

GIÁ TRỊ CỦA TỈ SỐ LDL-C/HDL-C TRONG DỰ BÁO TẮC NGHẼN ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH

Hoàng Huy Trường^{1,2}, Phạm Văn Mỹ¹, Đặng Quang Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị của tỉ số LDL-C/HDL-C trong dự báo tắc nghẽn động mạch vành (ĐMV) ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (ĐTNỔĐ). **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 366 bệnh nhân ĐTNỔĐ (tuổi trung bình $64,8 \pm 9,1$ tuổi, 62,6% nam). Các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ĐMV được thu thập. Tắc nghẽn ĐMV được định nghĩa là hẹp $\geq 50\%$ ở ít nhất một nhánh ĐMV thượng tâm mạc trên CLVT ĐMV. **Kết quả:** Bệnh nhân có tắc nghẽn ĐMV có tỉ lệ nam giới, hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tiền sử gia đình mắc bệnh ĐMV sớm cao hơn, triệu chứng đau ngực điển hình phổ biến hơn, trong khi đau ngực không điển hình và khó thở ít gặp hơn. Nhóm này cũng có mức creatinine, acid uric, cholesterol toàn phần, triglyceride và tỉ số LDL-C/HDL-C cao hơn, nồng độ HDL-C thấp hơn (tất cả $p < 0,05$). Diện tích dưới đường cong ROC của tỉ số LDL-C/HDL-C trong dự báo tắc nghẽn ĐMV là 0,627 (KTC 95%: 0,568-0,686, $p < 0,001$), với điểm cắt $> 2,25$, độ nhạy 45,9% và độ đặc hiệu 79,2%. Trong phân tích hồi quy logistic đa biến, tỉ số LDL-C/HDL-C là yếu tố dự báo độc lập của tắc nghẽn ĐMV (tỉ số chênh 1,60, KTC 95%: 1,13-1,27, $p = 0,009$). **Kết luận:** Tỉ số LDL-C/HDL-C là một yếu tố dự báo tắc nghẽn ĐMV có giá trị ở bệnh nhân ĐTNỔĐ, góp phần cải thiện đánh giá nguy cơ và hỗ trợ quyết định điều trị. **Từ khóa:** Đau thắt ngực ổn định, LDL-C/HDL-C, tắc nghẽn động mạch vành.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF LDL-C/HDL-C RATIO FOR OBSTRUCTIVE CORONARY ARTERY DISEASE IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA

Objective: To determine the predictive value of the LDL-C/HDL-C ratio for obstructive coronary artery disease (OCAD) in patients with stable angina (SA). **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 366 SA patients (mean age 64.8 ± 9.1 years, 62.6% male). Clinical, laboratory, and coronary computed tomography angiography (CCTA) data were collected. OCAD was defined as luminal stenosis $\geq 50\%$ in at least one major epicardial coronary artery on CCTA. **Results:** Patients with OCAD had a higher prevalence of male sex, smoking, hypertension, dyslipidemia, and a family history of premature coronary artery disease. They were more likely to experience typical chest pain

and less likely to have atypical chest pain or dyspnea. This group also had higher levels of creatinine, uric acid, total cholesterol, triglycerides, and the LDL-C/HDL-C ratio, while HDL-C levels were lower (all $p < 0.05$). The area under the ROC curve of the LDL-C/HDL-C ratio in predicting OCAD was 0.627 (95% CI: 0.568-0.686, $p < 0.001$), with a cutoff value of > 2.25 , a sensitivity of 45.9%, and a specificity of 79.2%. In multivariable logistic regression analysis, the LDL-C/HDL-C ratio was an independent predictor of OCAD (odds ratio 1.60, 95% CI: 1.13-1.27, $p = 0.009$). **Conclusion:** The LDL-C/HDL-C ratio is a valuable predictor of OCAD in SA patients, contributing to improved risk assessment and treatment decision-making. **Keywords:** obstructive coronary artery disease, LDL-C/HDL-C, stable angina.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) do xơ vữa là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Việc phát hiện sớm bệnh ĐMV có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng và điều trị bệnh nhân, giảm đáng kể gánh nặng điều trị và tỉ lệ tử vong. Rối loạn lipid máu (RLLM) là một trong những yếu tố nguy cơ chính của bệnh ĐMV, trong đó tăng cholesterol lipoprotein tỉ trọng thấp (LDL-C) và giảm cholesterol lipoprotein tỉ trọng cao (HDL-C) có vai trò quan trọng trong sự hình thành và tiến triển mảng xơ vữa. LDL-C tăng cao có thể trực tiếp gây tổn thương nội mạc mạch máu, tạo điều kiện cho LDL-C xâm nhập vào thành mạch, thúc đẩy hình thành mảng xơ vữa và huyết khối trong bệnh ĐMV [1]. Ngược lại, HDL-C đóng vai trò bảo vệ bằng cách củng cố mô xung quanh thành động mạch, ngăn chặn sự lắng đọng cholesterol và hỗ trợ phục hồi lớp nội mạc bị tổn thương. Tuy nhiên, trên lâm sàng, vẫn có những bệnh nhân với mức LDL-C và HDL-C trong giới hạn bình thường nhưng vẫn mắc bệnh ĐMV có tắc nghẽn, đặt ra nhu cầu tìm kiếm các chỉ số lipid mới có giá trị tiên đoán tốt hơn.

Tỉ số LDL-C/HDL-C được xem là một chỉ số phản ánh cân bằng giữa cholesterol gây hại và cholesterol bảo vệ, có khả năng đánh giá tốt hơn mức độ xơ vữa động mạch. Một số nghiên cứu cho thấy tỉ số này có tương quan chặt chẽ với mức độ nặng của tổn thương ĐMV và có giá trị tiên đoán bệnh ĐMV tốt hơn so với từng thành phần LDL-C hoặc HDL-C riêng lẻ [2-4].

Tại Việt Nam, dữ liệu về giá trị của tỉ số LDL-C/HDL-C trong dự đoán bệnh ĐMV có tắc nghẽn còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định giá trị của chỉ

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Tim Tâm Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Huy Trường

Email: truonghh@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

số này trong dự báo hẹp ĐMV có tắc nghẽn ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (ĐTNỔĐ).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán ĐTNỔĐ tại Bệnh viện Tim Tâm Đức từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024, đồng ý tham gia nghiên cứu. Chẩn đoán ĐTNỔĐ được thực hiện theo các hướng dẫn thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh ĐMV (Bộ y tế, 2020) và hướng dẫn của Hội Tim Châu Âu về hội chứng ĐMV mạn năm 2019, dựa trên triệu chứng đau thắt ngực (ĐTN) điển hình với ba đặc điểm: cảm giác bóp nghẹt hoặc đè nặng sau xương ức với tính chất và thời gian đặc trưng; khởi phát khi gắng sức hoặc xúc cảm; giảm khi nghỉ ngơi hoặc sau khi sử dụng nitroglycerin ngâm dưới lưỡi trong vòng 5 phút. Trường hợp ĐTN không điển hình khi chỉ có hai trong ba đặc điểm trên, trong khi nếu chỉ có một hoặc không có đặc điểm nào, cơn đau không được xem là ĐTN. Tắc nghẽn ĐMV được định nghĩa là hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng ĐMV trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ĐMV.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bao gồm các bệnh nhân với chẩn đoán hội chứng ĐMV cấp hoặc tiền căn được chẩn đoán bệnh ĐMV, hoặc đã can thiệp/tái thông ĐMV. Các bệnh nhân đang mắc bệnh lý cấp tính (sốt, nhiễm trùng, đợt cấp suy tim mạn), xơ gan hoặc suy thận mạn giai đoạn cuối hoặc thiếu dữ liệu xét nghiệm lipid máu và kết quả CLVT ĐMV cũng được loại ra khỏi nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân đến khám với triệu chứng đau ngực hoặc khó thở nghi ngờ bệnh ĐMV sẽ được thu thập thông tin hành chính, tiền sử bệnh lý, bệnh sử và khám lâm sàng sau khi đã loại trừ hội chứng ĐMV cấp. Ghi nhận các thông tin về cận lâm sàng, siêu âm tim và kết quả chụp CLVT ĐMV. Các chỉ số xét nghiệm máu, bao gồm lipid máu được thực hiện trong vòng 24 giờ sau khi nhập viện.

Chụp CLVT ĐMV sẽ được thực hiện bằng máy Brilliance TM 64 dãy đầu dò (Philips Medical Systems) trong vòng 24 giờ kể từ lúc nhập viện. Dữ liệu hình ảnh sẽ được lưu trữ trên hệ thống PACS Carestream và xử lý bằng phần mềm PACS Vue Motion, sử dụng các kỹ thuật tái tạo hình ảnh nhiều mặt cắt, tái tạo cường độ tối đa theo hướng chiếu, và kỹ thuật hiển thị thể tích để phân tích kết quả. Việc đọc kết quả tổn thương ĐMV trên CLVT sẽ do bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh thực hiện và được kiểm tra độ tin

cậy bởi một bác sĩ khác có trên 5 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực này. Đánh giá tổn thương ĐMV trên chụp CLVT sẽ được thực hiện theo khuyến cáo của Hiệp hội cắt lớp Tim mạch Hoa Kỳ năm 2014: đánh giá tổn thương từng động mạch và các nhánh trên các mặt cắt ngang, dọc, và đánh giá hẹp tắc ĐMV bằng ít nhất hai mặt phẳng trực giao. Các đoạn động mạch sẽ được đánh giá lần lượt, với tổng cộng 15 đoạn, nếu có nhánh phân giác (Ramus) sẽ được coi là đoạn thứ 16.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 25.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm, biến định lượng phân phối chuẩn dưới dạng trung bình (TB) $\pm$ độ lệch chuẩn (ĐLC), và biến không phân phối chuẩn dưới dạng trung vị (TV) [tứ phân vị (TPV)]. Phân phối chuẩn được xác định bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$). Kiểm định Chi-square hoặc Fisher-exact được áp dụng cho biến định tính, Student's t-test cho biến định lượng phân phối chuẩn, và Mann-Whitney U cho biến không chuẩn. Phân tích ROC xác định điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của tỉ số LDL-C/HDL-C trong dự báo tắc nghẽn ĐMV. Hồi quy logistic đơn biến và đa biến được thực hiện để xác định các yếu tố dự báo tắc nghẽn ĐMV. Mọi sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu Y học và được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua (số chứng nhận chấp thuận 959/TĐHYKPNT-HĐĐĐ, ngày 19 tháng 12 năm 2023).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.

Tổng cộng có 366 bệnh nhân ĐTNỔĐ thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,8 \pm 9,1$ tuổi, nam giới chiếm ưu thế với 62,6%. Các đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm có và không có tắc nghẽn ĐMV được trình bày ở Bảng 1.

Ở nhóm bệnh nhân có tắc nghẽn ĐMV, tỉ lệ nam giới, hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tiền căn gia đình mắc bệnh mạch vành (GĐMBMV) sớm cao hơn so với nhóm không có tắc nghẽn ĐMV (tất cả $p < 0,05$). Các bệnh nhân này thường gặp triệu chứng ĐTN điển hình và không đặc hiệu, ít gặp ĐTN không điển hình và khó thở so với nhóm bệnh nhân không tắc nghẽn ĐMV. Các đặc điểm lâm sàng khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số	Chung (n=366)	Không tắc nghẽn ĐMV (n=96)	Tắc nghẽn ĐMV (n=270)	p
Tuổi, TB ± ĐLC, năm	64,8 ± 9,1	64,9 ± 11,9	64,7 ± 7,9	0,898
Nam giới, n (%)	229 (62,6)	40 (41,7)	189 (70)	<0,001
BMI, TB ± ĐLC, kg/m ²	24,0 ± 3,0	24,4 ± 2,7	23,8 ± 3,0	0,1
Hút thuốc lá, n (%)	132 (36,1)	15 (15,6)	117 (43,3)	<0,001
Tăng huyết áp, n (%)	304 (83,1)	73 (76)	231 (85,6)	0,039
Đái tháo đường, n (%)	139 (38)	28 (29,2)	111 (41,1)	0,05
Rối loạn lipid máu, n (%)	203 (55,5)	36 (37,5)	167 (61,9)	<0,001
Tiền căn GĐMBMV sớm, n (%)	34 (9,3)	2 (2,1)	32 (11,9)	0,003
Bệnh thận mạn, n (%)	24 (6,6)	7 (7,3)	17 (6,3)	0,81
Bệnh động mạch ngoại biên, n (%)	21 (5,7)	3 (3,1)	18 (6,7)	0,306
ĐTN không đặc hiệu, n (%)	129 (35,2)	13 (13,5)	116 (43)	<0,001
ĐTN điển hình, n (%)	133 (36,3)	23 (24)	110 (40,7)	0,003
ĐTN không điển hình, n (%)	34 (9,3)	23 (24,0)	11 (4,1)	<0,001
Khó thở, n (%)	148 (40,4)	48 (50)	100 (37)	0,03

Chú thích: BMI: body mass index, chỉ số khối cơ thể; GĐMBMV: gia đình mắc bệnh mạch vành sớm.

Về đặc điểm cận lâm sàng, ở nhóm bệnh nhân có tắc nghẽn ĐMV, nồng độ creatinine, acid uric, cholesterol toàn phần, triglyceride, tỉ số

LDL-C/HDL-C cao hơn, nồng độ HDL-C thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không tắc nghẽn ĐMV (tất cả p<0,05). Các đặc điểm cận lâm sàng khác, bao gồm phân suất tổng máu (PSTM) thất trái không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (Bảng 2).

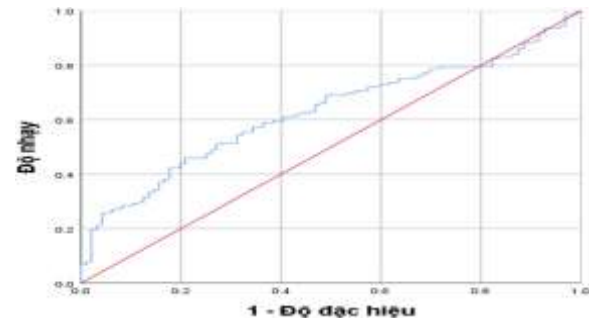
Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số	Chung (n=366)	Không tắc nghẽn ĐMV (n=96)	Tắc nghẽn ĐMV (n=270)	p
Hemoglobin, TB ± ĐLC, g/dL	13,6 ± 1,4	13,4 ± 1,4	13,6 ± 1,4	0,145
Creatinine, TB ± ĐLC, mmol/L	84,9 ± 19	81,3 ± 18,4	86,2 ± 19	0,029
Glucose, TV (TPV), mmol/L	6,2 (5,5; 7,6)	6,0 (5,5; 6,9)	6,2 (5,5; 8,1)	0,06
HbA1c, TV (TPV), %	6,1 (5,6; 7,2)	6,0 (5,6; 6,7)	6,2 (5,6; 7,4)	0,076
Acid uric, M ± SD, μmol/L	371 ± 105,3	352,3 ± 96,8	377,6 ± 107,5	0,042
Cholesterol toàn phần, TV (TPV), mmol/L	4,2 (3,6; 5,4)	4,1 (3,6; 4,7)	4,3 (3,6; 5,7)	0,025
HDL-C, TV (TPV), mmol/L	1,2 (1,1; 1,5)	1,4 (1,2; 1,6)	1,2 (1,0; 1,4)	<0,001
LDL-C, TV (TPV), mmol/L	2,4 (1,8; 3,3)	2,4 (1,8; 2,9)	2,4 (1,8; 3,5)	0,555
LDL-C/HDL-C, TV (TPV)	1,98 (1,41; 2,73)	1,63 (1,35; 2,22)	2,14 (1,48; 2,93)	<0,001
Triglyceride, TV (TPV), mmol/L	1,9 (1,3; 2,6)	1,8 (1,1; 2,3)	1,9 (1,3; 2,8)	0,031
PSTM thất trái, TV (TPV), %	65 (62; 68)	65 (63; 67,7)	65 (60,7; 68)	0,755
PSTM thất trái <50%, n (%)	22 (6,0)	4 (4,2)	18 (6,7)	0,461

Chú thích: PSTM: phân suất tổng máu.

Phân tích đường cong ROC cho thấy diện tích dưới đường cong ROC của tỉ số LDL-C/HDL-C trong dự báo tắc nghẽn ĐMV ở bệnh nhân ĐTNỔĐ là 0,627 (95% khoảng tin cậy [KTC] 0,568-0,686, p<0,001), với điểm cắt > 2,25, độ nhạy 45,9%, độ đặc hiệu 79,2% (Hình 1).

Hình 1. Phân tích đường cong ROC của tỉ số LDL-C/HDL-C trong dự báo tắc nghẽn động mạch vành ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định



Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố dự báo tắc nghẽn ĐMV ở bệnh nhân ĐTNỔĐ được trình bày ở Bảng 3. Kết quả cho thấy sau khi hiệu chỉnh các yếu tố như tuổi, giới tính, các yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh đồng mắc, triglyceride, acid uric, PSTM thất trái, tỉ số LDL-C/HDL-C với tỉ số chênh, odds ratio [OR] 1,60, 95% KTC 1,13-1,27, p=0,009) là yếu tố độc lập dự báo tắc nghẽn ĐMV.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến các yếu tố dự đoán tắc nghẽn

động mạch vành ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định

Biến số	Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
	OR (95% KTC)	p	OR (95% KTC)	p
Tuổi, năm	0,998 (0,973-1,024)	0,877	1,01 (0,98-1,04)	0,435
Nam giới	3,27 (2,02-5,29)	<0,001	1,95 (1,08-3,53)	0,028
Hút thuốc lá	4,13 (2,26-7,53)	<0,001	2,67 (1,29-5,51)	0,008
Rối loạn lipid máu	1,25 (0,57-2,74)	0,571	1,99 (0,80-4,94)	0,14
Tăng huyết áp	1,87 (1,05-3,33)	0,035	1,79 (0,89-3,62)	0,104
Đái tháo đường	1,69 (1,03-2,80)	0,039	1,84 (1,02-3,30)	0,042
Tiền căn GĐMBMV	6,32 (1,48-26,90)	0,013	5,64 (1,25-25,39)	0,024
Bệnh thận mạn	0,85 (0,34-2,13)	0,735	0,51 (0,18-1,50)	0,225
Bệnh động mạch ngoại biên	2,12 (0,64-7,69)	0,211	1,37 (0,35-5,34)	0,647
Cholesterol toàn phần (mmol/L)	1,36 (1,12-1,66)	0,002	-	-
LDL-C (mmol/L)	1,21 (0,96-1,52)	0,1	-	-
HDL-C (mmol/L)	0,16 (0,07-0,36)	<0,001	-	-
Triglyceride (mmol/L)	1,32 (1,05-1,66)	0,016	1,20 (0,93-1,56)	0,161
LDL-C/HDL-C	1,85 (1,35-2,53)	<0,001	1,60 (1,13-2,27)	0,009
Acid uric $\geq 410 \mu\text{mol/L}$	1,98 (1,16-3,38)	0,013	1,34 (0,73-2,44)	0,341
PSTM thất trái <50%	1,64 (0,54-4,98)	0,380	1,40 (0,37-5,29)	0,621

Chú thích: GĐMBMV: gia đình mắc bệnh mạch vành sớm; OR: odds ratio, tỉ số chênh; PSTM: phân suất tổng máu.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là $64,8 \pm 9,1$ tuổi, tỉ lệ nam giới là 62,6%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ko và cộng sự tại Canada trên 46.490 bệnh nhân bệnh ĐMV, với tuổi trung bình là $63,6 \pm 11$ tuổi, 61,2% nam giới [5]. Tuy nhiên, nghiên cứu của Park và cộng sự thực hiện tại Hàn Quốc trên 1.254 bệnh nhân ĐTNỔĐ cho thấy tuổi trung bình thấp hơn ($61,0 \pm 11$ tuổi), tỉ lệ nam giới là 54,3% [6]. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt trong đặc điểm dân số nghiên cứu, tiêu chí lựa chọn bệnh nhân, yếu tố di truyền, lối sống cũng như mức độ kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa các quần thể khác nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở bệnh nhân có tắc nghẽn ĐMV, tỉ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch kinh điển như hút thuốc lá, tăng huyết áp, RLLM, tiền căn GĐMBMV sớm cao hơn so với nhóm có không có tắc nghẽn ĐMV. Kết quả này một lần nữa xác định vai trò của các yếu tố nguy cơ tim mạch kinh điển trong sự hình thành và tiến triển xơ vữa ĐMV [2,5,6].

Xơ vữa ĐMV là kết quả của nhiều yếu tố tác động, trong đó RLLM đóng vai trò quan trọng trong sự hình thành và tiến triển bệnh. Tăng LDL-C và giảm HDL-C có liên quan đến sự phát triển của bệnh ĐMV do xơ vữa và làm gia tăng nguy cơ biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim và đột quỵ thiếu máu cục bộ [1]. Ngược lại, HDL-C cao có thể giúp làm chậm quá trình xơ vữa và giảm tỉ lệ mắc các bệnh liên quan đến xơ

vữa [1]. Do đó việc sử dụng tỉ số LDL-C/HDL-C giúp đánh giá tốt hơn sự mất cân bằng giữa lipoprotein gây xơ vữa và lipoprotein bảo vệ, từ đó phản ánh mức độ tổn thương ĐMV một cách chính xác hơn so với việc chỉ đánh giá LDL-C hoặc HDL-C riêng lẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân có tắc nghẽn ĐMV có tỉ số LDL-C/HDL-C cao hơn đáng kể so với nhóm không có tắc nghẽn ĐMV. Tương tự, nghiên cứu của Sun và cộng sự [2] trên 1.351 bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ cũng ghi nhận tỉ số LDL-C/HDL-C cao hơn đáng kể ở nhóm có tắc nghẽn ĐMV ($2,94 \pm 1,06$ so với $2,36 \pm 0,78$, $p < 0,001$). Điều này cho thấy chỉ số này không chỉ phản ánh mức độ RLLM mà còn có liên quan chặt chẽ với tình trạng xơ vữa ĐMV.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ số LDL-C/HDL-C có giá trị trong dự báo tắc nghẽn ĐMV ở bệnh nhân ĐTNỔĐ với điểm cắt 2,25, diện tích dưới đường cong ROC 0,686, độ nhạy 45,9%, độ đặc hiệu 79,2%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Sun và cộng sự [2], trong đó tỉ số LDL-C/HDL-C có giá trị tiên đoán độc lập tắc nghẽn ĐMV, với điểm cắt 2,517, độ nhạy 64,5% và độ đặc hiệu 61,3%. Hơn nữa, khi phân tích đa biến, LDL-C/HDL-C tiếp tục chứng minh vai trò độc lập của mình trong đánh giá nguy cơ tắc nghẽn ĐMV, không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống như tuổi, giới tính, tăng huyết áp, đái tháo đường và hút thuốc lá. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Cai và cộng sự [7], khi so sánh LDL-C/HDL-C với các chỉ số lipid máu khác trong dự đoán bệnh ĐMV. LDL-C/HDL-C có giá trị dự đoán cao hơn cholesterol toàn phần, triglyceride,

LDL-C hoặc HDL-C đơn lẻ, với OR = 1,448 (KTC 95%: 1,357-1,546, $p < 0,001$), trong khi các chỉ số khác có OR thấp hơn đáng kể. Nghiên cứu của Wu và cộng sự [8] cũng cho thấy LDL-C/HDL-C có mối liên quan chặt chẽ nhất với mức độ tổn thương ĐMV theo thang điểm Gensini với OR=1,363, 95%KTC 1,169-1,590, $p < 0,001$, vượt trội so với các chỉ số lipid máu truyền thống ngay cả sau khi điều chỉnh các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, tăng huyết áp, hút thuốc lá và đường huyết khi đói và tần số tim.

Nhìn chung, LDL-C/HDL-C không chỉ phản ánh tốt sự mất cân bằng giữa lipoprotein gây xơ vữa và lipoprotein bảo vệ mà còn có khả năng phân tầng nguy cơ và đánh giá mức độ nặng của tổn thương ĐMV. Kết quả này nhấn mạnh ý nghĩa lâm sàng của LDL-C/HDL-C như một công cụ hữu ích trong việc tầm soát, phòng ngừa và cá thể hóa điều trị bệnh ĐMV nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tỉ số LDL-C/HDL-C là yếu tố dự báo độc lập của tắc nghẽn ĐMV ở bệnh nhân ĐTNÔĐ, với độ đặc hiệu cao. Chỉ số này có thể đóng vai trò quan trọng trong phân tầng nguy cơ và hỗ trợ quyết định lâm sàng, giúp phát hiện sớm bệnh nhân có nguy cơ cao và tối ưu hóa chiến lược điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bergheanu SC, Bodde MC, Jukema JW.

Pathophysiology and treatment of atherosclerosis: Current view and future perspective on lipoprotein modification treatment. Netherlands Hear J. 2017; 25(4): 231-242. doi:10.1007/s12471-017-0959-2

2. Sun T, Chen M, Shen H, et al. Predictive value of LDL/HDL ratio in coronary atherosclerotic heart disease. BMC Cardiovasc Disord. 2022;22(1):1-11. doi:10.1186/s12872-022-02706-6
3. Gao P, Wen X, Ou Q, Zhang J. Which one of LDL-C /HDL-C ratio and non-HDL-C can better predict the severity of coronary artery disease in STEMI patients. BMC Cardiovasc Disord. 2022;22(1):1-7. doi:10.1186/s12872-022-02760-0
4. Hu S, Fan H, Zhang S, et al. Association of LDL-C/HDL-C ratio with coronary heart disease: A meta-analysis. Indian Heart J. 2024;76(2):79-85. doi:10.1016/j.ihj.2024.01.014
5. Ko DT, Wijesundera HC, Udell JA, et al. Traditional cardiovascular risk factors and the presence of obstructive coronary artery disease in men and women. Can J Cardiol. 2014;30(7):820-826. doi:10.1016/j.cjca.2014.04.032
6. Park J, Kim H-L, Kim M-A, et al. Traditional Cardiovascular Risk Factors and Obstructive Coronary Disease in Patients with Stable Chest Pain: Gender-specific Analysis. CardioMetabolic Syndr J. 2021;1(1):101. doi:10.51789/cmsj. 2021.1.e7
7. Cai G, Shi G, Xue S, Lu W. The atherogenic index of plasma is a strong and independent predictor for coronary artery disease in the Chinese Han population. Med (United States). 2017; 96(37): 1-6. doi:10.1097/MD. 00000000000008058
8. Wu TT, Gao Y, Zheng YY, Ma YT, Xie X. Atherogenic index of plasma (AIP): A novel predictive indicator for the coronary artery disease in postmenopausal women. Lipids Health Dis. 2018;17(1):1-7.doi:10.1186/s12944-018-0828-z

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ HÀI LÒNG TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CAO TUỔI CHƯA ĐƯỢC KIỂM SOÁT

Nguyễn Ngọc Tâm^{1,2}, Nguyễn Thị Hoài Thu^{1,2}

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm mục đích khảo sát mức độ hài lòng trong điều trị đái tháo đường ở người bệnh đái tháo đường typ 2 cao tuổi chưa được kiểm soát tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Nghiên cứu cắt ngang trên 155 bệnh nhân mắc đái tháo đường typ 2 cao tuổi chưa được kiểm soát với chỉ số HbA1c > 7.5%. Số liệu được nhập trên Redcap và sử dụng SPSS phiên bản 22.0 để phân tích. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 70,8 ± 6,9. Về mức độ hài lòng của người bệnh với phương pháp điều trị, điểm trung bình mức độ hài lòng là 24,0 ± 4,5 so với mức tối đa

có thể là 36. Các câu trả lời nằm trong khoảng từ 10 (thấp nhất) đến 33 (cao nhất). Mức độ hài lòng trong điều trị đái tháo đường tại bệnh viện Lão khoa Trung ương cao hơn so với mức trung bình. Cần cải thiện kiến thức về bệnh đái tháo đường và giới thiệu phương pháp điều trị cho người nhà bệnh nhân để cải thiện hiệu quả điều trị hơn nữa. **Từ khóa:** đái tháo đường type 2, người cao tuổi, hài lòng điều trị

SUMMARY

TREATMENT SATISFACTION SURVEY FOR UNCONTROLLED TYPE 2 DIABETES OLDER PEOPLE

The study aims to assess the level of treatment satisfaction among elderly patients with uncontrolled type 2 diabetes at the National Geriatric Hospital. A cross-sectional study was conducted on 155 elderly patients with uncontrolled type 2 diabetes, defined by an HbA1c level > 7.5%. Data were entered into Redcap and analyzed using SPSS version 22.0. The

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Tâm

Email: ngoctam@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025