

patients with ruptured abdominal aortic aneurysm: a time-to-death study in patients without operation. *Journal of vascular surgery*. 2004; 39(4): 788-791. doi:10.1016/j.jvs.2003.11.041

8. **Biancari F, Paone R, Venermo M, D'Andrea V, Perälä J.** Diagnostic Accuracy of Computed Tomography in Patients with Suspected Abdominal Aortic Aneurysm Rupture. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*. 2013; 45(3): 227-230. doi:10.1016/j.ejvs.2012.12.006

9. **Liu H, Chen Z, Tang C, et al.** High-density thrombus and maximum transverse diameter on multi-spiral computed tomography angiography combine to predict abdominal aortic aneurysm rupture. *Original Research*. 2022-September-30 2022;9doi:10.3389/fcvm.2022.951264

10. **Lindeman JH, Matsumura JS.** Pharmacologic Management of Aneurysms. *Circulation research*. 2019/02// 2019;124(4):631-646. doi:10.1161/circresaha.118.312439

ĐIỀU TRỊ THUỐC HẠ LIPID MÁU THEO KHUYẾN CÁO TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ^{1,2}, Lê Huỳnh Ngọc Tú³, Đinh Quốc Bảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường type 2 là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng. Bên cạnh việc ổn định đường huyết, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác bao gồm rối loạn lipid máu với chỉ số đại diện là LDL cholesterol là cần thiết để phòng ngừa sự hình thành và tiến triển của các biến chứng tim mạch. Việc điều trị thuốc hạ lipid máu theo khuyến cáo ngay tại thời điểm mới chẩn đoán đái tháo đường type 2 giúp kiểm soát LDL cholesterol hiệu quả và cải thiện tiên lượng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ các thuốc hạ lipid máu trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán và sự tương hợp với các khuyến cáo điều trị hiện hành. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên người bệnh đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Đơn thuốc được ghi nhận tại thời điểm người bệnh đến thăm khám. Sự phù hợp với khuyến cáo điều trị thuốc hạ lipid máu được đánh giá dựa trên phác đồ điều trị của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020. **Kết quả:** Nghiên cứu tuyển chọn 275 người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. Tỉ lệ đồng mắc rối loạn lipid máu là 81,8%. Phân tầng nguy cơ tim mạch bao gồm trung bình 3,6%, cao 53,1% và rất cao 43,3%. Phần lớn (62,9%) điều trị statin, 22,5% phối hợp statin với ezetimibe, 12,8% fibrate đơn độc và 1,5% phối hợp statin với fibrate. Tỉ lệ chỉ định statin cường độ cao và trung bình lần lượt là 5,8% và 94,2%. Theo khuyến cáo của Bộ Y tế, tỉ lệ người bệnh nguy cơ cao hoặc rất cao được chỉ định statin cường độ cao là 3,8%. Tỉ lệ người bệnh đái tháo đường từ 40 – 75 tuổi, bất kể nguy cơ tim mạch xơ vữa điều trị statin cường độ trung bình là 61%. **Kết luận:** Điều trị thuốc hạ lipid máu theo khuyến cáo

trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được cải thiện hơn về tỉ lệ chỉ định statin cũng như cường độ statin. **Từ khóa:** Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, thuốc hạ lipid máu, statin

SUMMARY

GUIDELINE-DIRECTED LIPID-LOWERING MEDICAL TREATMENT IN NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES PATIENTS

Introduction: Type 2 diabetes is a significant cardiovascular risk factor. In addition to stabilizing blood glucose, managing other risk factors such as dyslipidemia, particularly LDL cholesterol, is essential to prevent the development and progression of cardiovascular complications. Initiating guideline-directed lipid-lowering treatment at diagnosis effectively controls LDL cholesterol and improves patient prognosis. **Objective:** This study aimed to determine the prescription rate of lipid-lowering medications according to current guidelines in newly diagnosed type 2 diabetes patients. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on type 2 diabetes patients diagnosed within the past six months at the Endocrinology and Family Medicine clinics of the University Medical Center, Ho Chi Minh City. Prescriptions were recorded at the time of the patient's visit, and adherence to lipid-lowering treatment guidelines was evaluated based on the 2020 treatment guidelines of the Ministry of Health of Vietnam. **Results:** 275 newly diagnosed type 2 diabetes patients were enrolled in the study. The prevalence of comorbid dyslipidemia was 81,8%. Cardiovascular risk stratification included 3,6% at moderate risk, 53,1% at high risk, and 43,3% at very high risk. Most patients (62,9%) were prescribed statins, 22,5% received a combination of statin and ezetimibe, 12,8% received fibrate monotherapy, and 1,5% were prescribed a combination of statin and fibrate. The proportion of patients prescribed high-intensity and moderate-intensity statins was 5,8%, and 94,2% According to the Ministry of Health guidelines, 3,8% of patients at high or very high cardiovascular risk were prescribed high-intensity statins. Among patients aged 40–75, 61% were treated with moderate-intensity statins, regardless of cardiovascular risk. **Conclusion:** Lipid-lowering

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

treatment in newly diagnosed type 2 diabetes patients needs further improvement to align with current guidelines. **Keywords:** Newly diagnosed type 2 diabetes, lipid-lowering medications, statin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh lý chuyển hoá thường gặp và được dự đoán sẽ tiếp tục gia tăng trong tương lai trên thế giới và ở Việt Nam.^{1,2} Đái tháo đường type 2 liên quan mật thiết đến tăng nguy cơ tổn thương mạch máu lớn dẫn đến các biến chứng tim mạch do xơ vữa. Đối với người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, việc kiểm soát tích cực tình trạng rối loạn lipid máu với ưu tiên hàng đầu là LDL (lipoprotein trọng lượng phân tử thấp) cholesterol được chứng minh giúp phòng ngừa các biến chứng nói trên.³ Điều trị thuốc hạ lipid máu theo khuyến cáo với sự nhấn mạnh lên nhóm statin được chứng minh giúp kiểm soát lipid máu hiệu quả, giảm nguy cơ biến chứng tim mạch do xơ vữa, cải thiện tiên lượng cho người bệnh.⁴ Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định tỉ lệ chỉ định các thuốc hạ lipid máu và sự phù hợp với hướng dẫn điều trị hiện hành trên dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Dân số nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán điều trị ngoại trú tại các bệnh viện tuyến cuối.

- Dân số khảo sát: Người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tại phòng khám Nội tiết và Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Tiêu chuẩn chọn người bệnh

- **Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu:** Người từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đái tháo đường type 2 trong vòng 6 tháng đang theo dõi và điều trị tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả.

2.4. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức $N = 1,96.p.(1-p)/m^2$ với $p_1 = 0,47$ là tỉ lệ chỉ định statin trong phòng ngừa tiên phát bệnh tim mạch do xơ vữa (BTMDXV) theo nghiên cứu của tác giả Moon và cộng sự³ và m được chọn là 0,05. N_1 tối thiểu là 195. Với $p_2 = 0,86$ là tỉ lệ chỉ định statin trong phòng ngừa thứ phát bệnh tim mạch xơ vữa cũng theo nghiên cứu tham

chiếu trên, N_2 tối thiểu là 94. Thực tế thực hiện nghiên cứu, số lượng người bệnh tham gia là 275 người.

2.5. Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu liên tục thuận tiện. Nếu người bệnh thỏa tiêu chí đưa vào và không có tiêu chí loại ra sẽ được đưa vào nghiên cứu.

2.6. Định nghĩa biến số

- Đái tháo đường type 2 được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của phác đồ Bộ Y tế 2020 hoặc chẩn đoán hiện có của người bệnh trên hồ sơ bệnh án.⁴

- Nguy cơ tim mạch được phân tầng thành 3 cấp độ: trung bình, cao và rất cao.⁴

- Điều trị thuốc hạ lipid máu theo khuyến cáo: Đơn thuốc bao gồm loại thuốc, liều lượng thuốc được ghi nhận tại thời điểm người bệnh đến thăm khám. Thuốc được xác định là phù hợp khuyến cáo tương ứng với hướng dẫn chuyên môn của Bộ Y tế 2020.⁴

2.7. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ %. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị - tứ phân vị đối với biến định lượng không có phân phối chuẩn.

2.8. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, số 833/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28/9/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (N=275)

Đặc điểm nhân khẩu học	
Tuổi (năm)	50,0 \pm 12,5
Nhóm < 60 tuổi	218 (79,3)
Giới nam	138 (50,2)
BMI	24,4 \pm 3,6
Thừa cân/béo phì	181 (65,8)
Sống ở nông thôn	177 (64,4)
Sống với gia đình	260 (94,5)
Hút thuốc lá	47 (17,1)
Phân tầng nguy cơ tim mạch	
Trung bình	10 (3,6)
Cao	146 (53,1)
Rất cao	119 (43,3)
Bệnh đồng mắc	
Bệnh đồng mắc	266 (96,7)
Tăng huyết áp	90 (32,7)
Rối loạn lipid máu	225 (81,8)
Khác	182 (66,2)

Xét nghiệm lipid máu (mg/dL)	
Cholesterol	184 (145,5 – 212)
TG	162,5 (118,3 – 254)
HDL-C	46 (40 – 53)
LDL-C	113 (83 – 141)

BMI: chỉ số khối cơ thể, TG: triglyceride, HDL: lipoprotein trọng lượng phân tử cao, LDL: lipoprotein trọng lượng phân tử thấp,

Nhận xét: Đa số người bệnh dưới 60 tuổi. Hầu hết người tham gia đều có phân tầng nguy cơ tim mạch từ cao cho đến rất cao. Tất cả các thông số lipid máu trong mẫu có phân phối không chuẩn.

3.2. Điều trị rối loạn lipid máu theo khuyến cáo

Bảng 2. Tỷ lệ chỉ định các nhóm thuốc hạ lipid máu

	Chung (N=275)
Statin cường độ cao	10 (5,8)
Statin cường độ trung bình	163 (94,2)
Statin	
- Atorvastatin	126 (45,8)
- Rosuvastatin	47 (17,1)
Ezetimibe (phối hợp statin)	62 (22,5)
Fibrate	35 (12,7)
Fibrate (phối hợp statin)	4 (1,5)

Nhận xét: Tất cả người tham gia đều được điều trị statin. Hầu hết statin được chỉ định ở cường độ trung bình. Phối hợp thuốc hạ lipid máu phổ biến nhất là statin/ezetimibe.

Bảng 3. Lựa chọn thuốc hạ lipid máu ở người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán theo Bộ Y tế 2020

Đối tượng	Khuyến cáo BYT⁴	Phù hợp với khuyến cáo	Không phù hợp với khuyến cáo
ĐTĐ từ 40 – 75 tuổi, bất kể NCTMXV (n=213)	Chỉ định statin cường độ trung bình*	130 (61)	83 (39)
ĐTĐ từ 75 tuổi trở lên (n=6)	Nên sử dụng statin	5 (83,3)	1 (16,7)
ĐTĐ nguy cơ cao hoặc rất cao, bất kể độ tuổi (n=265)	Chỉ định statin cường độ cao	10 (3,8)	255 (96,2)

Chú thích: *Trong 130 người bệnh ĐTĐ từ 40 – 75 tuổi có chỉ định statin, có 6 người bệnh được chỉ định statin cường độ cao. BYT: Bộ Y tế; ĐTĐ: đái tháo đường; NCTMXV: nguy cơ tim mạch xơ vữa.

Nhận xét: Hơn một nửa số người tham gia được điều trị rối loạn lipid máu không phù hợp với khuyến cáo của Bộ Y tế 2020. Việc điều trị

statin cường độ cao ở nhóm nguy cơ tim mạch cao – rất cao chiếm 3,8% trên nhóm đối tượng này. Đa số người bệnh đái tháo đường cao tuổi đều được chỉ định statin. Gần 60% người bệnh được điều trị statin cường độ trung bình phù hợp khuyến cáo.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn người tham gia có độ tuổi dưới 60, phản ánh sự trẻ hóa ở người bệnh đái tháo đường type 2. Xu hướng này cũng được đề cập trong nhiều nghiên cứu trước đây.⁵ Tuy nhiên, khi phân tầng nguy cơ tim mạch, đa số người bệnh được xếp vào nhóm nguy cơ cao hoặc rất cao, cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa đái tháo đường và bệnh lý tim mạch. Tình trạng này không chỉ làm tăng gánh nặng sức khỏe mà còn kéo theo nhiều hệ lụy về kinh tế xã hội.

Việc kiểm soát LDL cholesterol không hiệu quả ở người bệnh đái tháo đường type 2 là một yếu tố góp phần gia tăng nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch.³ Các khuyến cáo hiện hành nhấn mạnh vai trò của statin trong kiểm soát LDL cholesterol, đặc biệt khi khởi trị ngay từ đầu.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ statin được chỉ định là 62,9%, fibrate chiếm 12,8%, kết hợp statin với fibrate chiếm 1,5% và kết hợp ezetimibe với statin là 22,5%. So với các nghiên cứu trước đó, tỷ lệ sử dụng statin còn thấp, chẳng hạn như nghiên cứu của Trương Quang Thái (2021) với 95,3%⁷ và nghiên cứu của Đặng Duy Khánh (2022) là 95,5%.⁸ Tương tự, nghiên cứu CEPHEUS Pan-Asian (2012) cũng cho thấy tỷ lệ sử dụng liệu pháp statin đơn trị cao hơn, đạt 85,1%.⁹ Như vậy, so với các khuyến cáo, các nghiên cứu trong và ngoài nước thì việc chỉ định statin trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn chưa tối ưu. Đối tượng người bệnh đái tháo đường type 2 thường có nguy cơ tim mạch trung bình trở lên nên việc sử dụng phác đồ statin để giảm LDL cholesterol và dự phòng biến cố tim mạch nên được quan tâm hơn.

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng 37,1% người bệnh không được kê đơn statin, con số này cao hơn so với nghiên cứu của Ana C. và cộng sự.¹⁰ Atorvastatin là nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ là 45,8%, rosuvastatin chiếm tỷ lệ khá thấp (17,1%), ngược lại với tỷ lệ sử dụng atorvastatin (22,5%) và rosuvastatin (66,2%) trong nghiên cứu của tác giả Lê Anh Tuấn (2024) tại bệnh viện Nội tiết Trung Ương. Điều này có thể giải thích bởi tính đặc thù của mỗi bệnh viện, trong đó bệnh viện đa khoa có thể ưu tiên sử dụng các loại thuốc phổ biến, dễ tiếp cận

hơn nên tỉ lệ sử dụng atorvastatin cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nếu mục tiêu không đạt được khi điều trị tối đa liều statin dung nạp được, khuyến cáo phối hợp statin và thuốc hạ lipid máu khác.⁴ Tỉ lệ sử dụng phối hợp statin với ezetimibe và fibrates trong nghiên cứu lần lượt là 22,5% và 1,5%, và các dạng phối hợp này cũng chiếm tỉ lệ thấp trong nghiên cứu của tác giả Trần Lệ Hằng và cộng sự (2023). Tính ì lâm sàng trong thực hành điều trị là bác sĩ nhận ra người bệnh không đạt mục tiêu điều trị nhưng vẫn không thay đổi liệu pháp điều trị. Yếu tố liên quan đến tính ì lâm sàng được ghi nhận là đái tháo đường và rối loạn lipid máu. Đáng chú ý, 2 yếu tố nói trên cũng nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi. Bên cạnh đó, chi phí điều trị cũng có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ sử dụng phối hợp thuốc hạ lipid máu.

Về mức độ tuân thủ khuyến cáo, chỉ 61% người bệnh được kê statin cường độ trung bình phù hợp theo hướng dẫn của Bộ Y tế 2020, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Lao Keat (2023), nơi tỉ lệ này đạt 96,8%. Việc kê đơn chưa hợp lý phần lớn liên quan đến thiếu chỉ định statin cường độ trung bình cho nhóm người bệnh phù hợp.

Tất cả người tham gia trong mẫu nghiên cứu có nguy cơ tim mạch tử trung bình trở lên nên cần được chỉ định statin. Các khuyến cáo điều trị hiện tại luôn nhấn mạnh việc khởi trị đầu tay statin cho việc kiểm soát LDL cholesterol trên nhóm đái tháo đường type 2.^{4,6} Tương ứng với từng phân tầng nguy cơ tim mạch mà cường độ statin khởi trị sẽ có sự thay đổi để đáp ứng với mục tiêu LDL cholesterol ngày càng trở nên chặt chẽ hơn.⁴ Do đó, với số lượng ưu thế người bệnh có nguy cơ tim mạch và rất cao ghi nhận được, cần thiết điều trị statin cường độ cao nhưng hầu hết chỉ định statin trong khảo sát của chúng tôi đều ở mức cường độ trung bình. Hiện tượng chỉ định statin cường độ cao chưa tối ưu cũng được ghi nhận ở nghiên cứu tương tự. Với dân số đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán trong nghiên cứu của chúng tôi, việc ưu thế statin cường độ trung bình có thể liên quan đến cách tiếp cận điều trị dựa trên mục tiêu (treat – to – target) với sự điều chỉnh tăng liều statin dần theo thời gian. Phương thức này hiện có bằng chứng khởi đầu cho thấy có lợi ích tương tự như khởi trị statin cường độ cao ngay từ đầu.¹⁵

Theo BYT 2020, người bệnh đái tháo đường 40 – 75 tuổi cần sử dụng statin cường độ trung bình bất kể nguy cơ BTMDXV nhưng bên cạnh đó khuyến cáo statin cường độ cao trên nhóm đái tháo đường nguy cơ cao hoặc rất cao.⁴ Nghiên

cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ chỉ định statin cường độ cao là 3,8%. Điều này cho thấy phần lớn người bệnh chưa được kê đơn hợp lý theo hướng dẫn của các khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu. Tỉ lệ điều trị statin cường độ cao trong nghiên cứu còn rất thấp (5,8%) tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Văn Sĩ và cộng sự (tỉ lệ kê đơn statin cường độ cao là 6,6%). Điều này có thể ảnh hưởng đến việc chưa kiểm soát tối ưu LDL cholesterol. Điều trị statin cường độ cao vốn dĩ là chỉ định mạnh ở nhóm đái tháo đường có nguy cơ tim mạch cao trở lên.^{4,6} Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điều trị tích cực không được thực hiện ở đa số người bệnh, rất tương đồng với nghiên cứu Nguyễn Văn Sĩ và cộng sự. Đối với dân số châu Âu, tỉ lệ statin cường độ cao có cao hơn những vẫn chưa đến một nửa người bệnh được hưởng lợi từ việc điều trị tích cực này. Sự khác biệt trong điều trị nhất là với dân số châu Á, trong đáp ứng điều trị statin đã được báo cáo. Ở Nhật Bản, liều thấp hơn của atorvastatin (40mg) cho thấy giúp giảm nguy cơ biến cố tim mạch tương đương so với liều statin cao hơn (80 mg) người bệnh ở Âu Mỹ. Các nghiên cứu về dược động học của rosuvastatin chứng minh mức độ phơi nhiễm cao gấp 2 lần ở người châu Á so với người da trắng. Tại Việt Nam, rosuvastatin đã có chống chỉ định ở liều 40mg. Tác dụng phụ liên quan đến statin cũng ghi nhận dễ xảy ra hơn ở dân số châu Á. Các yếu tố di truyền có thể giải thích sự khác biệt liên quan đến sự khác biệt liên quan đến statin giữa người châu Á và người phương Tây.

Kết quả từ nghiên cứu này đại diện cho một nhóm người bệnh đái tháo đường type 2 được điều trị tại các phòng khám, nhưng vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, phạm vi nghiên cứu chỉ giới hạn tại một trung tâm, làm giảm tính khái quát hóa. Thứ hai, thiết kế cắt ngang không cho phép đánh giá điều chỉnh liều statin theo thời gian. Thứ ba, các yếu tố điều trị không dùng thuốc chưa được phân tích đầy đủ. Để khắc phục, các nghiên cứu đa trung tâm và đoàn hệ dài hạn là cần thiết trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Điều trị thuốc hạ lipid máu theo khuyến cáo trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán cần được cải thiện hơn. Việc kê đơn statin cường độ cao chưa đạt yêu cầu có thể ảnh hưởng đến việc kiểm soát tối ưu LDL cholesterol và làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch cho nhóm người bệnh nguy cơ cao. Cần có sự quan tâm đúng mức và các biện pháp phù hợp để cải thiện những kết quả nói trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas.** <https://diabetesatlas.org/>. Accessed June 2, 2024.
- 2. Biswas T, Tran N, Thi My Hanh H, et al.** Type 2 diabetes and hypertension in Vietnam: a systematic review and meta-analysis of studies between 2000 and 2020. *BMJ open*. Aug 8 2022; 12(8):e052725. doi:10.1136/bmjopen-2021-052725.
- 3. Moon MK, Noh J, Rhee EJ, et al.** Cardiovascular Outcomes according to Comorbidities and Low-Density Lipoprotein Cholesterol in Korean People with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes & metabolism journal*. Jan 2023;47(1): 45-58. doi:10.4093/dmj.2021.0344.
- 4. Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 (Ban hành kèm theo Quyết định số 5481/QĐ-BYT ngày 30 tháng 12 năm 2020).
- 5. Ramirez-Morros A, Franch-Nadal J, Real J, et al.** Clinical characteristics and degree of cardiovascular risk factor control in patients with newly-diagnosed type 2 diabetes in Catalonia. *Frontiers in endocrinology*. 2024;15:1339879. doi:10.3389/fendo.2024.1339879.
- 6. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al.** Summary of Revisions: Standards of Care in Diabetes-2023. *Diabetes Care*. Jan 1 2023; 46(Suppl 1):S5-s9. doi:10.2337/dc23-Srev.
- 7. Trương Quang Thái.** Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nội trú tại bệnh viện trường Đại học y dược Cần Thơ. Luận văn thạc sĩ Dược học. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ; 2021. Accessed 05/08/2024.
- 8. Nguyễn Giang Phúc Khánh, Nguyễn Ngọc Phương Thảo, Đặng Duy Khánh.** Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2021 – 2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 08/20 2022;(50):171-179. doi:10.58490/ctump.2022150.140.
- 9. Park JE, Chiang CE, Munawar M, et al.** Lipid-lowering treatment in hypercholesterolaemic patients: the CEPHEUS Pan-Asian survey. *European journal of preventive cardiology*. Aug 2012;19(4): 781-94. doi:10.1177/1741826710397100.
- 10. García-Ulloa AC, Lechuga-Fonseca C, Del Razo-Olvera FM, et al.** Clinician prescription of lipid-lowering drugs and achievement of treatment goals in patients with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus. *BMJ open diabetes research & care*. Feb 2021;9(1)doi:10.1136/bmjdr-2020-001891.

GIÁ TRỊ CỦA TROPONIN I TRONG DỰ ĐOÁN NGUY CƠ SUY TIM CẤP SAU PHẪU THUẬT NGOÀI TIM

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Tìm hiểu mối liên quan của Troponin I với biến cố tim mạch chu phẫu ở bệnh nhân phẫu thuật ngoài tim nguy cơ trung bình - cao tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 100 bệnh nhân phẫu thuật ngoài tim tại bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ tháng 10/2023 đến tháng 9/2024. Bệnh nhân sẽ được theo dõi nồng độ Troponin I trước phẫu thuật, 1 ngày và 3 ngày sau phẫu thuật. Hồi quy logistic được sử dụng để tìm mối liên quan của nồng độ dấu ấn sinh học với biến cố chu phẫu trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. **Kết quả:** Trong 100 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $70 \pm 12,6$, nữ giới chiếm 54%, nồng độ Troponin I trước phẫu thuật, ngày thứ 1, ngày thứ 3 lần lượt là $0,02 \pm 0,065$; $0,014 \pm 0,017$; $2815,3 \pm 11442,6$ (ng/ml). Nồng độ troponin I ngày thứ 3 có thấy có mối liên quan chặt chẽ với suy tim cấp với OR 30077121790,7 (95% CI:1,17 - 7,72880725607392E+20), $p=0,049$. **Kết luận:**

Nguyễn Thành Lê¹, Nguyễn Thị Bạch Yến²

Troponin I là dấu ấn có giá trị trong theo dõi biến cố suy tim cấp ở bệnh nhân phẫu thuật ngoài tim.

Từ khóa: phẫu thuật ngoài tim; suy tim cấp; troponin I

SUMMARY

EVALUATING THE PREDICTIVE VALUE OF TROPONIN I LEVELS IN ANTICIPATING ACUTE HEART FAILURE RISK AFTER NON-CARDIAC SURGICAL PROCEDURES

Objective: The objective of this study is to examine the correlation between Troponin I levels and perioperative cardiovascular incidents in medium to high risk patients undergoing non-cardiac surgical procedures at Vinh Phuc Provincial General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study involving 100 patients scheduled for non-cardiac surgery was performed at Vinh Phuc Provincial General Hospital between October 2023 and September 2024. Troponin I levels were measured preoperatively, on postoperative day 1, and again on postoperative day 3. To evaluate the relationship between biomarker levels and perioperative outcomes occurring within 30 days post-surgery, logistic regression analysis was employed. **Results:** In a cohort of 100 patients with a mean age of 70 ± 12.6 years, 54% of the participants were female. Troponin I concentrations measured preoperatively, on postoperative day 1, and on postoperative day 3 were

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Lê

Email: nguyenthanhle.tmv@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025