

- khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2017. Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng, 2(2), 06–13. <https://doi.org/10.54436/ins.2019.2.56>
6. **Vương Văn Thắng, Trương Tuấn Anh, Trần Thanh Diễm** (2021). Kiến thức và thái độ tuân thủ điều trị của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn. Tạp Chí Khoa học Điều dưỡng, 4(4), 99–109. <https://doi.org/10.54436/ins.2021.4.38>
 7. **Chu Thị Nguyệt, Võ Thị Thu Hiền** (2024), đánh giá sự thay đổi kiến thức tự chăm sóc của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh năm 2023. Tạp Chí Y học Công đồng, 65(CĐ 2 - NCKH). 44 – 51. <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD2.1011>
 8. **Nguyễn Ngọc Huyền, Nguyễn Ngọc Hoài** (2017), Thực trạng kiến thức và thực hành chăm sóc ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Thái Nguyên. Tạp chí Khoa học và Công nghệ. 177 (01): 171-17.

TÌNH HÌNH KIỂM SOÁT NỒNG ĐỘ NON HDL-C HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP KHI ĐƠN TRỊ ATORVASTATIN 40MG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH THUẬN NĂM 2024-2025

Trần Thị Lượm^{1,2}, Nguyễn Duy Khương¹, Nguyễn Thành Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nồng độ Non-HDL huyết thanh tăng cao có liên quan đến kết cục xấu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Việc đơn trị atorvastatin liều 40mg nhằm kiểm soát non-HDL trong thời gian ngắn liệu có đạt kết quả tốt vẫn chưa được chứng minh rõ do dữ liệu hiện tại chưa có sự đồng nhất, đặc biệt tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát nồng độ non HDL-c huyết thanh ở bệnh nhân hội chứng vành cấp với đơn trị liệu atorvastatin 40mg. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 34 bệnh nhân hội chứng vành cấp được điều trị atorvastatin liều 40mg trong thời gian 4 tuần tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam ~ 1,27, độ tuổi trung bình là 73,18 ± 9,15, BMI trung bình là 24,41±2,37 kg/m², tỷ lệ béo phì chiếm 55,9%. Về bệnh nền, có đến 55,9% bệnh nhân mắc kèm đái tháo đường. Đặc điểm về bilan lipid máu ghi nhận sau can thiệp: cholesterol toàn phần là 4,98±1,67 mmol/L, HDL-c là 1,14±0,32. Nồng độ non-HDL-c rất cao, trung bình là 3,84±1,64. Tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu non-HDLc với đơn trị liệu atorvastatin 40mg sau 04 tuần chỉ chiếm 26,5%. **Kết luận:** Nồng độ non HDL-c huyết thanh tăng cao trong hội chứng vành cấp. Việc kiểm soát bằng đơn trị liệu với atorvastatin 40mg không mang lại hiệu quả cao. **Từ khóa:** non HDL-cholesterol (non-HDLc), hội chứng vành cấp, atorvastatin 40mg.

SUMMARY

SERUM NON-HDL-C CONTROL IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME TREATED WITH ATORVASTATIN 40MG

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Lượm

Email: bs.nguyenthanhdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025

MONOTHERAPY AT BINH THUAN PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Background: Elevated serum non-HDL cholesterol (non-HDL-C) levels are associated with poor outcomes in patients with acute coronary syndrome (ACS). Whether atorvastatin 40 mg monotherapy effectively controls non-HDL-C levels in the short term remains unclear, as current data are inconsistent, particularly in Vietnam. **Objectives:** To determine the rate of achieving target serum non-HDL-C levels in ACS patients receiving atorvastatin 40 mg monotherapy. **Materials and methods:** A non-controlled interventional study was conducted on 34 ACS patients treated with atorvastatin 40 mg for 4 weeks at Binh Thuan General Hospital from September 2024 to March 2025. **Results:** The female-to-male ratio was approximately 1.27, with a mean age of 73.18 ± 9.15 years. The mean body mass index (BMI) was 24.41 ± 2.37 kg/m², and obesity was observed in 55.9% of patients. Among comorbidities, diabetes mellitus was present in 55.9% of cases. Regarding lipid profile changes post-intervention, the mean total cholesterol level was 4.98 ± 1.67 mmol/L, and the mean HDL-C level was 1.14 ± 0.32 mmol/L. The mean non-HDL-C level remained high at 3.84 ± 1.64 mmol/L. Only 26.5% of patients achieved target non-HDL-C levels after 4 weeks of atorvastatin 40 mg monotherapy. **Conclusion:** Serum non-HDL-C levels remained elevated in ACS patients. Monotherapy with atorvastatin 40 mg was not highly effective in achieving non-HDL-C control.

Keywords: Non-HDL cholesterol, acute coronary syndrome, atorvastatin 40 mg.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) là một nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu. Rối loạn lipid máu, đặc biệt là tăng nồng độ cholesterol không phải lipoprotein tỷ trọng cao (non-HDL-C), được coi là một yếu tố nguy cơ chính đối với HCVC. Non-HDL-C đại diện cho tất cả các lipoprotein gây xơ vữa, bao gồm LDL-C và

các phân tử lipoprotein giàu triglyceride khác. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng non-HDL-C có thể là một chỉ số dự báo mạnh mẽ hơn về nguy cơ bệnh tim mạch so với LDL-C riêng lẻ. Các nghiên cứu năm 2024 đã chỉ ra mối liên hệ chặt chẽ giữa nồng độ non-HDL-C tăng cao và nguy cơ mắc HCVC, với nồng độ non-HDL-C trung bình ở bệnh nhân HCVC cao hơn đáng kể so với dân số chung (154,2 mg/dl so với 120 mg/dl).¹ Đồng thời, nhóm bệnh nhân có non-HDL-C cao (>130 mg/dl) liên quan đến tăng OR của HCVC gấp hơn 20 lần so với những người có nồng độ non-HDL-C bình thường.²

Qua đó, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá và kiểm soát non-HDL-C trong phòng ngừa và điều trị HCVC. Statin là nhóm thuốc được khuyến cáo hàng đầu trong điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân HCVC. Đặc biệt, atorvastatin và rosuvastatin liều cao đã được chứng minh hiệu quả trong việc giảm nồng độ lipid máu và cải thiện kết cục ở bệnh nhân HCVC.³ Tuy nhiên, dữ liệu về hiệu quả của đơn trị liệu atorvastatin trong việc đạt được mục tiêu kiểm soát non-HDL-C ở bệnh nhân HCVC, đặc biệt trong bối cảnh Việt Nam, còn hạn chế. Khuyến cáo của ECS/EAS 2021 cho mục tiêu non-HDL-C đối với đối tượng nguy cơ rất cao là < 2,2 mmol/L (<85 mg/dL) và giảm ít nhất 50% so với mức ban đầu.⁴ Trong bối cảnh đó, nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá hiệu quả của đơn trị liệu atorvastatin liều 40mg trong việc kiểm soát nồng độ non-HDL-C ở bệnh nhân HCVC tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân hội chứng vành cấp được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp theo hướng dẫn của Hội tim mạch Châu Âu (2023) và Hội tim mạch Việt Nam (2024) bao gồm 3 thể lâm sàng gồm cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và nhồi máu cơ tim ST chênh lên.^{5, 6}

Bệnh nhân được điều trị với atorvastatin 40 mg và tái khám sau 4 tuần.

Đối tượng từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kèm các bệnh lý: suy thận với độ lọc cầu thận < 30 ml/phút/1,73 m² da, xơ gan, viêm gan thể hoạt động.

Bệnh nhân có rối loạn lipid máu thứ phát do hội chứng thận hư, suy giáp, cường giáp.

Bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng atorvastatin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp điều trị không nhóm chứng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 34 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi (TB ± ĐLC; ≥ 60; < 60), giới tính (nam, nữ), chỉ số khối cơ thể [BMI] (TB ± ĐLC; ≥ 23; < 23), hoạt động thể lực (thường xuyên/ít vận động).

Đặc điểm thể bệnh: nhồi máu cơ tim ST chênh lên, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, đau thắt ngực không ổn định.

Đặc điểm cận lâm sàng: Cholesterol toàn phần [Cholesterol TP] (mmol/L), HDL cholesterol [HDL-C] (mmol/L), non-HDL cholesterol [non-HDL-C]. Trong đó, nồng độ non-HDL-C được tính bằng cách lấy Cholesterol TP trừ đi HDL-C.

Đạt mục tiêu non-HDL-C: Theo ECS/EAS 2021 mục tiêu non-HDL-C đối với đối tượng nguy cơ rất cao là < 2,2 mmol/L (<85 mg/dL) và giảm ít nhất 50% so với mức ban đầu sau khi điều trị atorvastatin 40 mg trong 4 tuần.⁴

Tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-C = số bệnh nhân HCVC có nồng độ non-HDL-C < 2,2 mmol/L/tổng số bệnh nhân bệnh nhân HCVC.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số 2550/QĐ-ĐHYDCT).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

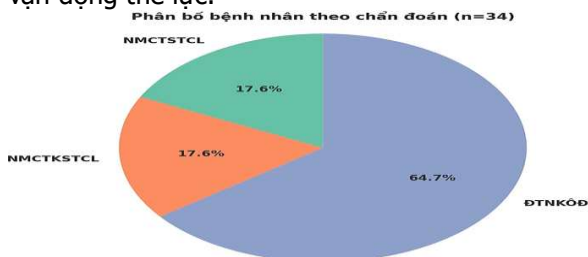
Trong thời gian từ tháng 09/2023 đến tháng 03/2025, có tổng cộng 34 bệnh nhân hội chứng vành cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N=34)

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≥ 60	31	91,2
	< 60	3	8,8
Tuổi (TB ± ĐLC)		73,18 ± 9,15	
Giới tính	Nam	15	44,1
	Nữ	19	55,9

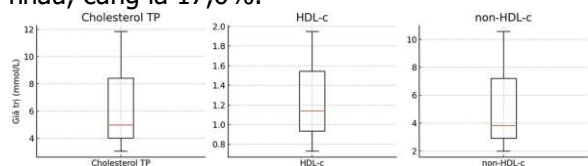
BMI (TB ± ĐLC)	24,41 ± 2,37	
Thừa cân-béo phì	23	67,6
Đái tháo đường	19	55,9
Vận động thể lực thường xuyên	2	5,9

Nhận xét: Tỷ lệ nữ/nam ~ 1,27, độ tuổi trung bình là 73,18 ± 9,15, BMI trung bình là 24,41±2,37 kg/m², tỷ lệ béo phì chiếm đến 55,9%. Về bệnh nền, có đến 55,9% bệnh nhân mắc kèm đái tháo đường. Hầu hết bệnh nhân ít vận động thể lực.



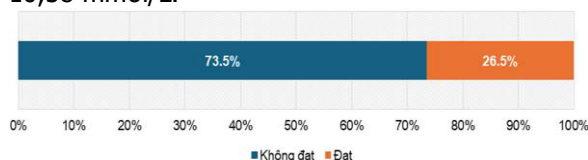
Biểu đồ 1. Đặc điểm thể lâm sàng hội chứng vành cấp của đối tượng nghiên cứu (N=34)

Nhận xét: Phân bố các thể lâm sàng cho thấy ĐTNKỒĐ chiếm tỷ lệ cao nhất, với khoảng 2/3 tổng số. Phần còn lại NMCT, trong đó thể ST chênh lên và không chênh lên chiếm tỷ lệ bằng nhau, cùng là 17,6%.



Biểu đồ 2. Biểu đồ boxplot phân bố nồng độ của các thông số lipid máu

Nhận xét: Các giá trị bilan lipid máu tuy có một số giá trị biến thiên nhưng nhìn chung đều có phân phối chuẩn hoặc xấp xỉ phân phối chuẩn. Cụ thể, nồng độ cholesterol TP có trung bình là 4.98 ± 1.67 mmol/L. Trung bình nồng độ HDL-c là 1,14 ± 0,32 mmol/L. Đáng lưu ý, nồng độ non HDL-c khá cao, với trung bình là 3,84±1,64 mmol/L, với giá trị lớn nhất lên đến 10,58 mmol/L.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ kiểm soát non HDL-c đạt mục tiêu

Nhận xét: Sau 4 tuần điều trị với phác đồ đơn trị liệu atorvastatin 40mg, chỉ có 26,5% bệnh nhân hội chứng vành cấp đạt mục tiêu non-HDL-c < 2,2 mmol/L.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 34 bệnh nhân hội chứng vành cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Thuận trong thời gian từ tháng 09 năm 2024 đến tháng 03 năm 2025 cho thấy nồng độ non-HDL-C tăng cao ở nhóm bệnh nhân này. Sau 4 tuần điều trị với phác đồ đơn trị liệu atorvastatin 40mg, chỉ có 26,5% bệnh nhân hội chứng vành cấp đạt mục tiêu non-HDL-c < 2,2 mmol/L.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của bệnh nhân HCVC là 73,18 ± 9,15, cao hơn so với nhiều nghiên cứu tương tự trước đây. Điều này phản ánh xu hướng già hóa dân số và tăng tỷ lệ mắc bệnh tim mạch ở người cao tuổi tại Việt Nam. Tỷ lệ nữ/nam là 1,27, cao hơn so với phần lớn các nghiên cứu về HCVC, vốn thường ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm nhân khẩu học của khu vực nghiên cứu hoặc do xu hướng gia tăng các yếu tố nguy cơ tim mạch ở phụ nữ Việt Nam. BMI trung bình là 24,41±2,37 kg/m², với tỷ lệ béo phì lên đến 55,9%, cao hơn đáng kể so với tỷ lệ béo phì chung trong dân số Việt Nam. Tỷ lệ đái tháo đường trong nhóm bệnh nhân HCVC cũng rất cao (55,9%), tương tự với kết quả từ các nghiên cứu quốc tế về mối liên quan giữa đái tháo đường và nguy cơ HCVC. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng mức độ rối loạn lipid máu, đặc biệt là non-HDL-C.⁷ Tỷ lệ béo phì và đái tháo đường cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể góp phần giải thích nồng độ non-HDL-C cao và tỷ lệ kiểm soát non-HDL-C thấp ở các bệnh nhân này. Các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của quần thể nghiên cứu của chúng tôi phản ánh xu hướng gia tăng các bệnh lý chuyển hóa trong dân số Việt Nam, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết về các chiến lược quản lý toàn diện, không chỉ tập trung vào điều trị rối loạn lipid máu mà còn cần kiểm soát các yếu tố nguy cơ khác như béo phì và đái tháo đường ở bệnh nhân HCVC.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ non-HDL-C trung bình sau 4 tuần điều trị bằng atorvastatin 40mg là 3,84±1,64 mmol/L, vẫn cao hơn đáng kể so với mục tiêu điều trị là <2,2 mmol/L ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao. Kết quả này gần với mức bệnh nhân HCVC không được điều trị liệu pháp statin gần đây trong nghiên cứu của El-Baissari và cộng sự (2024), ghi nhận nồng độ non-HDL-C trung bình là 154,2 mg/dl (tương đương khoảng 4 mmol/L).¹ Nhiều nghiên cứu đã chứng minh vai

trò của non-HDL-C như một yếu tố nguy cơ mạnh mẽ đối với bệnh tim mạch. Một phân tích tổng hợp năm 2022 về các yếu tố nguy cơ chính đối với bệnh tim mạch vành đã kết luận rằng non-HDL-C có thể là một thông số quan trọng hơn LDL-C trong dự báo nguy cơ tim mạch, với giá trị chênh lệch trung bình (MD) cao hơn (MD = 35,57 đối với non-HDL-C so với MD = 8,45 đối với LDL-C).⁸ Điều này có thể lý giải do non-HDL-C bao gồm tất cả các lipoprotein gây xơ vữa, không chỉ LDL-C mà còn cả các phân tử lipoprotein giàu triglyceride như VLDL, IDL và lipoprotein (a), vốn đều có khả năng gây xơ vữa động mạch. Nồng độ non-HDL-C cao trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù đã điều trị bằng atorvastatin liều cao, có thể phản ánh tình trạng kháng statin ở một số bệnh nhân, đặc biệt là những người mắc đái tháo đường. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo rằng bệnh nhân đái tháo đường có xu hướng đáp ứng kém hơn với điều trị statin, với tỷ lệ đạt mục tiêu lipid thấp hơn so với những bệnh nhân không mắc đái tháo đường. Với tỷ lệ đái tháo đường cao (55,9%) trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi, điều này có thể giải thích một phần cho nồng độ non-HDL-C vẫn cao sau điều trị. Ngoài ra, thời gian điều trị 4 tuần có thể chưa đủ để đạt được hiệu quả tối đa của atorvastatin.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-C sau 4 tuần điều trị bằng atorvastatin 40mg chỉ đạt 26,5%. Tỷ lệ đạt mục tiêu thấp trong nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố. Thứ nhất, như đã đề cập, tỷ lệ đái tháo đường cao (55,9%) trong quần thể nghiên cứu có thể làm giảm hiệu quả của điều trị statin. Bệnh nhân đái tháo đường thường có kiểu hình rối loạn lipid máu đặc trưng bởi tăng triglyceride, giảm HDL-C và tăng các hạt LDL nhỏ, đặc, vốn không đáp ứng tốt với điều trị statin đơn độc.⁹ Thứ hai, việc sử dụng đơn trị liệu có thể không đủ để kiểm soát nồng độ non-HDL-C ở những bệnh nhân có nguy cơ cao như trong nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng liệu pháp kết hợp, như atorvastatin cộng với ezetimibe, mang lại hiệu quả cao hơn trong việc giảm non-HDL-C so với đơn trị liệu statin.⁹ Z. Huang và cộng sự (2019) đã báo cáo rằng việc bổ sung ezetimibe vào atorvastatin làm tăng đáng kể tỷ lệ kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân HCVC kèm đái tháo đường type 2.¹⁰ Cuối cùng, yếu tố tuân thủ điều trị cũng đóng vai trò quan trọng trong việc đạt được mục tiêu điều trị. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá cụ thể về tuân thủ điều trị, nhưng đây là một vấn đề thường gặp

trong điều trị các bệnh mạn tính như rối loạn lipid máu. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tỷ lệ tuân thủ điều trị statin thường thấp, đặc biệt là ở những bệnh nhân cao tuổi và mắc nhiều bệnh đồng mắc. Kết quả của chúng tôi nhấn mạnh nhu cầu về các chiến lược điều trị tích cực hơn cho bệnh nhân HCVC, đặc biệt là những người có đái tháo đường. Liệu pháp kết hợp statin với các thuốc giảm lipid khác như ezetimibe hoặc các thuốc ức chế PCSK9 có thể là cần thiết để đạt được mục tiêu non-HDL-C ở những bệnh nhân có nguy cơ cao này.

Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế quan trọng. Thiết kế nghiên cứu không có nhóm chứng, do đó không thể so sánh kết quả điều trị đơn trị liệu bằng atorvastatin so với các liệu pháp kết hợp khác. Đồng thời, cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi tương đối ngắn cũng là các nhược điểm quan trọng của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ non HDL-c huyết thanh tăng cao trong hội chứng vành cấp. Việc kiểm soát nồng độ non HDL-c bằng đơn trị liệu với atorvastatin 40mg không mang lại hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohammedi MKM, Altaweel RB, Al Gburi AKK.** Exploring the Role of Non-HDL Cholesterol in Acute Coronary Syndrome: A Case-Control Study. *Pakistan Heart Journal*.2024;57(1):13-17. Doi: 10.47144/phj.v57i1.2600.
2. **Haider SS, Shahid M, Razaq K, Iqbal S, Ghafoor MT, Rauf N.** Association of Non HDL-Cholesterol and other lipid parameters in patients with Acute Coronary Syndrome. *The Professional Medical Journal*.2022;29(01):82-87. Doi: 10.29309/TPMJ/2022.29.01.6399.
3. **Shuja D, Mian MU, Dhanjal MK, et al.** Comparison of Efficacy of Atorvastatin and Rosuvastatin in Patients With Acute Coronary Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*.2024;16(9). Doi: 10.7759/cureus.68602.
4. **Catapano A, Ray K, Tokgozoglu S.** Prevention guidelines and EAS/ESC guidelines for the treatment of dyslipidaemias: A look to the future. 2022;340. Doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2021.11.021.
5. **Hội Tim mạch học Việt Nam.** Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về Quản lý hội chứng vành cấp. 2024.
6. **Byrne RA, Rossello X, Coughlan J, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European heart journal*. 2023;44(38). Doi: 10.1093/eurheartj/ehad191.
7. **Nguyễn Văn Sỹ, Đinh Quốc Bảo.** Kiểm soát non-HDL-C sau khi đạt mục tiêu LDL-c trên người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú. *Tạp chí Y học Việt Nam*.2024;537(1):337-340. Doi: 10.51298/vmj.v537i1.9061.
8. **Untono RH, Nugraha J, Suryawan IGR,**

- Andrianto A.** Non-HDL Cholesterol and LDL Cholesterol as Main Risk Factors for Coronary Heart Disease: Meta-Analysis. Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory. 2022; 28(3): 231-237. Doi: 10.24293/ijcpml.v28i3. 2006.
9. **Shin K-H, Choi HD.** Comparison of efficacy and safety of statin-ezetimibe combination therapy with statin monotherapy in patients with diabetes: a meta-analysis of randomized controlled studies. American Journal of Cardiovascular Drugs. 2022;1-12. Doi: 10.1007/s40256-021-00516-3.
10. **Huang Z, Li Q, Ye W, Zhang Q, Li X.** Efficacy and safety of ezetimibe in combination with atorvastatin for acute coronary syndrome patients accompanied with type 2 diabetes: a single-center, non-randomized cohort study. Chemical and Pharmaceutical Bulletin. 2019;67(5):419-425. Doi: 10.1248/cpb.c18-00685.

DIỄN TIẾN ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ ARV TRONG 6 THÁNG ĐẦU Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV/AIDS TẠI PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

Võ Triều Lý¹, Vương Minh Nhật²,
Nguyễn Hoàng Mai Uyên³, Phạm Văn Tân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: ARV cải thiện tiên lượng, giảm lây truyền HIV, nhưng hiệu quả phụ thuộc nhiều yếu tố. Tại Việt Nam, phác đồ bậc 1 chứa DTG phổ biến, song dữ liệu về hiệu quả giai đoạn đầu còn hạn chế. **Mục tiêu:** (1) Mô tả đáp ứng ứng điều trị của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS trong 6 tháng đầu điều trị ARV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (2) Xác định tỉ lệ và mô tả các yếu tố liên quan đến bệnh nhân có HIVRNA dưới ngưỡng phát hiện sau 6 tháng điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang tiến cứu trên 76 bệnh nhân HIV mới chẩn đoán, khởi trị ARV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới (10/2023–7/2024). Thu thập và phân tích đặc điểm lâm sàng, miễn dịch, HIV RNA, sinh hóa, tuân thủ điều trị bằng SPSS 26.0. Kiểm McNemar đánh giá thay đổi miễn dịch, lâm sàng sau 6 tháng. Hồi quy logistic xác định yếu tố liên quan HIV RNA dưới ngưỡng. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn lâm sàng 1 tăng từ 35,5% lên 88,2% ($p < 0,01$), trung vị tế bào CD4⁺ tăng từ 101 lên 240 tế bào/mm³ ($p = 0,001$), và tỷ lệ có tải lượng HIV RNA ≤ 50 copies/mL đạt 71%. Tuân thủ điều trị tốt (OR = 19,02) và BMI cao hơn (OR = 1,29) liên quan độc lập đến khả năng đạt tải lượng HIV RNA dưới ngưỡng phát hiện. Sau 6 tháng, tỷ lệ thiếu cân giảm từ 34,1% xuống 18,4% ($p = 0,04$), hemoglobin trung vị tăng từ 12,9 lên 13,9 g/dL ($p = 0,001$), và độ thanh thải creatinin giảm từ 96,5 xuống 88,0 ml/phút ($p = 0,048$). **Kết luận:** Sau 6 tháng điều trị ARV, đa số bệnh nhân có cải thiện về lâm sàng, miễn dịch và tải lượng virus. Tuân thủ điều trị và BMI là hai yếu tố quan trọng liên quan đến đáp ứng siêu vi tốt.

Từ khóa: HIV, ARV, hồi phục, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn miễn dịch, HIV RNA, CD4⁺.

SUMMARY

TREATMENT RESPONSE PROGRESSION TO ANTIRETROVIRAL THERAPY (ARV) DURING THE FIRST SIX MONTHS IN HIV/AIDS PATIENTS AT THE OUTPATIENT CLINIC OF THE HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

Background: ARV improves prognosis and reduces HIV transmission, but its effectiveness depends on multiple factors. In Vietnam, first-line regimens with DTG are widely used, but early treatment outcome data remain limited. **Objectives:** (1) To describe the treatment response in HIV/AIDS patients during the first six months of ART at the Hospital for Tropical Diseases, and (2) To determine the proportion and associated factors of patients achieving undetectable HIV RNA levels after six months of treatment. **Methods:** A prospective cross-sectional study on 76 newly diagnosed HIV patients initiating ART at the Hospital for Tropical Diseases (10/2023–7/2024). Clinical, immunological, HIV RNA, biochemical, and treatment adherence data were collected and analyzed using SPSS 26.0. McNemar's test assessed immune and clinical changes after six months. Logistic regression identified factors associated with undetectable HIV RNA levels. **Results:** The proportion of patients in clinical stage 1 increased from 35.5% to 88.2% ($p < 0.01$), the median CD4⁺ count increased from 101 to 240 cells/mm³ ($p = 0.001$), and the proportion with HIV RNA ≤ 50 copies/mL reached 71%. Good treatment adherence (OR = 19.02) and higher BMI (OR = 1.29) were independently associated with the likelihood of achieving an undetectable HIV RNA level. After 6 months, the proportion of underweight patients decreased from 34.1% to 18.4% ($p = 0.04$), the median hemoglobin increased from 12.9 to 13.9 g/dL ($p = 0.001$), and creatinine clearance decreased from 96.5 to 88.0 mL/min ($p = 0.048$). **Conclusions:** After six months of ART, most patients showed significant improvements in clinical, immunological, and virological parameters. Treatment adherence and BMI were key factors associated with better virological outcomes. **Keywords:** HIV, ART, recovery, clinical stage, immunological stage, HIV RNA, CD4⁺.

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Tây Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2025

Ngày duyệt bài: 28.5.2025