ rất cao,  $< 1,8$  mmol/L với nguy cơ cao,  $< 2,6$  mmol/L với nguy cơ trung bình,  $< 3$  mmol/L với nguy cơ thấp<sup>(6)</sup>.

### 2.5. Y đức

Nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược, Thành phố Hồ Chí Minh số 763/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 24/10/2020.

### 3. KẾT QUẢ

#### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm phân bố theo tuổi, giới và phân tầng nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Biến số và phân nhóm		Toàn bộ (n=674)	Nam giới (n=554)	Nữ giới (n=120)	P
Tuổi, trung bình ± độ lệch chuẩn (thấp nhất – cao nhất)		69,28 ± 6,63 (60 – 96)	69,26 ± 6,77 (60 – 96)	69,34 ± 5,94 (60 – 85)	0,900*
Nhóm tuổi	60 – 69, n (%)	400 (59,3)	332 (59,9)	68 (56,7)	0,510#
	≥70, n (%)	274 (40,7)	222 (40,1)	52 (43,3)	
Nguy cơ	rất cao, n (%)	231 (34,3)	216 (39,0)	15 (12,5)	<0,001#
	cao, n (%)	299 (44,4)	246 (44,4)	53 (44,2)	
	trung bình, n (%)	144 (21,3)	92(16,6)	52(43,3)	
	thấp, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

\*sử dụng thuật toán t student test; #sử dụng so sánh 2 tỉ lệ bằng Chi bình phương

Trong nhóm nam giới, tỷ lệ đối tượng có nguy cơ cao nhiều hơn so với nữ giới, trong khi ở đối tượng có nguy cơ trung bình thì ngược lại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đối tượng thuộc từng nhóm nguy cơ theo giới tính, p <0,001.

Bảng 2. Kiểm soát LDL-C theo ESC/EAS 2019 theo giới, tuổi và phân nhóm nguy cơ tim mạch<sup>(6)</sup>

Biến số và phân nhóm		Toàn bộ (n=674)	Đạt mục tiêu (n=153)	Không đạt mục tiêu (n=521)	P
Giới tính	Nam, n (%)	554 (82,2)	119 (21,5)	535 (78,5)	0,104
	Nữ, n (%)	120 (17,8)	34 (28,3)	86 (71,7)	
Nhóm tuổi	60 – 69, n (%)	400 (59,3)	93 (23,3)	307 (76,7)	0,681
	≥70, n(%)	274 (40,7)	60 (21,9)	214 (78,1)	
Nguy cơ	rất cao, n (%)	231 (34,3)	30 (13,0)	201 (87,0)	<0,001
	cao, n (%)	299 (44,4)	54 (18,1)	245 (81,9)	
	trung bình, n (%)	144 (21,3)	69 (47,9)	75 (52,1)	

#sử dụng so sánh 2 tỉ lệ bằng Chi bình phương

Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở nhóm nguy cơ trung bình chiếm cao nhất, tỷ lệ đạt mục tiêu ở nhóm nguy cơ rất cao chiếm thấp nhất. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về

**CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở từng mức nguy cơ của đối tượng nghiên cứu,  $p < 0,001$ .

*Bảng 3. Hồi quy logistic đơn biến các yếu tố liên quan đến đạt mục tiêu LDL-C của đối tượng nghiên cứu (n=555\*)*

Biến số và phân nhóm		p	OR	KTC 95%
Tuổi		0,848	0,99	0,97 – 1,03
Nhóm tuổi	60 – 69 tuổi	0,418	1	
	≥70 tuổi		0,84	0,56 – 1,27
Nam giới		0,034	0,6	0,37 – 0,96
Sống ở thành thị		0,698	0,91	0,55 – 1,49
Tập thể dục		0,178	1,45	0,84 – 2,49
Không hút thuốc lá		<0,001	3,37	1,92 – 5,91
Uống rượu bia		0,291	0,80	0,54 – 1,20
Tuân thủ điều trị		<0,001	7,07	3,49 – 14,36
Nhóm thuốc điều trị	Atorvastatin		1	
	Rosuvastatin	0,011	2,33	1,22 – 4,44
	Fenofibrat	0,714	1,14	0,57 – 2,25
Mức nguy cơ	Rất cao		1	
	Cao	0,071	1,58	0,96 – 2,60
	Trung bình	<0,001	5,80	3,31 – 10,15

\*Chỉ khảo sát các trường hợp đã được điều trị rối loạn lipid máu trước đó

*Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến đạt mục tiêu LDL-C của đối tượng nghiên cứu (n=555)*

Biến số và phân nhóm		p	OR	KTC 95%
Nam giới		0,462	1,24	0,70 – 2,18
Tập thể dục		0,233	1,45	0,79 – 2,66
Không hút thuốc lá		0,038	2,03	1,04 – 3,97
Tuân thủ điều trị		<0,001	7,78	3,69 – 16,42
Nhóm thuốc điều trị	Atorvastatin		1	
	Rosuvastatin	0,044	2,08	1,02 – 4,25
	Fenofibrat	0,422	1,37	0,63 – 2,97
Mức nguy cơ	Rất cao		1	
	Cao	0,180	1,48	0,83 – 2,63
	Trung bình	<0,001	5,69	2,84 – 11,38

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của nghiên cứu là  $69,28 \pm 6,63$ , dao động từ 60 – 96 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi từ 60 – 69 chiếm tỷ lệ cao hơn (59,3%) so với nhóm  $\geq 70$  tuổi (40,7%). Tỷ lệ nam giới và nữ giới từ 60 – 69 tuổi cao hơn nhóm  $\geq 70$  tuổi. Nghiên cứu này không có sự khác biệt về tuổi trung bình, nhóm tuổi theo giới tính. Tỷ lệ nam giới trong dân số nghiên cứu chiếm tỷ lệ ưu thế (82,2%).

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu thuộc nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao nhất (44,4%), tiếp theo đó là nhóm nguy cơ rất cao (34,3%), và nguy cơ trung bình (21,3%), không có đối tượng nào thuộc nhóm nguy cơ thấp. Trong nhóm nam giới, tỷ lệ nguy cơ cao và rất cao nhiều hơn so với nữ giới, trong khi tỷ lệ nguy cơ trung bình ở nữ giới nhiều hơn nam giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đối tượng thuộc từng nhóm nguy cơ theo giới tính,  $p < 0,001$ .

### 4.2. Đặc điểm kiểm soát LDL-C mục tiêu và các yếu tố liên quan của dân số nghiên cứu

Nhìn chung, tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C ở đối tượng nghiên cứu theo ESC/EAS năm 2019 là 22,7%. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C giữa 2 giới, và ở 2 nhóm tuổi (60 – 69,  $\geq 70$ ). Tác giả Đỗ

Thị Nguyên và cộng sự nghiên cứu trên 321 cán bộ ở Bình Phước thì tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C chung theo khuyến cáo của Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam năm 2015 là 62%, cao hơn so với nghiên cứu này [1]. Sự khác biệt này là do khuyến cáo Hội Tim mạch Quốc gia năm 2015 có chỉ số LDL-C mục tiêu cho từng nhóm nguy cơ là cao hơn so với Hội Tim mạch Châu Âu năm 2019. Tác giả Kim H. S. và cộng sự thực hiện năm 2008 công bố nghiên cứu REALITY-Asia thì tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C chung theo khuyến cáo của NCEP ATP III là 48% [7]. Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C chung của nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu trên khả năng là do sự lựa chọn tiêu chuẩn đánh giá đạt mục tiêu khác nhau. Cụ thể, khuyến cáo NCEP ATP III đặt mục tiêu LDL-C  $< 2,6$  mmol/L cho nhóm bệnh nhân mắc bệnh mạch vành hoặc nguy cơ tim mạch 10 năm  $> 20\%$ , LDL-C  $< 3,4$  mmol/L cho nhóm bệnh nhân có  $\geq 2$  yếu tố nguy cơ, LDL-C  $< 4,1$  mmol/L cho nhóm bệnh nhân có  $< 2$  yếu tố nguy cơ.

Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C ở đối tượng nguy cơ rất cao (mục tiêu LDL-C  $< 1,4$  mmol/L) là 13,0%. Tại Việt Nam, năm 2020 tác giả Quách Tấn Đạt và cộng sự nghiên cứu trên đối tượng NCT sau hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Thống Nhất, đây là đối tượng nguy cơ rất cao, kết quả cho thấy tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở nhóm đối tượng này tại thời



điểm sau xuất viện 3 tháng là 59,1%, cao hơn nghiên cứu này[2]. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Yang Y S và cộng sự trên đối tượng người Hàn Quốc vào năm 2020 thì tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở nhóm nguy cơ rất cao là 39%[8]. Điều này có thể được giải thích do tác giả Quách Tấn Đạt và Yang Y S lựa chọn mốc đạt mục tiêu LDL-C ở nhóm này là  $<1,8$  mmol/L, cao hơn nghiên cứu này ( $<1,4$  mmol/L)[2,8].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đạt mục tiêu ở nhóm nguy cơ cao là 18,1%. Tại Việt Nam, năm 2019 tác giả Trần Thanh Bình và cộng sự nghiên cứu trên những NCT điều trị đái tháo đường típ 2 ngoại trú tại phòng khám Cán bộ cao cấp bệnh viện Thống Nhất, kết quả cho thấy với mục tiêu theo khuyến cáo của Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2018 là LDL-C  $<1,8$  mmol/L thì tỷ lệ đạt mục tiêu là 34,1%, cao hơn nghiên cứu này[3]. Điều này có thể giải thích do địa điểm lấy mẫu khác nhau, sự quan tâm của nhân viên y tế và sự có sẵn nhóm thuốc ezetimibe trong điều trị rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Thống Nhất.

Ở nhóm nguy cơ trung bình, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C là 47,9%, chiếm tỷ lệ cao nhất trong 3 nhóm nguy cơ tim mạch. Tại Việt Nam, năm 2018 tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân và Châu Ngọc Hoa khảo sát trên những bệnh nhân tăng huyết áp và đái tháo đường típ 2 mới phát hiện, với mục tiêu LDL-C  $<2,6$  mmol/L theo

khuyến cáo của ADA 2014 thì tỷ lệ kiểm soát LDL-C là 27%, thấp hơn nghiên cứu này[4]. Điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của tác giả lựa chọn trên những bệnh nhân có cả nhân tăng huyết áp và đái tháo đường típ 2, góp phần vào việc kiểm soát LDL-C mục tiêu là kém hơn so với nghiên cứu này.

### 4.3. Các yếu tố liên quan đến đạt mục tiêu LDL-C

Ở nhóm đối tượng không hút thuốc lá thì tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn nhóm có hút thuốc lá với OR 2,03 (KTC 95% 1,04 – 3,97,  $p=0,038$ ). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hallit S. và cộng sự vào năm 2017 cho thấy những người đang hút thuốc lá thì có nồng độ LDL-C cao hơn những người đã bỏ thuốc lá và những người không hút thuốc lá, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,001$ [9].

Ở những người tuân thủ điều trị tốt thì tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn nhóm không tuân thủ với OR 7,78 (KTC95% 3,69 – 16,42,  $p<0,001$ ). Điều này cho thấy việc tuân thủ điều trị hết sức quan trọng trong việc kiểm soát LDL-C. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân và Châu Ngọc Hoa thực hiện vào năm 2018, khi phân tích hồi quy đa biến thì tuân thủ điều trị là yếu tố liên quan với việc đạt mục tiêu LDL-C với  $p <0,001$ [4].

So với những người điều trị bằng nhóm thuốc atorvastatin, điều trị với nhóm thuốc rosuvastatin có tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn với OR 2,08 (KTC95% 1,02 – 4,25,  $p=0,044$ ). Trong nghiên cứu này, atorvastatin và rosuvastatin là 2 nhóm thuốc statin được sử dụng, trong đó liều của atorvastatin là 10mg và 20mg, còn liều của rosuvastatin là 10mg đều thuộc nhóm liều trung bình. Tuy nhiên, kết quả cho thấy rosuvastatin hiệu quả hơn trong việc đạt mục tiêu LDL-C so với atorvastatin. Kết quả này tương đồng với thử nghiệm PULSAR (2006) cho thấy rosuvastatin 10mg làm giảm nồng độ LDL-C hiệu quả hơn atorvastatin 20mg (44,6% so với 42,7%,  $p < 0,05$ ), đồng thời nhóm sử dụng rosuvastatin 10mg có tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn theo khuyến cáo của ATP III (68,8% so với 62,5%,  $p < 0,05$ ) và theo khuyến cáo của ESC 2003 (68% so với 63,3%) so với nhóm sử dụng atorvastatin 20mg[10].

So với đối tượng mức nguy cơ rất cao thì nhóm có mức nguy cơ trung bình có tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C cao hơn với OR 5,69 (KTC95%: 2,84 – 11,38,  $p < 0,001$ ). Điều này cho thấy mức nguy cơ tim mạch càng cao thì việc đạt mục tiêu LDL-C theo ESC/EAS năm 2019 càng trở nên khó khăn hơn. Kết quả này là tương tự với nghiên cứu REALITY-ASIA (2008) nhằm xác định tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C và các yếu tố liên quan đến việc đạt mục

tiêu LDL-C ở các nước châu Á<sup>(7)</sup>. Nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân càng có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch (tức mức nguy cơ càng cao) thì tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C theo khuyến cáo của ATP III càng thấp hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,001$  [6].

## 5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C chung theo khuyến cáo của ESC/EAS năm 2019 ở người cao tuổi tại phòng khám Ban Bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cà Mau là chưa cao. Không hút thuốc lá, tuân thủ điều trị, điều trị với rosuvastatin (so với atorvastatin) là những yếu tố làm tăng tỷ lệ kiểm soát LDL-C mục tiêu. Người có nguy cơ tim mạch trung bình có tỷ lệ kiểm soát LDL-C cao hơn người có nguy cơ rất cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Thị Nguyên, Hàn Đức Đạt, Hà Phạm Trọng Khang và cs (2020). Nghiên cứu thực trạng kiểm soát LDL-C ở cán bộ thuộc diện quản lý sức khỏe tỉnh ủy Bình Phước. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 24 (5): 231-236.
2. Quách Tấn Đạt, Phạm Hòa Bình, Nguyễn Văn Tân (2021). Thực trạng điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 25 (2):140 - 146.
3. Trần Thanh Bình, Lê Thị Kim

Oanh, Trần Thị Thu Hằng và cs (2019). Rối loạn lipid ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 tại phòng khám A1, Bệnh Viện Thống Nhất. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 23 (3):237 - 243.

4. Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Châu Ngọc Hoa (2018). Tình hình kiểm soát huyết áp, đường huyết và lipid máu trên bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ 2 mới mắc. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, 22 (1):357 - 362.

5. Yazdanyar A, Newman AB (2009). The burden of cardiovascular disease in the elderly: morbidity, mortality, and costs. Clin Geriatr Med, 25(4):563-vii.

6. Mach F, Baigent C, Catapano A L et al. (2020). 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J, 41 (1):111-188.

7. Kim H S, Wu Y, Lin S J, Deerochanawong C et al. (2008). Current status of cholesterol goal attainment after statin therapy among patients with hypercholesterolemia in Asian countries

and region: the Return on Expenditure Achieved for Lipid Therapy in Asia (REALITY-Asia) study. Curr Med Res Opin, 24 (7):1951-63.

8. Yang Y S, Lee S Y, Kim J S et al. (2020). Achievement of LDL-C Targets Defined by ESC/EAS (2011) Guidelines in Risk-Stratified Korean Patients with Dyslipidemia Receiving Lipid-Modifying Treatments. Endocrinol Metab (Seoul), 35 (2):367-376.

9. Hallit S, Zoghbi M, Hallit R et al. (2017). Effect of exclusive cigarette smoking and in combination with waterpipe smoking on lipoproteins. J Epidemiol Glob Health, 7 (4):269-275.

10. Clearfield M B, Amerena J, Bassand J P et al. (2006). Comparison of the efficacy and safety of rosuvastatin 10 mg and atorvastatin 20 mg in high-risk patients with hypercholesterolemia--Prospective study to evaluate the Use of Low doses of the Statins Atorvastatin and Rosuvastatin (PULSAR). Trials, 7:35.