

- sĩ, Trường Đại học Y tế công cộng. 2018.
2. **Bùi Quách Yên và các cộng sự.** Kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết dengue của người dân tại xã giai xuân, huyện phong điền, thành phố cần thơ năm 2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;50:tr. 40-47.
 3. **Vũ Thị Thơm.** Thực trạng kiến thức, thực hành phòng chống bệnh sốt xuất huyết dengue (SXHD) của người dân phường Đăng Giang, Ngõ Quyền, Hải Phòng năm 2019. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. 2019.
 4. **Bộ Y tế.** Quyết định số 2760/QĐ-BYT ngày 04/7/2023. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue.
 5. **World Health Organization. Dengue and severe dengue.** World Health Organization; 2022. 17. European Centers for Disease Prevention and Control. Dengue worldwide overview. 2022. Truy cập từ: <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly> [Ngày truy cập: 22/7/2024].
 6. **Mai Thị Yên và các cộng sự.** Thực trạng kiến thức về bệnh sốt xuất huyết của sinh viên Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2023. Đề tài cấp cơ sở, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định. 2024.
 7. **WHO (2012).** Global Strategy for Dengue Prevention and Control, 2012– 2020. WHO Press, 2012".
 8. **Mohammed Yusuf, Amir và Abdurashid Ibrahim, Neil (2019).** Knowledge, attitude and practice towards dengue fever prevention and associated factors among public health sector health-care professionals: in Dire Dawa, eastern Ethiopia, Risk Management and Healthcare Policy, tr. 91-104.
 9. **Nguyễn Hữu Chung (2022).** Kiến thức, thái độ về bệnh sốt xuất huyết Dengue của bệnh nhân khoa nhiệt đới bệnh viện E, Khóa luận tốt nghiệp Đại học ngành Y đa khoa, Đại học Y Dược Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN NGUY CƠ TIM MẠCH CAO, RẤT CAO TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Thị Thu Sen¹, Phạm Thị Mai Hậu², Trần Hòa³,
Nguyễn Hồng Hà¹, Nguyễn Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên tổng số 80 bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, rất cao đến khám tại Khoa Khám Bệnh – Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng ghi nhận lại yếu tố nguy cơ, xét nghiệm nồng độ lipid máu và phân tích các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ là 33,8%, tuổi trung bình là $62,36 \pm 10,49$ tuổi, bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao là 70,0% và rất cao là 30,0%. Bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao có tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần cao hơn so với nguy cơ tim mạch cao, với 58,3% so với 28,6%, tương tự, tỷ lệ tăng LDLc cũng cao hơn với 70,8% so với 48,2%. Bệnh nhân hút thuốc lá (47,7% so với 2,8%), uống rượu bia (47,7% so với 0,0%), thừa cân béo phì (47,7% so với 22,2%), đái tháo đường (36,4% so với 13,9%) có tỷ lệ tăng LDLc cao hơn so với không mắc các yếu tố nguy cơ này. **Kết luận:** Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, rất cao có tỷ lệ mắc rối loạn lipid

máu khá cao, với chủ yếu là tăng cholesterol toàn phần và tăng LDL cholesterol. Các yếu tố nguy cơ gồm hút thuốc lá, uống rượu bia, thừa cân béo phì, đái tháo đường có liên quan đến tăng LDL cholesterol.

Từ khóa: Nguy cơ tim mạch, rối loạn lipid máu, một số yếu tố liên quan

SUMMARY

INVESTIGATION OF CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH HIGH AND VERY HIGH CARDIOVASCULAR RISK AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Objectives: To investigate the characteristics of dyslipidemia and some related factors in patients with high and very high cardiovascular risk. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 80 patients with high and very high cardiovascular risk who visited the Outpatient Clinic of Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital from June 2024 to January 2025. All patients underwent clinical examinations to record risk factors, blood lipid testing, and analysis of related factors. **Results:** male accounted for 33.8% of the study population, with an average age of 62.36 ± 10.49 years. Among the participants, 70.0% had high cardiovascular risk, and 30.0% had very high cardiovascular risk. Patients with very high cardiovascular risk had a higher prevalence of elevated total cholesterol (58.3% vs. 28.6%) and LDL cholesterol (70.8% vs. 48.2%) compared to those with high cardiovascular risk. The prevalence of

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa Khoa Vĩnh Long

³Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính:

Email: ntkien@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

elevated LDL cholesterol was significantly higher in patients who smoked (47.7% vs. 2.8%), consumed alcohol (47.7% vs. 0.0%), were overweight or obese (47.7% vs. 22.2%), or had diabetes mellitus (36.4% vs. 13.9%) compared to those without these risk factors. **Conclusion:** patients with high and very high cardiovascular risk had a high prevalence of dyslipidemia, mainly characterized by elevated total cholesterol and LDL cholesterol. Risk factors such as smoking, alcohol consumption, overweight/obesity, and diabetes mellitus were associated with increased LDL cholesterol levels. **Keywords:** Cardiovascular risk, dyslipidemia, related factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch quan trọng, nồng độ LDL cholesterol tăng cao được phát hiện là yếu tố nguy cơ tử vong đứng hàng thứ 15 vào năm 1990, đã tăng lên thứ 11 vào năm 2007 và thứ 8 vào năm 2019 [1]. Gánh nặng bệnh tật toàn cầu do rối loạn lipid máu đã tăng lên trong 30 năm qua, dẫn đến nhóm các bệnh lý tim mạch liên quan đến xơ vữa cũng gia tăng theo, với ước tính vào năm 2021 thì tử vong do bệnh mạch vành và đột quỵ não lần lượt là nguyên nhân đứng hàng thứ nhất và thứ ba [1, 2].

Đối tượng bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và rất cao có nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, cơn thiếu máu não thoáng qua, bệnh động mạch ngoại biên và thậm chí là tử vong [3]. Tỷ lệ rối loạn lipid máu được báo cáo với tỷ lệ khá cao, đặc biệt là ở nhóm đối tượng bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, theo một nghiên cứu được thực hiện tại Ấn Độ năm 2014 đã phát hiện tỷ lệ tăng cholesterol, tăng triglycerid và giảm HDLc lần lượt xuất hiện ở 23,3%, 63,0% và 54,6% số bệnh nhân. Các tác giả này cũng ghi nhận mức độ rối loạn lipid máu có tương quan thuận với nguy cơ xuất hiện bệnh mạch vành và các biến cố tim mạch liên quan đến xơ vữa [4]. Điều trị làm giảm lipid máu đặc biệt là nồng độ LDLc đã được chứng minh là giúp cải thiện nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và rất cao [5]. Do đó, việc xác định các đặc điểm rối loạn lipid máu và yếu tố tác động làm tăng lipid máu trên nhóm bệnh nhân này là việc làm rất quan trọng, giúp quản lý và điều trị hiệu quả. Vì lẽ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024-2025, với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân được chẩn đoán có yếu tố nguy cơ tim mạch cao, rất cao đến khám và điều trị tại Khoa Khám Bệnh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 06 năm 2024 đến tháng 01 năm 2025. Kết thúc quá trình theo dõi ghi nhận có tổng cộng 80 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn và được mời vào tham gia nghiên cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán nguy cơ tim mạch cao đến rất cao theo Hội Tim mạch Châu Âu năm 2019 [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa nặng như ung thư, nhiễm trùng huyết; (2) Bệnh nhân đã điều trị nhóm Statin, Fibrate, Ezetimibe trong vòng 3 tháng gần đây; (3) Bệnh nhân suy gan nặng, suy thận nặng; (4) Bệnh nhân mắc bệnh tâm thần, sa sút trí tuệ.

2.3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung: bao gồm tuổi tác, giới tính, chỉ số khối cơ thể với thừa cân béo phì ở người Châu Á được xác định khi BMI $\geq 23\text{kg/m}^2$ [7].

Đặc điểm rối loạn lipid máu: Ghi nhận lại nồng độ lipid máu, theo khuyến cáo của VNHA năm 2015, tăng cholesterol toàn phần khi $>6,2\text{mmol/L}$, tăng LDLc khi $>4,1\text{mmol/L}$, tăng triglyceride khi $>2,3\text{mmol/L}$ và giảm HDLc khi $<1,0\text{mmol/L}$ [8]. Phân tích tỷ lệ rối loạn lipid máu theo nguy cơ cao hoặc rất cao.

Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu: Các đặc điểm lâm sàng bao gồm bệnh nền, hút thuốc lá, uống rượu bia, tiền sử mắc nhồi máu cơ tim, đột quỵ não sau khi được ghi nhận lại tiến hành phân tích mối liên quan với rối loạn lipid máu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 27.0, biến định tính là tần số và tỷ lệ, biến định lượng là trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, so sánh hai trung bình dùng kiểm định Independent Sample T-test. So sánh hai tỷ lệ dùng kiểm định Chi-squared test hoặc Fisher's exact test.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân tham gia đều tự nguyện, được giải thích về mục đích nghiên cứu và có thể rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh theo quyết định số 24. 2024.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28 tháng 06 năm

2024 tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, và được sự cho phép của Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=80)	Tỷ lệ (%)
Nam giới	27	33,8
Tuổi tác (năm)	62,36 ± 10,49	
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m ²)	22,81 ± 3,01	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	137,37 ± 22,15	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	82,02 ± 13,12	
Nguy cơ tim mạch cao	56	70,0
Nguy cơ tim mạch rất cao	24	30,0

Nhận xét: Tổng số 80 bệnh nhân, nam giới chiếm tỷ lệ là 33,8%, tuổi trung bình là 62,36 ± 10,49 tuổi, bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao là 70,0% và rất cao là 30,0%.

Bảng 2. Đặc điểm nồng độ lipid máu ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao

Đặc điểm	Chung (n=80)	Nguy cơ tim mạch		p
		Cao	Rất cao	
Cholesterol TP (mmol/L)	5,93 ± 2,29	5,45 ± 1,82	7,06 ± 2,86	0,016
Triglyceride (mmol/L)	4,06 ± 3,15	3,93 ± 3,43	4,38 ± 2,41	0,565
LDL cholesterol (mmol/L)	3,98 ± 1,64	3,73 ± 1,54	4,54 ± 1,76	0,043
HDL cholesterol (mmol/L)	0,91 ± 0,30	0,92 ± 0,27	0,89 ± 0,36	0,691

Nhận xét: Bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao có nồng độ LDLc cao hơn so với nguy cơ tim mạch cao, 4,54 ± 1,76mmol/L so với 3,73 ± 1,54mmol/L (p<0,05).

Bảng 3. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao

Đặc điểm	Chung (n=80)	Nguy cơ tim mạch		p
		Cao	Rất cao	
Tăng cholesterol TP	30 (37,5)	16 (28,6)	14 (58,3)	0,012
Tăng triglyceride	48 (60,0)	31 (55,4)	17 (70,8)	0,195
Tăng LDL cholesterol	44 (55,0)	27 (48,2)	17 (70,8)	0,048
Giảm HDL cholesterol	55 (68,8)	36 (64,3)	19 (79,2)	0,188

Nhận xét: Bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao có tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần cao hơn so với nguy cơ tim mạch cao, với 58,3% so với 28,6% (p<0,05), tương tự, tỷ lệ tăng LDLc cũng cao hơn với 70,8% so với 48,2% (p<0,05).

Bảng 4. So sánh nồng độ LDL cholesterol theo các yếu tố nguy cơ và bệnh nền ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao

Yếu tố nguy cơ		LDL-c mmol/L (X ± SD)	p
Hút thuốc lá	Có	5,46 ± 0,79	<0,001
	Không	3,41 ± 1,52	
Uống rượu bia	Có	5,64 ± 0,65	<0,001
	Không	3,38 ± 1,46	
Tăng huyết áp	Có	4,12 ± 1,60	0,090
	Không	3,33 ± 1,71	
Đái tháo đường	Có	4,93 ± 0,90	<0,001
	Không	3,64 ± 1,71	
Hội chứng mạch vành mạn	Có	4,42 ± 1,85	0,338
	Không	3,91 ± 1,61	
Tiền sử nhồi máu cơ tim	Có	5,52 ± 0,47	<0,001
	Không	3,89 ± 1,64	
Tiền sử đột quỵ não	Có	4,81 ± 1,44	0,048
	Không	3,83 ± 1,64	

Nhận xét: Bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim có nồng độ LDL trung bình cao hơn so với bình thường, với 5,52 ± 0,47mmol/L so với 3,89 ± 1,64mmol/L (p<0,05).

Bảng 5. Yếu tố liên quan đến tăng LDL cholesterol máu ở bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao, rất cao

Yếu tố nguy cơ	Tăng LDL cholesterol		p
	Có (n,%)	Không (n,%)	
Hút thuốc lá	21 (47,7)	1 (2,8)	<0,001
Uống rượu bia	21 (47,7)	0 (0,0)	<0,001
Thừa cân béo phì	21 (47,7)	8 (22,2)	0,018
Tăng huyết áp	39 (88,6)	26 (72,2)	0,061
Đái tháo đường	16 (36,4)	5 (13,9)	0,023
Hội chứng mạch vành mạn	7 (15,9)	4 (11,1)	0,746
Tiền sử nhồi máu cơ tim	4 (9,1)	0 (0,0)	0,123
Tiền sử đột quỵ não	9 (20,5)	3 (8,3)	0,131

Nhận xét: Bệnh nhân hút thuốc lá (47,7% so với 2,8%), uống rượu bia (47,7% so với 0,0%), thừa cân béo phì (47,7% so với 22,2%), đái tháo đường (36,4% so với 13,9%) có tỷ lệ tăng LDLc cao hơn so với không mắc các yếu tố nguy cơ này (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Quá trình xơ vữa bắt đầu khi cholesterol lắng đọng và tích tụ dần trong lớp nội mạc động mạch, tại đây chúng bị oxy hóa, biến đổi và kết tập lại với nhau. LDLc bị oxy hóa làm cho các tế bào nội mô và tế bào cơ trơn mạch máu bộc lộ các phân tử kết dính, các chất trung gian tiền

viêm và yếu tố tăng trưởng, hình thành mảng xơ vữa [9]. Do đó, rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ chính, có liên quan trực tiếp đến sự hình thành và phát triển của các bệnh lý tim mạch liên quan đến xơ vữa. Kết thúc thời gian theo dõi, trên tổng số 80 bệnh nhân, nam giới chiếm tỷ lệ là 33,8%, tuổi trung bình là $62,36 \pm 10,49$ tuổi, bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao là 70,0% và rất cao là 30,0%, chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao có nồng độ LDLc và cholesterol toàn phần cao hơn, đồng thời tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần và LDLc cũng cao hơn so với nhóm có nguy cơ tim mạch cao. Theo Namita Mahalle và cộng sự thực hiện một nghiên cứu tại Ấn Độ phát hiện tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần, tăng triglycerid và giảm HDLc lần lượt xuất hiện ở 23,3%, 63,0% và 54,6% bệnh nhân. Tổng cộng có 41,3% bệnh nhân bị rối loạn lipid máu có kèm xơ vữa động mạch [4]. Tương tự, một nghiên cứu tại Tây Ban Nha của Nuria Plana phát hiện tỷ lệ rối loạn lipid máu gây xơ vữa động mạch nói chung là 27,1% (34,1% ở bệnh nhân đái tháo đường) [10]. Khác biệt tỷ lệ rối loạn lipid máu giữa chúng tôi và các tác giả kể trên có lẽ đến từ việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu, tác giả Nuria Plana khảo sát trên những đối tượng bệnh nhân có nguy cơ tim mạch từ trung bình đến cao, tỷ lệ nguy cơ cao là 83,6% [10], trong khi chúng tôi khảo sát trên đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao đến rất cao, do đó tần suất xuất hiện rối loạn lipid máu vì vậy mà cũng cao hơn.

Phân tích các yếu tố liên quan, chúng tôi phát hiện bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá, uống rượu bia, đái tháo đường, nhồi máu cơ tim và đột quỵ não có nồng độ LDLc trung bình cao hơn. Đồng thời hút thuốc lá, uống rượu bia, thừa cân béo phì, đái tháo đường cũng là các yếu tố nguy cơ làm tăng LDLc ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, rất cao. Theo Amit Kumar Dixit và cộng sự, tăng cholesterol toàn phần, tăng triglyceride và tăng LDLc là dạng rối loạn lipid máu thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường. Giá trị trung bình của cholesterol toàn phần, triglyceride, HDLc, LDLc ở bệnh nhân nữ là $202,2 \pm 5,9\text{mg/dL}$, $168,3 \pm 8,2\text{mg/dL}$, $44,9 \pm 1,3\text{mg/dL}$ và $123,6 \pm 5,2\text{mg/dL}$. Trong khi ở nam, giá trị lần lượt là $182,5 \pm 4,8\text{mg/dL}$, $128,1 \pm 10,8\text{mg/dL}$, $40,8 \pm 1,2\text{mg/dL}$ và $105,4 \pm 4,8\text{mg/dL}$. Tương tự, Moyad Jamal Shahwan ghi nhận 22,3% bệnh nhân đái tháo đường có tăng cholesterol máu và 61,9% tăng triglyceride máu, nồng độ LDLc bất thường được tìm thấy ở 8,9% bệnh nhân và HDLc dưới 40mg/dL ở 54,3% bệnh

nhân. Bình thường, insulin ức chế mạnh sự bài tiết VLDLc từ gan, nhưng khi có tình trạng kháng insulin, nồng độ insulin tăng cao mạn tính khiến gan đề kháng với tác dụng ức chế bài tiết VLDLc của insulin, do đó làm tăng nồng độ VLDLc. Khi nồng độ VLDLc trong huyết tương tăng lên, protein vận chuyển cholesteryl ester là CETP (Cholesteryl Ester Transfer Protein) sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc trao đổi, thúc đẩy quá trình chuyển triglycerid thành LDLc. Hạt LDLc trải qua quá trình thủy phân để loại bỏ chất béo trung tính, dẫn đến hạt LDLc nhỏ hơn, đậm đặc hơn và bị suy giảm lipid. Hậu quả của quá trình trên là làm tăng nồng độ LDLc mà chủ yếu là dạng nhỏ đậm đặc. Phía còn lại, theo Liqun Wang, nồng độ LDLc cao thúc đẩy tăng glucose huyết tương ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và phân tích đa biến sau đó cũng chứng minh tác động này là độc lập sau khi đã loại bỏ các yếu tố gây nhiễu. Cơ chế này giải thích được phần nào mối liên quan kể trên trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao và rất cao có tỷ lệ mắc rối loạn lipid máu khá cao, với chủ yếu là tăng cholesterol toàn phần và tăng LDL cholesterol. Các yếu tố nguy cơ gồm hút thuốc lá, uống rượu bia, thừa cân béo phì, đái tháo đường có liên quan đến tăng LDL cholesterol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pirillo A, et al.** Global epidemiology of dyslipidaemias. *Nature Reviews Cardiology*. 2021. 18(10), p. 689-700.
2. **Barquera, et al.** Global overview of the epidemiology of atherosclerotic cardiovascular disease. *Archives of medical research*. 2015. 46(5), p. 328-338.
3. **Yusuf S, et al.** Cardiovascular risk and events in 17 low, middle and high-income countries. *New England Journal of Medicine*. 2014. 371(9), p. 818-827.
4. **Mahalle, et al.** Study of pattern of dyslipidemia and its correlation with cardiovascular risk factors in patients with proven coronary artery disease. *Indian journal of endocrinology metabolism*. 2014. 18(1), p. 48-55.
5. **Stein EA.** Managing dyslipidemia in the high-risk patient. *The American journal of cardiology*. 2002. 89(5), p. 50-57.
6. **Mach F, et al.** 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *European heart journal*. 2020. 41(1), p. 111-188.
7. **Misra A.** Revisions of cutoffs of body mass index to define overweight and obesity are needed for the Asian-ethnic groups. *International journal of obesity*. 2003. 27(11), p. 1294-1296.

8. **Đặng Vạn Phước.** Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn Lipid máu. Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam. 2015, tr. 9-25.
9. **Jebari-Benslaïman S, et al.** Pathophysiology of atherosclerosis. International journal of molecular sciences. 2022. 23(6), p. 3346.
10. **Plana N, et al.** Prevalence of atherogenic dyslipidemia in primary care patients at moderate-to-high risk of cardiovascular disease. Cardiovascular risk perception. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. 2014. 26(6), p. 274-284.

PHÂN BỐ KIỂU GEN HPV Ở PHỤ NỮ THAM GIA SÀNG LỌC UNG THƯ CỔ TỬ CUNG TẠI VIỆT NAM

Vũ Thị Huyền¹, Nguyễn Thị Trang¹, Nguyễn Ngọc Sơn¹,
Đào Thị Luận¹, Nguyễn Thanh Tuấn², Phạm Duy Duẩn²,
Đặng Quang Hùng², Nguyễn Thị Thu Phương¹, Hoàng Công Minh¹,
Nguyễn Thanh Thảo³, Tô Thị Thu Hà⁴, Triệu Tiên Sang⁵

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm dịch tễ nhiễm HPV và phân bố kiểu gen HPV ở phụ nữ tham gia sàng lọc ung thư cổ tử cung. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 2346 phụ nữ khám sàng lọc bằng xét nghiệm HPV DNA tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Học viện Quân y từ tháng 10/2021 đến tháng 10/2024, sử dụng phương pháp Multiplex - PCR & Nested - PCR để xác định kiểu gen HPV. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm HPV trong tổng số 2346 phụ nữ tham gia nghiên cứu là 28%, trong đó đơn nhiễm chiếm 2/3. Phát hiện 21 trên 40 type HPV được khảo sát, trong đó HPV type 16 có tỷ lệ mắc cao nhất (11,7%), tiếp theo là type 18 (9,1%) và type 58 (8,2%). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm HPV ở phụ nữ tham gia sàng lọc ung thư cổ tử cung là 28%, trong đó đơn nhiễm chiếm đa số, gặp hầu hết ở các lứa tuổi đặc biệt từ 18-50 tuổi. Trong đó HPV type 16 có tỷ lệ mắc cao nhất, tiếp theo là type 18 và type 58. **Từ khóa:** Sàng lọc ung thư cổ tử cung, kiểu gen HPV.

SUMMARY

GENOTYPIC DISTRIBUTION OF HPV IN WOMEN UNDERGOING CERVICAL CANCER SCREENING IN VIETNAM

Objectives: To examine the epidemiological characteristics of HPV infection and the distribution of HPV genotypes in women undergoing cervical cancer screening. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 2,346 women screened using the HPV DNA test at Hanoi Medical University Hospital

and Vietnam Military Medical Academy from October 2021 to October 2024. The Multiplex-PCR and Nested-PCR methods were used to determine HPV genotypes. **Results:** The HPV infection rate was 28%, with single infections accounting for two-thirds of cases. There was an age-related distribution pattern among individuals with single and multiple HPV infections. Among the 40 HPV types surveyed, 21 were detected, with HPV 16 having the highest prevalence (11.7%). **Conclusion:** The study shows that the prevalence of HPV infection among women undergoing cervical cancer screening is 28%, with single infections being the most common, occurring across all age groups, particularly between 18 and 50 years old. Among the detected types, HPV type 16 has the highest prevalence, followed by type 18 and type 58.

Keywords: Cervical cancer, HPV genotypes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là một trong những ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ, đứng thứ tư sau ung thư vú, đại trực tràng và phổi. Đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nữ giới. Theo GLOBOCAN 2022, thế giới ghi nhận khoảng 662.000 ca mắc và 349.000 ca tử vong do UTCTC, với tỷ lệ mắc 13,1/100.000 phụ nữ.

Vi rút HPV (Human Papillomavirus) được xác định là tác nhân chính gây UTCTC, xuất hiện trong 99,7% trường hợp ung thư tế bào vảy cổ tử cung. Nhiễm HPV kéo dài có thể tiến triển thành ung thư, đặc biệt là UTCTC.

UTCTC có thể phòng ngừa hiệu quả bằng sàng lọc và tiêm chủng. Phương pháp phết tế bào cổ tử cung (Pap smear) giúp phát hiện sớm tổn thương tiền ung thư, giảm tỷ lệ mắc và tử vong¹. Ngoài ra, xác định kiểu gen HPV góp phần tối ưu hóa chiến lược sàng lọc và phòng ngừa UTCTC tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Đối tượng nghiên cứu:** 2346 phụ nữ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương

³Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

⁵Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Huyền

Email: vuthihuyen@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025