

điểm căn nguyên viêm phổi ở bệnh nhân mới vào khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2017 - 2018. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 472, số 1: 140-145.

4. **Trần Trung Kiên** (2000) "Nghiên cứu biến chứng của đặt nội khí quản đường miệng trong Hồi sức Cấp cứu". Luận văn thạc sĩ y khoa.. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Giăng Thục Anh** (2004) "Nhận xét tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn BV

tai khoa ĐTTT BV Bạch Mai 2003 – 2004". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.

6. **Nguyễn Thị Dụ**. (2000) "Đánh giá hiệu quả chống viêm phế quản phổi mắc phải trên bệnh nhân thở máy dài ngày của phương pháp hút đờm kín khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai". Công trình nghiên cứu khoa học 1999 – 2000:266-271.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT LDL-C Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Bùi Thị Minh Phượng¹, Nguyễn Duy Chí¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 198 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, xét nghiệm LDL-C và phỏng vấn bệnh nhân. Phân tích thống kê được thực hiện bằng SPSS 26.0, sử dụng kiểm định Chi-square, t-test và hồi quy logistic đa biến để xác định yếu tố liên quan đến kiểm soát LDL-C. **Kết quả:** 31,8% bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C (<1,8 mmol/L), 68,2% chưa đạt. Các yếu tố ảnh hưởng quan trọng: Tuân thủ điều trị tốt giúp tăng khả năng đạt LDL-C (26,8% vs. 0%, $p = 0,001$). Hoạt động thể chất và chế độ ăn lành mạnh có tác động đáng kể ($p < 0,01$). Hút thuốc làm giảm khả năng kiểm soát LDL-C ($p = 0,03$). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C còn thấp. Cần tối ưu hóa điều trị statin, tăng cường giáo dục bệnh nhân về tuân thủ thuốc và lối sống lành mạnh để kiểm soát lipid máu hiệu quả hơn. **Từ khóa:** LDL-C, hội chứng động mạch vành mạn, kiểm soát lipid, yếu tố nguy cơ, tuân thủ điều trị, lối sống.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING LDL-C CONTROL IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROME AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine the proportion of patients achieving LDL-C targets and analyze the factors influencing LDL-C control in patients with chronic coronary syndrome at Thai Binh General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 198 patients diagnosed with chronic

coronary syndrome. Data were collected from medical records, LDL-C test results, and patient interviews. Statistical analysis was performed using SPSS 26.0, employing Chi-square tests, t-tests, and multivariate logistic regression to identify factors related to LDL-C control. **Results:** 31.8% of patients achieved the LDL-C target (<1.8 mmol/L), while 68.2% did not. Key influencing factors: Good treatment adherence significantly increased the likelihood of achieving LDL-C targets (26.8% vs. 0%, $p = 0.001$). Physical activity and a healthy diet had significant impacts ($p < 0.01$). Smoking reduced the ability to control LDL-C ($p = 0.03$). **Conclusion:** The proportion of patients achieving LDL-C targets remains low. Optimizing statin therapy, enhancing patient education on medication adherence, and promoting a healthy lifestyle are essential for better lipid control. **Keywords:** LDL-C, chronic coronary syndrome, lipid control, risk factors, treatment adherence, lifestyle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, đặc biệt là hội chứng động mạch vành mạn (HCDMVM), là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Trong đó, cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C) đóng vai trò quan trọng trong cơ chế hình thành mảng xơ vữa, làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng kiểm soát LDL-C ở mức mục tiêu có thể giúp giảm nguy cơ biến cố tim mạch lên đến 24%[1].

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC 2023), bệnh nhân HCDMVM thuộc nhóm nguy cơ rất cao cần đạt LDL-C <1,4 mmol/L, trong khi nhóm nguy cơ cao cần kiểm soát LDL-C dưới 1,8 mmol/L [2]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt được mục tiêu này vẫn còn thấp, đặc biệt ở các nước đang phát triển [3].

Tại Việt Nam, kiểm soát LDL-C còn nhiều thách thức do tuân thủ điều trị kém, chế độ ăn

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Minh Phượng

Email: minhphuongybt@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

uống chưa hợp lý, lối sống ít vận động và hạn chế sử dụng các liệu pháp điều trị bổ sung. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở bệnh nhân HCDMMV tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ kiểm soát LDL-C.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn (HCDMMV) theo tiêu chuẩn của ESC 2023.

Có xét nghiệm LDL-C trong vòng 6 tháng gần nhất tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có suy gan, suy thận tiến triển hoặc suy tim giai đoạn cuối.

Đang sử dụng thuốc ảnh hưởng chuyển hóa lipid (corticosteroid kéo dài, thuốc kháng virus HIV...).

Không tuân thủ điều trị hoặc không có đủ dữ liệu theo dõi.

2.1.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2024 đến tháng 01/2025.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu 198 bệnh nhân, nhằm xác định tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C và phân tích các yếu tố ảnh hưởng.

Phương pháp thu thập dữ liệu

Xét nghiệm LDL-C huyết thanh: Xác định bằng sinh hóa tự động, đơn vị mmol/L.

Dữ liệu bệnh nhân: Thu thập từ hồ sơ bệnh án, phỏng vấn trực tiếp và bảng hỏi, bao gồm:

Nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, nơi sống.

Tiền sử bệnh lý: Tăng huyết áp, đái tháo đường, nhồi máu cơ tim.

Điều trị hạ lipid: Loại statin, liều statin (cao/trung bình/thấp).

Lối sống: Chế độ ăn, hoạt động thể chất (đạt/không đạt khuyến cáo ESC), hút thuốc, uống rượu.

Tuân thủ điều trị: Đánh giá theo MMAS-8 (tốt ≥ 6 , trung bình 4-5, kém ≤ 3).

Biến số nghiên cứu

Nhân khẩu học: Tuổi, giới tính, nơi sống.

Lối sống:

Hoạt động thể chất (đủ/không đủ theo ESC).

Chế độ ăn uống.

Hút thuốc, uống rượu bia.

Điều trị:

Loại statin, cường độ statin (cao/trung bình/thấp).

Có sử dụng ezetimibe hoặc PCSK9i.

Tuân thủ điều trị: Theo MMAS-8.

Khả năng đạt mục tiêu LDL-C:

Đạt mục tiêu ($< 1,8$ mmol/L).

Không đạt mục tiêu ($\geq 1,8$ mmol/L).

Phân tích số liệu

Phần mềm phân tích: SPSS 26.0.

Thống kê mô tả:

Biến liên tục: Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD).

Biến phân loại: Tỷ lệ phần trăm (%).

Thống kê suy luận:

Chi-square (χ^2): So sánh tỷ lệ đạt LDL-C giữa các nhóm.

t-test: So sánh giá trị trung bình LDL-C.

Hồi quy logistic nhị phân: Xác định yếu tố ảnh hưởng mạnh nhất đến khả năng đạt LDL-C ($p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo mục tiêu LDL-C

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Đạt mục tiêu $< 1,8$ mmol/L	63	31,8
Không đạt mục tiêu $\geq 1,8$ mmol/L	135	68,2
Tổng	198	100,0

Nhận xét: Trong số 198 đối tượng tham gia nghiên cứu có 63/198 đối tượng có LDL-C đạt mục tiêu ($< 1,8$ mmol/L) chiếm 31,8%.

Bảng 3.2. Phân tích mối liên quan giữa tuổi và khả năng đạt mục tiêu LDL-C

Nhóm tuổi	Tổng số bệnh nhân (n)	Đạt mục tiêu LDL-C (n)	Không đạt mục tiêu (n)	Tỷ lệ đạt mục tiêu (%)	p
< 50 tuổi	7	5	2	2,5	0,03
50-65 tuổi	57	21	36	10,6	
> 65 tuổi	134	37	97	18,7	
Tổng số	198	63	135	31,8	

Nhận xét: Qua bảng, ta thấy tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C tăng dần theo tuổi, với nhóm < 50 tuổi đạt thấp nhất (2,5%) và nhóm > 65 tuổi đạt cao nhất (18,7%). Tổng thể, chỉ 31,8% bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C, cho thấy việc kiểm soát lipid máu vẫn còn hạn chế. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$), cho thấy tuổi tác có ảnh hưởng đến khả năng đạt mục tiêu điều trị.

Bảng 3.3. Phân tích mối liên quan giữa lối sống (hoạt động thể chất) và khả năng đạt mục tiêu LDL-C

Mức độ hoạt động thể chất	Tổng số bệnh nhân (n)	Đạt mục tiêu LDL-C (n)	Không đạt mục tiêu (n)	Tỷ lệ đạt mục tiêu (%)	p
Không hoạt động	26	0	26	0,0	0,001
Hoạt động ít	78	6	72	3,0	
Hoạt động đủ	94	57	37	28,8	
Tổng số	198	63	135	31,8	

Nhận xét: Qua bảng, ta thấy mức độ hoạt động thể chất có ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng đạt mục tiêu LDL-C. Nhóm không hoạt động hoàn toàn (26 người) không có ai đạt mục tiêu (0,0%), trong khi nhóm hoạt động đủ (≥ 150 phút/tuần) có

tỷ lệ đạt mục tiêu cao nhất (28,8%). Nhóm hoạt động ít có tỷ lệ đạt mục tiêu rất thấp (3,0%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$), cho thấy hoạt động thể chất đóng vai trò quan trọng trong kiểm soát LDL-C.

Bảng 3.4. Phân tích mối liên quan giữa chế độ ăn uống và khả năng đạt mục tiêu LDL-C

Chế độ ăn uống	Tổng số bệnh nhân (n)	Đạt mục tiêu LDL-C (n)	Không đạt mục tiêu (n)	Tỷ lệ đạt mục tiêu (%)	p
Nhiều chất béo	33	0	33	0,0	0,001
Cân bằng giữa rau củ và thịt cá	112	15	97	7,6	
Chế độ ăn lành mạnh	53	48	5	24,2	
Tổng số	198	63	135	31,8	

Nhận xét: Qua bảng, ta thấy nhóm ăn nhiều chất béo (33 người) không có ai đạt mục tiêu (0,0%), trong khi nhóm có chế độ ăn lành mạnh đạt tỷ lệ cao nhất (24,2%). Nhóm ăn uống cân bằng có tỷ lệ đạt mục tiêu thấp (7,6%), cho

thấy vẫn chưa tối ưu trong kiểm soát LDL-C. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$), nhấn mạnh vai trò quan trọng của chế độ ăn uống lành mạnh trong kiểm soát lipid máu.

Bảng 3.5. Phân tích mối liên quan giữa tuân thủ điều trị và khả năng đạt mục tiêu LDL-C

Tuân thủ điều trị	Tổng số bệnh nhân (n)	Đạt mục tiêu LDL-C (n)	Không đạt mục tiêu (n)	Tỷ lệ đạt mục tiêu (%)	p
Tốt	57	53	4	26,8	0,001
Trung bình	113	10	103	5,1	
Kém	28	0	28	0,0	
Tổng số	198	63	135	31,8	

Nhận xét: Bảng trên cho thấy nhóm tuân thủ tốt có tỷ lệ đạt mục tiêu cao nhất (26,8%), trong khi nhóm tuân thủ kém hoàn toàn không đạt được mục tiêu (0,0%). Nhóm tuân thủ trung bình có tỷ lệ đạt mục tiêu rất thấp (5,1%), cho thấy việc tuân thủ điều trị chưa đầy đủ ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả kiểm soát LDL-C. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$), nhấn mạnh tầm quan trọng của tuân thủ điều trị trong quản lý rối loạn lipid máu.

Bảng 3.6. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đạt mục tiêu LDL-C

Yếu tố	Hệ số hồi quy	OR	95% CI	p
Tuổi	-0,207	0,813	0,137	0,820
Giới tính	0,461	1,585	0,080	0,762
Hoạt động thể chất	-4,466	0,011	0,00	0,009
Chế độ ăn uống	-4,530	0,011	0,001	0,001

Hút thuốc	-0,070	0,932	0,045-10,441	0,954
Tuân thủ điều trị	5,763	381,200	22,199	0,001

Nhận xét: Phân tích bảng cho thấy hoạt động thể chất ($OR = 0,011$, $p = 0,009$) và chế độ ăn uống ($OR = 0,011$, $p = 0,001$) có ảnh hưởng đáng kể đến khả năng kiểm soát LDL-C, chứng tỏ lối sống lành mạnh giúp kiểm soát tốt hơn. Tuân thủ điều trị ($OR = 381,200$, $p = 0,001$) là yếu tố có ảnh hưởng mạnh nhất, cho thấy việc tuân thủ điều trị làm tăng khả năng đạt mục tiêu LDL-C. Ngược lại, tuổi ($p = 0,820$), giới tính ($p = 0,762$) và hút thuốc ($p = 0,954$) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C và thực trạng kiểm soát lipid máu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C ($< 1,8$ mmol/L) chỉ chiếm 31,8%, trong khi 68,2% chưa đạt mục tiêu (Bảng 3.1). Con số này

tương đồng với một số nghiên cứu trước đây tại Việt Nam và trên thế giới.

Một nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đạt LDL-C mục tiêu chỉ 34,5%, cho thấy việc kiểm soát lipid máu còn hạn chế ở bệnh nhân bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch [4].

Nghiên cứu EUROASPIRE V tại châu Âu báo cáo rằng chỉ 29% bệnh nhân đạt LDL-C <1,8 mmol/L, mặc dù có tỷ lệ sử dụng statin cao [5].

Sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu trên cho thấy rằng tình trạng kiểm soát LDL-C kém vẫn là vấn đề lớn, kể cả ở các nước phát triển.

4.2. Ảnh hưởng của tuổi đến kiểm soát LDL-C. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt LDL-C mục tiêu có xu hướng tăng theo tuổi, với nhóm ≥ 65 tuổi có tỷ lệ đạt LDL-C cao nhất (18,7%), trong khi nhóm <50 tuổi chỉ đạt 2,5% ($p = 0,03$, Bảng 3.2).

Một nghiên cứu tại Trung Quốc cũng cho thấy bệnh nhân lớn tuổi có xu hướng đạt LDL-C mục tiêu cao hơn so với bệnh nhân trẻ [6]. Điều này có thể do bệnh nhân cao tuổi thường được theo dõi sát hơn và có động lực tuân thủ điều trị tốt hơn, trong khi bệnh nhân trẻ tuổi có xu hướng chủ quan với điều trị và ít tuân thủ thuốc hơn.

Tuy nhiên, điều này cũng có thể phản ánh rằng bệnh nhân trẻ có xu hướng có mức LDL-C nền cao hơn, do chế độ ăn uống, căng thẳng, hút thuốc và ít vận động hơn so với người lớn tuổi.

Hoạt động thể chất. Bảng 3.3 cho thấy hoạt động thể chất có tác động đáng kể đến khả năng đạt LDL-C mục tiêu ($p = 0,001$). Nhóm không vận động hoàn toàn không có ai đạt LDL-C mục tiêu (0%), trong khi nhóm hoạt động đủ (≥ 150 phút/tuần) có tỷ lệ đạt LDL-C cao nhất (28,8%).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tại Nhật Bản cũng cho thấy rằng bệnh nhân có lối sống ít vận động có nguy cơ rối loạn lipid máu cao hơn 2,3 lần so với người có hoạt động thể chất đều đặn (Matsuzawa et al., 2021).

Chế độ ăn uống. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chế độ ăn ảnh hưởng rõ rệt đến LDL-C, với nhóm ăn nhiều chất béo bão hòa không có ai đạt LDL-C mục tiêu (0%), trong khi nhóm có chế độ ăn lành mạnh đạt 24,2% ($p = 0,001$, Bảng 3.4).

Nghiên cứu của Ference et al. (2017) [7] cho thấy chế độ ăn Địa Trung Hải có thể giảm LDL-C trung bình 10-15%, đồng thời làm giảm nguy cơ biến cố tim mạch. Các khuyến cáo của ESC 2023 cũng nhấn mạnh rằng việc giảm chất béo bão hòa và tăng cường chất xơ từ rau xanh, hạt, ngũ cốc nguyên cám có thể giúp kiểm soát lipid máu

hiệu quả hơn.

Sự tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên thế giới khẳng định vai trò quan trọng của chế độ ăn trong quản lý rối loạn lipid máu. Điều này cho thấy rằng bệnh nhân cần được tư vấn kỹ hơn về chế độ dinh dưỡng để cải thiện hiệu quả điều trị.

Ảnh hưởng của tuân thủ điều trị đến kiểm soát LDL-C. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuân thủ điều trị có ảnh hưởng mạnh nhất đến khả năng đạt LDL-C mục tiêu ($p = 0,001$, Bảng 3.5). Nhóm tuân thủ tốt có tỷ lệ đạt LDL-C cao nhất (26,8%), trong khi nhóm tuân thủ kém không có ai đạt LDL-C mục tiêu (0%).

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Rodriguez et al. (2020) [8], trong đó bệnh nhân tuân thủ điều trị statin đầy đủ có nguy cơ nhồi máu cơ tim thấp hơn 35% so với bệnh nhân không tuân thủ. Một nghiên cứu tại Mỹ cũng cho thấy tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch ở nhóm tuân thủ statin tốt thấp hơn 45% so với nhóm tuân thủ kém [9].

Sự khác biệt này nhấn mạnh rằng việc giáo dục bệnh nhân về lợi ích của statin, ezetimibe và các liệu pháp hạ lipid khác là vô cùng quan trọng. Ngoài ra, các bác sĩ cần theo dõi chặt chẽ việc tuân thủ điều trị, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi hoặc có nguy cơ cao.

Phân tích hồi quy logistic các yếu tố ảnh hưởng đến LDL-C. Bảng 3.6 cho thấy tuân thủ điều trị có ảnh hưởng mạnh nhất đến LDL-C ($OR = 381,2$, $p = 0,001$), tiếp theo là chế độ ăn uống ($p = 0,001$) và hoạt động thể chất ($p = 0,009$). Các yếu tố như tuổi ($p = 0,820$), giới tính ($p = 0,762$) và hút thuốc ($p = 0,954$) không có ý nghĩa thống kê rõ rệt.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mach et al. (2023) [2], trong đó tuân thủ điều trị, dinh dưỡng và tập thể dục được xem là yếu tố quyết định chính đến kiểm soát LDL-C. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc cũng cho thấy rằng các biện pháp không dùng thuốc (ăn kiêng, tập thể dục) có thể giảm LDL-C từ 10-20% nếu thực hiện nghiêm túc trong ít nhất 6 tháng [10].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn đạt mục tiêu LDL-C còn thấp (31,8%), dù đã được điều trị hạ lipid. Tuân thủ điều trị, chế độ ăn uống và hoạt động thể chất là những yếu tố ảnh hưởng quan trọng nhất đến kiểm soát LDL-C, trong khi tuổi, giới tính và hút thuốc không có ý nghĩa thống kê rõ rệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baigent, C., Blackwell, L., Emberson, J., Holland, L. E., Reith, C., Bhalra, N. (2010),

- "Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials", *The Lancet*. 376(9753), 1670-1681.
2. Mach, F., Baigent, C., Catapano, A. L., Koskinas, K. C, et. al. (2023), "ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice", *European Heart Journal*. 44(24), 1543-1636.
 3. Ference, B. A., Graham, I., Tokgozoglu, L., & Catapano, A. L. (2019), "Impact of lipids on cardiovascular health: JACC Health Promotion Series.", *Journal of the American College of Cardiology*. 72(10), 1141-1156.
 4. Nguyễn Thị Hoài An, Nguyễn Lâm Việt và Tuấn., Nguyễn Quang (2021), "Thực trạng kiểm soát lipid máu ở bệnh nhân bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch tại Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 102, 35-42.
 5. De Bacquer, D., Astin, F., Kotseva, K., et al (2020), "Poor adherence to lifestyle recommendations in patients with coronary heart disease: results from the EUROASPIRE surveys.", *European Journal of Preventive Cardiology*,. 29(2), 152-161.
 6. Zhao, M., Cooney, M. T., Klipstein-Grobusch, K (2022), "Simplifying the audit of risk factor control: A comparison of the care gap in patients with coronary heart disease across Europe", *European Journal of Preventive Cardiology*,. 29(2), 179-189.
 7. Ference, B. A., Ginsberg, H. N., Graham, I (2017), "Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease: 1. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies.", *European Heart Journal*. 38(32), 2459-2472.
 8. Rodriguez, F., Maron, D. J., Knowles, et al (2020), "Association of statin adherence with mortality in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. ", *JAMA Cardiology*. 4(3), 206-213.
 9. Boekholdt, S. M., Hovingh, G. K., Waters, D. D., et al. (2014), "Very low levels of atherogenic lipoproteins and the risk for cardiovascular events: a meta-analysis of statin trials.", *Journal of the American College of Cardiology*. 64(5), 485-494.
 10. Kim, S. J., Kwon, O. D., Kim, K. S., et al. (2021), "Prevalence, awareness, treatment, and control of dyslipidemia among diabetes mellitus patients and predictors of optimal dyslipidemia control: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey", *Lipids in Health and Disease*. 20(1), 102-113.

TỶ LỆ NHIỄM LIÊN CẦU KHUẨN NHÓM B ÂM ĐẠO – TRỰC TRÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ 36 -37 TUẦN 6 NGÀY TẠI TRUNG TÂM CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN BÌNH DƯƠNG

Nguyễn Thị Thanh Tú¹, Vũ Thị Nhung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhiễm Liên cầu khuẩn nhóm B âm đạo – trực tràng ở thai phụ 36 - 37 tuần 6 ngày và các yếu tố liên quan tại Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang khảo sát 222 thai phụ có tuổi thai từ 36- 37 tuần 6 ngày, đến khám tại phòng khám thai TTCSSKS Bình Dương được làm xét nghiệm GBS bằng phương pháp nuôi cấy. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm GBS là 14,9%, (KTC 95% 0,1- 0,2), thai phụ có tiền căn phá thai 1 lần tăng nguy cơ nhiễm GBS [$p < 0,001$; PR = 26,338; KTC 95% 7,008 – 98,983] và phá thai 2 lần ($p = 0,003$; PR = 26,530, KTC 95% 3,001 – 233,77). Thai phụ có tiền căn sinh non tăng nguy cơ nhiễm GBS ($p = 0,008$; PR 13,823, KTC 95%: 1,961- 97,442). Ngoài ra, các yếu tố tuổi, số lần sinh, dân tộc, giao hợp trong thai kỳ, cách vệ sinh, nguồn nước không làm

tăng tỷ lệ nhiễm GBS. **Kết luận:** Tầm soát sớm sẽ giúp phát hiện các trường hợp nhiễm GBS để có biện pháp dự phòng kịp thời, tránh các biến chứng nghiêm trọng cho mẹ và bé. **Từ khóa:** Liên cầu khuẩn nhóm B, âm đạo, trực tràng

SUMMARY

RATE OF STREPTOCOCCUS GROUP B VAGINAL-RECTAL AND RELATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN AT 36-37 WEEKS AND 6 DAYS AT BINH DUONG REPRODUCTIVE HEALTHCARE CENTER

Objective: Rate of vaginal-rectal Streptococcus group B infection in pregnant women at 36-37 weeks and 6 days and related factors at Binh Duong Reproductive Health Care Center. **Methods:** Cross-sectional study of 222 pregnant women with a gestational age of 36-37 weeks and 6 days, who visited the Binh Duong Reproductive Health Care Center for prenatal examination and were tested for GBS by culture. **Results:** The rate of GBS infection was 14.9%, (95% CI 0.1-0.2), pregnant women with a history of 1 abortion increased the risk of GBS infection [$p < 0.001$; PR = 26.338; 95% CI 7.008 – 98.983] and 2 abortions ($p = 0.003$; PR = 26.530, 95% CI 3.001 – 233.77). Pregnant women with a history of premature birth have an increased risk of

¹Trung tâm Chăm sóc Sức khỏe Sinh sản Bình Dương

²Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Tú

Email: nguyenthithanhtu2015@gmail.com.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025