

- results. Surg Endosc. 2018 Jan;32(1):456–65.
4. **Nguyen HX, Hien Nguyen Xuan, Hoai Thi Hoang, Quang Le Van LV.** Quality of Life and Surgical Outcome of Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach (TOETVA) versus Open Thyroid Surgery: Experience from a Single Center in Vietnam. Journal of Thyroid Research.
 5. **Anuwong A.** Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. World J Surg. 2016 Mar;40(3):491–7.
 6. **Dionigi G, Bacuzzi A, Lavazza M, Inversini D, Boni L, Rausei S, et al.** Transoral endoscopic thyroidectomy: preliminary experience in Italy. Updates Surg. 2017 Jun;69(2):225–34.
 7. **Zhang W, Jiang D zhen, Liu S, Li L jie, Zheng X min, Shen H liang, et al.** Current status of endoscopic thyroid surgery in China. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2011 Apr;21(2):67–71.
 8. **Lai X, Xia Y, Zhang B, Li J, Jiang Y.** A meta-analysis of Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma risk. Oncotarget. 2017 Jun 27;8(37):62414–24.
 9. **Arikan M, Riss P, Scheuba C, Schopf S, Karakas E, Klein G, et al.** Transoral Thyroidectomy: Initial Results of the European TOETVA Study Group. World J Surg. 2023 May 1;47(5):1201–8.
 10. **Deroide G, Honigman I, Berthe A, Branger F, Cussac-Pillegand C, Richa H, et al.** Trans oral endoscopic thyroidectomy (TOETVA): First French experience in 90 patients. Journal of Visceral Surgery. 2021 Apr 1;158(2):103–10.

ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN ĐẠT MỤC TIÊU NON-HDL-C Ở BỆNH NHÂN BỆNH VÀNH MẠNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Phan Thái Hảo*, Trần Thanh Nguyệt*, Nguyễn Hoàng Hải**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Non-HDL-C là một chỉ số phản ánh tất cả các hạt cholesterol sinh xơ vữa và có thể được tính toán dễ dàng dựa trên xét nghiệm bilan mỡ máu thường quy. Non-HDL-C có liên quan mật thiết với nguy cơ bệnh động mạch vành và các biến cố tim mạch trong tương lai. Kiểm soát lipid máu là một trong những mục tiêu được đặt ra đối với bệnh động mạch vành nhằm phòng ngừa thứ phát các biến cố tim mạch xảy ra. Non-HDL-C đã được đề cập như mục tiêu điều trị thứ 2 theo khuyến cáo của Hội tim mạch Châu Âu/Hội Xơ vữa Động mạch Châu Âu 2019.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nồng độ Non-HDL-C và các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 153 bệnh nhân được chẩn đoán có Hội chứng vành mạn tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025. Bệnh nhân được xét nghiệm bilan lipid máu và tính toán nồng độ Non-HDL-C, ghi nhận các đặc điểm về nhân trắc học, các yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh đồng mắc và thuốc điều trị. Các phân tích thống kê gồm kiểm định Chi bình phương, Fisher's Exact, kiểm định t, Mann-Whitney U, hồi quy Logistic đơn biến và đa biến. **Kết quả:** Trung vị và khoảng tứ phân vị nồng độ Non-HDL-C của đối tượng nghiên cứu là 2,59 (2,13 - 3,17) mmol/L. Ở nhóm đạt và không đạt mục tiêu Non-HDL-C, giá trị này lần lượt là 1,91 (1,69 - 2,04) mmol/L và

2,96 (2,56 - 3,65) mmol/L. Các yếu tố dự đoán độc lập liên quan đến việc đạt mục tiêu Non-HDL-C bao gồm: chỉ số WHR bình thường, sử dụng statin liều cao, phối hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác, đạt mục tiêu LDL-C và đạt nồng độ TG thấp. Cụ thể: Những bệnh nhân có chỉ số WHR bình thường có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm có WHR bất thường (OR=3,85; KTC 95%: 1,35–11,00; p= 0,012). Những bệnh nhân sử dụng statin cường độ cao có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm dùng statin liều trung bình hoặc thấp (OR = 7,59; KTC 95%: 1,13 – 50,98; p = 0,037). Việc phối hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác cũng tăng khả năng đạt mục tiêu Non-HDL-C so với điều trị đơn trị liệu statin (OR = 6,31; KTC 95%: 1,21–32,79; p = 0,028). Ngoài ra, những bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C có khả năng đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn rõ rệt so với nhóm không đạt mục tiêu LDL-C (OR = 49,36; KTC 95%: 11,47–212,36; p < 0,001). Tương tự, bệnh nhân đạt mục tiêu TG thấp có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm không đạt (OR = 5,17; KTC 95%: 1,73 – 13,66; p = 0,003). **Kết luận:** Các yếu tố dự đoán độc lập liên quan đến việc đạt mục tiêu Non-HDL-C bao gồm chỉ số WHR bình thường, sử dụng statin cường độ cao, phối hợp statin với thuốc hạ lipid khác, đạt mục tiêu LDL-C và đạt nồng độ triglycerid thấp.

Từ khóa: Non-HDL-C; hội chứng vành mạn

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND PREDICTORS OF NON-HDL-C TARGET ATTAINMENT IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY SYNDROMES AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Non-high-density lipoprotein cholesterol (Non-HDL-C) is an indicator that reflects the total burden of atherogenic cholesterol particles and can be easily calculated from routine lipid profile testing. Non-HDL-C is closely associated with the risk

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

**Bệnh viện nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hảo

Email: haopt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025

of coronary artery disease and future cardiovascular events. Lipid control is one of the essential therapeutic goals in the management of chronic coronary artery disease to prevent secondary cardiovascular events. Non-HDL-C has been recommended as a secondary treatment target following LDL-C, according to the 2019 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. **Objectives:** To describe the characteristics of Non-HDL-C levels and identify predictors of Non-HDL-C target attainment in patients with chronic coronary artery disease at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study conducted on 153 patients diagnosed with chronic coronary syndrome at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from March 2025 to September 2025. All patients underwent fasting lipid profile testing, and Non-HDL-C levels were calculated. Data were collected on anthropometric characteristics, cardiovascular risk factors, comorbidities, and medications. Statistical analyses included Chi-square test, Fisher's Exact test, Student's t-test, Mann-Whitney U test, and both univariate and multivariate logistic regression. **Results:** The median and interquartile range (IQR) of Non-HDL-C levels in the study population was 2.59 (2.13 – 3.17) mmol/L. In the groups with and without Non-HDL-C target attainment, these values were 1.91 (1.69 – 2.04) mmol/L and 2.96 (2.56 – 3.65) mmol/L, respectively. Independent predictors associated with achieving the Non-HDL-C target included: normal waist-to-hip ratio (WHR), use of high-intensity statins, combination therapy of statins with another lipid-lowering agent, achievement of LDL-C target, and attainment of low triglyceride (TG) levels. Specifically, patients with a normal WHR were more likely to achieve the Non-HDL-C target compared to those with abnormal WHR (OR = 3.85; 95% CI: 1.35 – 11.00; $p = 0.012$). Patients on high-intensity statin therapy had a higher likelihood of achieving the target compared to those on moderate- or low-intensity statins (OR = 7.59; 95% CI: 1.13 – 50.98; $p = 0.037$). Combination therapy with a statin and another lipid-lowering agent significantly increased the likelihood of achieving the Non-HDL-C target compared to statin monotherapy (OR = 6.31; 95% CI: 1.21–32.79; $p = 0.028$). Additionally, patients who met the LDL-C target were markedly more likely to achieve the Non-HDL-C target than those who did not (OR = 49.36; 95% CI: 11.47 – 212.36; $p < 0.001$). Similarly, patients with low TG levels were more likely to achieve the Non-HDL-C target compared to those who did not (OR = 5.17; 95% CI: 1.73–13.66; $p = 0.003$). **Conclusions:** Independent predictors associated with Non-HDL-C target attainment included normal waist-to-hip ratio (WHR), use of high-intensity statins, combination therapy with statins and other lipid-lowering agents, achievement of LDL-C target, and attainment of low triglyceride levels. **Keywords:** Non-HDL-C; Chronic coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một vấn đề sức khỏe cộng đồng và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới, đặc biệt ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Theo số liệu

thống kê vào năm 2019, tỷ lệ tử vong do nguyên nhân Tim Mạch tại Châu Á là 10,8 triệu người, trong đó bệnh mạch vành chiếm hơn 40%. Mặc dù tỷ lệ tử vong do hội chứng vành cấp đã giảm nhờ các tiến bộ trong can thiệp mạch và điều trị nội khoa, nhưng gánh nặng của bệnh mạch vành mạn vẫn còn lớn do tỷ lệ sống sót sau nhồi máu cơ tim tăng, dẫn đến số người sống chung với bệnh lâu dài ngày càng nhiều, bệnh vành mạn diễn tiến âm thầm nhưng tỷ lệ tử vong sau 5 năm của bệnh vành mạn lên đến 16,5%.¹ Cùng với sự thay đổi lối sống và thói quen sống ít vận động, tỷ lệ mắc bệnh động mạch vành ngày càng tăng. Do đó, bên cạnh việc điều trị chuyên biệt về bệnh lý mạch vành, việc phát hiện và kiểm soát các yếu tố nguy cơ để dự phòng tiên phát cũng như thứ phát là rất quan trọng.

Rối loạn lipid máu là một trong các yếu tố nguy cơ thường gặp của bệnh vành mạn, tác động diễn tiến, âm thầm và dẫn đến biến chứng của bệnh mạch vành. Kiểm soát lipid máu là một trong những mục tiêu được đặt ra đối với bệnh động mạch vành mạn nhằm phòng ngừa thứ phát các biến cố tim mạch xảy ra. Tổ chức Y tế Thế giới cũng đã báo cáo rằng rối loạn lipid máu có liên quan đáng kể đến hơn một nửa số trường hợp mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ trên toàn cầu. Việc hạ lipid ở bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành giúp làm giảm nguy cơ mắc biến cố tim mạch. Một vài nghiên cứu gần đây đã ghi nhận rằng chỉ số Non-HDL-C có liên quan mật thiết hơn với nguy cơ bệnh động mạch vành so với LDL-C được tính toán.^{2,3} Đã có nghiên cứu chứng minh rằng Non-HDL-C là chỉ số dự đoán tốt hơn LDL-C về bệnh tim mạch cũng như biến cố tử vong chung do mọi nguyên nhân ở nam giới. Bệnh cạnh đó Non-HDL-C là một chỉ số được tính toán dễ dàng dựa trên xét nghiệm bilan mỡ máu thường quy, tiềm năng và tiện lợi có sẵn ở hầu hết các trung tâm y tế. Ngày nay đã có nhiều khuyến cáo đề cập đến việc kiểm soát Non-HDL-C trong quản lý rối loạn lipid máu. Hội tim mạch Châu Âu và Hội Xơ vữa Mạch Châu Âu 2019 đã chọn Non-HDL-C làm mục tiêu điều trị thứ hai. Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu khảo sát rối loạn lipid máu trên những đối tượng nguy cơ cao và rất cao, nhưng khảo sát đạt mục tiêu Non-HDL-C trên bệnh nhân bệnh vành mạn và các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C trên bệnh nhân bệnh vành mạn còn ít được quan tâm. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục đích xác định các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 đến tháng 09/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành mạn (≥ 18 tuổi) đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh cấp tính: sốt, nhiễm trùng, đợt mất bù cấp của suy tim mạn,... hoặc đang mắc các bệnh tâm thần hoặc không có khả năng trả lời các câu hỏi.

Thu thập dữ liệu: Ghi nhận các đặc điểm nhân trắc, yếu tố nguy cơ tim mạch, tiền sử bệnh lý, các chỉ số nhân trắc, bilan lipid máu bao gồm cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglyceride, tính toán nồng độ Non-HDL-C, ghi nhận đặc điểm điều trị.

Phân tích thống kê: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS. So sánh giữa các nhóm

sử dụng kiểm định Chi bình phương, kiểm định t, kiểm định Mann-Whitney U, phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Y đức: Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận theo giấy chứng nhận số 437/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 16/10/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tổng cộng ghi nhận 153 bệnh nhân có hội chứng vành mạn được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $64,35 \pm 10,90$ tuổi. Trong đó, giới nam chiếm 66,67%, tỷ lệ nam giới gấp khoảng 2 lần nữ giới. Có sự khác biệt về độ tuổi giữa nam và nữ mắc bệnh vành mạn, ở giới nam tỷ lệ mắc bệnh vành mạn chủ yếu ở nhóm dưới 70 tuổi, trong khi ở nữ giới tỷ lệ mắc bệnh vành mạn chiếm tỷ lệ cao ở nhóm trên 70 tuổi ($p < 0,05$).

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Biến số	Nam (n=102)	Nữ (n=51)	Chung (n=153)	p
Cân nặng, TB $\pm$ ĐLC (kg)	65,15 $\pm$ 8,27	57,43 $\pm$ 8,35	64,35 $\pm$ 10,90	< 0,001 ^a
Chiều cao, TB $\pm$ ĐLC (cm)	167,35 $\pm$ 05,20	156,18 $\pm$ 5,23	163,63 $\pm$ 7,41	< 0,001 ^a
BMI, TB $\pm$ ĐLC (kg/m ²)	23,02 $\pm$ 2,20	23,46 $\pm$ 2,61	23,29 $\pm$ 2,34	0,515 ^a
Vòng eo, TB $\pm$ ĐLC (cm)	82,21 $\pm$ 5,63	80,73 $\pm$ 7,21	81,71 $\pm$ 6,22	0,20 ^a
Vòng hông, TB $\pm$ ĐLC (cm)	90,28 $\pm$ 4,52	89,78 $\pm$ 7,21	90,12 $\pm$ 5,54	0,652 ^a
Chỉ số WHR TB $\pm$ ĐLC	0,91 $\pm$ 0,06	0,90 $\pm$ 0,07	0,90 $\pm$ 0,06	0,327 ^a
Tăng huyết áp, n(%)	102 (100)	51 (100)	100 (100)	-
Đái tháo đường, n(%)	43 (66,15)	22 (33,85)	65 (42,48)	0,91 ^b
Bệnh thận mạn, n(%)	4 (66,67)	2 (33,33)	6 (3,92)	1 ^c
TC Đột quỵ não, n(%)	5 (83,33)	1 (16,67)	6 (3,92)	0,66 ^c
Suy tim, n(%)	16 (61,54)	10 (38,46)	26 (16,99)	0,54 ^b
Rung nhĩ, n(%)	0	2 (100)	2 (1,31)	0,11 ^c
TC bệnh mạch máu ngoại biên, n(%)	4 (80,00)	1 (20,00)	5 (3,27)	0,665 ^c
TC gia đình mắc BMV sớm, n(%)	8 (100)	0	8 (5,23)	0,05 ^c
Hút thuốc lá, n(%)	21 (100)	0	21 (13,73)	< 0,001 ^c
Có hoạt động thể lực, n(%)	53 (74,65)	18 (25,35)	71 (46,41)	0,051 ^b
Uống rượu bia nhiều, n(%)	12 (92,31)	1 (7,69)	13 (8,50)	0,06 ^c

Chú thích: ^a: kiểm định t-test, ^b: kiểm định Chi bình phương, ^c: kiểm định Fisher, TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, BMI: chỉ số khối cơ thể, TC: Tiền căn, BMV: bệnh mạch vành

Nhận xét: Về đặc điểm nhân trắc ghi nhận có sự khác biệt giữa cân nặng, chiều cao giữa 2 giới nam và nữ ($p < 0,001$). Về bệnh lý đồng mắc và các yếu tố nguy cơ tim mạch chúng tôi ghi nhận có 100% bệnh nhân tăng huyết áp, tỷ lệ đái tháo đường trong dân số chiếm 42,48%, tiếp đến là suy tim với 16,99%, vẫn còn 13,73% bệnh nhân hút thuốc lá và chủ yếu ở giới nam.

Bảng 2. Đặc điểm bilan lipid máu theo nhóm đạt và không đạt mục tiêu Non-HDL-C

Biến số Trung vị (25% -75%)	Đạt (n=47)	Không đạt (n=106)	Chung (n=153)	p
Cholesterol TP (mmol/L)	3,10 (2,83 – 3,37)	4,14 (3,62 – 4,73)	3,71 (3,26 – 4,37)	< 0,001 ^d
Triglyceride (mmol/L)	1,38 (0,97 – 1,81)	1,91 (1,41 – 2,77)	1,77 (1,28 – 2,43)	< 0,001 ^d
HDL-C (mmol/L)	1,12 (1,05 – 1,44)	1,10 (0,94 – 1,23)	1,11 (0,97 – 1,28)	0,03 ^d
LDL-C (mmol/L)	1,35 (1,26 – 1,52)	2,27 (1,96 – 2,60)	1,98 (1,51 – 2,49)	< 0,001 ^d
Non-HDL-C (mmol/L)	1,91 (1,69 – 2,04)	2,96 (2,56 – 3,65)	2,59 (2,13 – 3,17)	-

Chú thích: ^a: kiểm định t-test, ^b: kiểm định Chi bình phương, ^c: kiểm định Fisher, ^d: kiểm định Mann-Whitney Test, đạt mục tiêu Non-HDL-C khi Non-HDL-C < 2,2 mmol/L

Nhận xét: Trung vị và khoảng tứ phân vị của Non-HDL-C ở bệnh nhân có bệnh mạch vành mạn là 2,59 (2,13 – 3,17) mmol/L, ở nhóm đạt mục tiêu Non-HDL-C là 1,91 (1,69 – 2,04) mmol/L và ở nhóm không đạt mục tiêu là 2,96 (2,56 – 3,65) mmol/L. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Cholesterol toàn phần, Triglyceride, HDL-C và LDL-C với việc đạt và không đạt mục tiêu Non-HDL-C.

Mối liên hệ giữa các yếu tố khảo sát với việc đạt mục tiêu Non-HDL-C

Bảng 3. Đặc điểm bệnh lý đồng mắc và các yếu tố nguy cơ tim mạch theo nhóm đạt và không đạt Non-HDL-C

Biến số	Đạt (n = 47)	Không đạt (n=106)	p
Tiền căn đột quy, n (%)			
Có	0	6(100)	0,178 ^c
Không	47(31,97)	100(68,03)	
ĐTD típ 2, n (%)			
Có	15(23,08)	50(76,92)	0,078 ^b
Không	32(36,36)	56(63,63)	
Bệnh thận mạn, n (%)			
Có	1(16,67)	5(83,33)	0,667 ^c
Không	46(31,29)	101(68,71)	
TC bệnh động mạch ngoại biên, n (%)			
Có	1(20,00)	4(80,00)	1 ^c
Không	46(31,08)	101(68,93)	
TC gia đình mắc bệnh mạch vành sớm, n(%)			
Có	1(12,50)	7(87,50)	0,436 ^c
Không	46(31,72)	99(68,28)	
Hút thuốc lá, n (%)			
Có	3(14,29)	18(85,71)	0,079 ^b
Không	44 (33,33)	88(66,67)	
Hoạt động thể lực, n (%)			
Có	29(40,85)	42(59,15)	0,012 ^b
Không	18(21,95)	64(78,05)	
Uống rượu bia nhiều, n (%)			
Có	2(15,38)	11(84,62)	0,346 ^c
Không	45(32,14)	95(67,86)	
Nhóm tuổi nguy cơ (Nam ≥ 45, Nữ ≥ 55), n (%)			
Thuộc nhóm tuổi NC	46 (32,39)	96 (67,60)	0,174 ^c
Không thuộc nhóm tuổi NC	1(9,09)	10 (90,91)	
Suy tim, n (%)			
Có	7 (26,92)	19 (73,08)	0,645 ^b
Không	40 (31,50)	87(68,50)	
Trình trạng tái tưới máu mạch vành, n (%)			

Đã tái tưới máu	42 (32,31)	88(67,69)	0,311 ^b
Chưa tái tưới máu	5 (21,74)	18(78,26)	

Chú thích: ^a: kiểm định t-test, ^b: kiểm định Chi bình phương, ^c: kiểm định Fisher, ^d: kiểm định Mann-Whitney Test, TC: tiền căn, đạt mục tiêu Non-HDL-C khi Non-HDL-C < 2,2 mmol/L

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân hoạt động thể lực có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm không hoạt động thể lực, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,012). Chưa ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các bệnh lý đồng mắc khác và các yếu tố nguy cơ tim mạch còn lại với việc đạt mục tiêu Non-HDL-C.

Bảng 4. Mối liên hệ giữa đặc điểm điều trị với việc đạt mục tiêu Non-HDL-C

Biến số	Đạt (n=47)	Không đạt (n=106)	p
Loại statin đang dùng			
Atorvastatin, n(%)	14(25,00)	42(75,00)	0,244 ^b
Rousuvastatin, n(%)	33(34,02)	64(65,98)	
Liều statin đang dùng			
Cao, n(%)	43 (34,40)	82 (65,60)	0,037 ^b
Trung bình và thấp, n(%)	4 (14,30)	24 (85,70)	
Kết hợp thuốc			
Chỉ statin đơn thuần, n (%)	38 (27,94)	98 (72,06)	0,035 ^b
Statin kết hợp với thuốc hạ lipid nhóm khác, n(%)	9 (52,94)	8 (47,06)	
Mức độ tuân thủ điều trị			
Tuân thủ cao, n(%)	45(33,58)	89(66,42)	0,041 ^b
Tuân thủ trung bình - thấp, n(%)	2(10,53)	17(89,47)	

Chú thích: ^a: kiểm định t-test, ^b: kiểm định Chi bình phương, ^c: kiểm định Fisher, đạt mục tiêu Non-HDL-C khi Non-HDL-C < 2,2 mmol/L, statin kết hợp với thuốc hạ lipid máu nhóm khác bao gồm: Statin + Ezetimibe hoặc Statin + Fenofibrate, đánh giá mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân (theo thang điểm Morisky-8).

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân sử dụng statin liều cao có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm sử dụng liều trung bình hoặc thấp (p = 0,037). Nhóm bệnh nhân sử dụng statin kết hợp với một thuốc hạ lipid nhóm khác có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm chỉ dùng statin đơn thuần (p = 0,035). Bệnh nhân có mức độ tuân thủ điều trị cao theo thang điểm Morisky-8 có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm bệnh nhân tuân thủ điều trị mức trung bình-thấp (p = 0,041).

Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến

Bảng 5. Hồi quy logistic đơn biến các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C

Biến số	OR	KTC 95%	p
Chỉ số WHR bình thường	4,88	2,30 – 10,36	< 0,001
Tuân thủ điều trị cao	4,30	0,95 - 19,43	0,058
Có hoạt động thể lực	2,46	1,12 – 4,97	0,013
Statin kết hợp với thuốc hạ lipid nhóm khác	2,90	1,04 - 8,07	0,041
Sử dụng statin cường độ cao	3,15	1,03 – 9,95	0,045
Đạt mục tiêu LDL-C	39,01	10,81 - 40,74	< 0,001
Đạt mục tiêu TG	3,20	1,56 – 6, 57	0,002

Chú thích: Đạt mục tiêu LDL-C khi LDL-C < 1,4 mmol/L, Đạt mục tiêu TG khi TG < 1,7 mmol/l, Statin kết hợp với thuốc hạ lipid máu nhóm khác bao gồm: Statin + Ezetimibe hoặc Statin + Fenofibrate

Nhận xét: Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy các yếu tố có liên quan đến việc đạt mục tiêu điều trị Non-HDL-C bao gồm: Chỉ số WHR bình thường, tuân thủ điều trị của bệnh nhân ở mức cao theo thang điểm Morisky-8, có hoạt động thể lực, điều trị sử dụng statin kết hợp với một thuốc hạ lipid thuộc nhóm khác, sử dụng statin cường độ cao, đạt mục tiêu LDL-C, đạt mục tiêu Triglyceritde.

Bảng 6. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C

Biến số	OR	KTC 95%	p
Chỉ số WHR bình thường	3,85	1,35 - 11,00	0,012
Có hoạt động thể lực	2,13	0,77 - 5,90	0,147
Sử dụng statin cường độ cao	7,59	1,13 - 50,98	0,037
Tuân thủ điều trị cao	1,06	0,16 – 7,15	0,953
Statin kết hợp với một thuốc hạ lipid nhóm khác	6,31	1,21- 32,79	0,028
Đạt mục tiêu LDL-C	49,36	11,47 - 212,36	< 0,001
Đạt mục tiêu TG	5,17	1,73 - 13,66	0,003

Chú thích: Đạt mục tiêu LDL-C khi LDL-C < 1,4 mmol/L, Đạt mục tiêu TG khi TG < 1,7 mmol/l, Statin kết hợp với thuốc hạ lipid máu nhóm khác bao gồm: Statin + Ezetimibe hoặc Statin + Fenofibrate.

Nhận xét: Mô hình hồi quy đa biến bao gồm các biến số có giá trị p < 0,2 khi phân tích đơn biến và xem xét mô hình đa biến phù hợp nhất để tuyển chọn các biến số phản ánh được tất cả các yếu tố ảnh hưởng đến việc đạt mục tiêu điều trị Non-HDL-C. Kết quả phân tích từ mô hình hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C bao gồm: Chỉ số WHR bình thường, Sử dụng statin cường độ cao, Sử dụng kết hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác, đạt mục tiêu LDL-C, đạt mục tiêu TG.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng ghi nhận 153 bệnh nhân có hội chứng vành mạn với tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $64,35 \pm 10,90$ tuổi. Trong đó, giới nam chiếm 66,67%, tỷ lệ nam giới gấp khoảng 2 lần nữ giới. Có sự khác biệt về độ tuổi giữa nam và nữ mắc bệnh vành mạn, ở giới nam tỷ lệ mắc bệnh vành mạn chủ yếu ở nhóm dưới 70 tuổi, trong khi ở nữ giới tỷ lệ mắc bệnh vành mạn chiếm tỷ lệ cao ở nhóm trên 70 tuổi ($p < 0,05$). Nam giới có xu hướng mắc bệnh động mạch vành sớm hơn nữ giới, điều này có thể được lý giải bởi vai trò bảo vệ của nội tiết tố

estrogen ở phụ nữ trước tuổi mãn kinh, hơn nữa nam giới là đối tượng hút thuốc là nhiều, là một yếu tố nguy cơ tim mạch góp phần làm chênh lệch tỷ lệ giới tính ở nhóm bệnh nhân có bệnh mạch vành. WHR là một chỉ số phản ánh tình trạng béo phì trung tâm, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ số WHR là $0,90 \pm 0,06$. Theo WHO thì chỉ số WHR tối ưu ở nam là < 0,9 và ở nữ là < 0,85. Như vậy tình trạng thừa cân, béo phì, đặc biệt là béo phì vùng trung tâm là một vấn đề đáng lưu ý ở bệnh nhân bệnh mạch vành. Tỷ lệ tăng huyết áp của dân số nghiên cứu là 100%. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ chính đối với bệnh tim mạch, đặc biệt là đối với bệnh mạch vành. Điều này một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát và điều trị tăng huyết áp trong chiến lược phòng ngừa các bệnh lý tim mạch. Đái tháo đường típ 2 chiếm tỷ lệ 42,48%, là bệnh đồng mắc đứng thứ hai sau tăng huyết áp. Tỷ lệ ĐTD típ 2 cao hơn so với các nghiên cứu trước đây của một số tác giả khác như Nguyễn Quốc Đạt là 38,5% và tác giả Đinh Vũ Phương Thảo là 28,9%. Có sự tăng tỷ lệ Đái tháo đường típ 2 ở bệnh nhân có bệnh mạch vành mạn, nghiên cứu của tác giả S.Diakonikolaou và cộng sự đã ghi nhận tỷ lệ ĐTD típ 2 tăng lên đến 36,9% so với 26,8% trong nghiên cứu EUROASPIRE IV.⁴ Tương tự như xu hướng tăng huyết áp, có thể do đặc điểm

dân số nghiên cứu chủ yếu là người cao tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, cùng với lối sống ít vận động và chế độ ăn uống chưa hợp lý, góp phần làm gia tăng tỷ lệ đái tháo đường. Về cận lâm sàng, Nồng độ Non-HDL-C trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $2,89 \pm 0,08$ mmol/L, trung vị và khoảng tứ phân vị nồng độ Non-HDL-C là 2,59 (2,13 – 3,17) mmol/L. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của của tác giả Dean G. Karalis⁵ với nồng độ Non-HDL-C là $2,82 \pm 0,88$ mmol/L. Nghiên cứu INTERASPIRE⁶ (2024) của WHO khi khảo sát nồng độ lipid máu trên bệnh nhân bệnh mạch vành mạn ở các quốc gia có mức thu nhập nhấc nhau ghi nhận nồng độ Non-HDL-C trung bình là $2,93 \pm 1,19$ mmol/L. Các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: Chỉ số WHR bình thường, sử dụng statin cường độ cao, sử dụng kết hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác (statin và Ezetimibe hoặc statin và Fenofibrate), đạt mục tiêu LDL-C, đạt mục tiêu TG. Những bệnh nhân có chỉ số WHR bình thường có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn nhóm có WHR bất thường (OR = 3,85; KTC 95%: 1,35 – 11,00; p = 0,012). Chỉ số WHR phản ánh béo phì trung tâm cũng như tích tụ mỡ nội tạng, góp phần gây đề kháng Insulin, tăng TG và các hạt phân tử có khả năng gây xơ vữa trong lipid như: VLDL-C, IDL-C, TRLs,... Điều này góp phần làm tăng nồng độ các hạt lipoprotein gây xơ vữa-thành phần chính của Non-HDL-C. Nghiên cứu của chúng tôi cũng đã cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số WHR bình thường với việc đạt mục tiêu Non-HDL-C trên bệnh nhân bệnh vành mạn, do vậy bên cạnh việc điều trị đặc hiệu bằng thuốc các bác sĩ cũng nên chú ý việc béo phì trung tâm ở bệnh nhân nhằm giúp kiểm soát Non-HDL-C tốt hơn cũng như kiểm soát bệnh vành mạn tối ưu hơn. Dùng statin cường độ cao hoặc phối hợp statin với một thuốc hạ lipid máu nhóm khác cũng góp phần giúp tăng tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn so với nhóm còn lại với OR lần lượt là OR = 7,59 (p = 0,037) và OR = 6,31 (p = 0,028). Điều này một lần nữa cho thấy vai trò của statin trong việc hạ lipid máu. Statin cường độ cao ngoài hiệu quả trội trên LDL-C mà còn cả Non-HDL-C. Một đánh giá có hệ thống và phân tích tổng hợp do Hodgkinson và cộng sự năm 2022 thực hiện đã cung cấp bằng chứng mạnh mẽ cho thấy hiệu quả giảm Non-HDL-C của các statin là phụ thuộc vào liều sử dụng.⁷ Việc kết hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác (statin phối hợp với Ezetimibe hoặc Fenofibrate) giúp hạ lipid tối ưu hơn so với chỉ đơn trị liệu statin. LDL-C là một

chỉ số sinh xơ vữa đã được chứng minh từ xưa đến nay và luôn được đề cập là mục tiêu hàng đầu trong các khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu, việc đạt mục tiêu LDL-C cũng góp phần làm tăng tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C. Nhóm bệnh nhân đạt nồng độ Triglycerit thấp (< 1,7 mmol/L) có tỷ lệ đạt mục tiêu Non-HDL-C cao hơn gấp 5,17 lần so với nhóm bệnh nhân không đạt mức TG thấp (p=0,003). Nồng độ Triglyceride cao có liên quan đến nguy cơ tim mạch còn tồn dư và tỷ lệ tử vong cao hơn ở bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh tim mạch xơ vữa. Nghiên cứu đã chứng minh việc kiểm soát được mức Non-HDL-C và Triglyceride thấp trong quá trình điều trị có cũng đóng góp vào sự thoái triển mảng xơ vữa động mạch.⁸ Nghiên cứu của chúng tôi đã mô tả được đặc điểm nồng độ Non-HDL-C trên bệnh nhân bệnh vành mạn và tìm ra các yếu tố dự đoán độc lập về đạt mục tiêu Non-HDL-C trên bệnh nhân bệnh vành mạn dựa trên mô hình khảo sát đa biến các yếu tố có liên quan. Hạn chế nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, chưa theo dõi và đánh giá được hiệu quả giảm Non-HDL-C sau quá trình điều trị, các khảo sát về các yếu tố về tuân thủ điều trị, luyện tập thể dục của bệnh nhân dựa trên phỏng vấn, dễ bị sai số do nhớ lại hoặc thiên lệch xã hội, ảnh hưởng đến độ chính xác của dữ liệu.

V. KẾT LUẬN

Non-HDL-C là một chỉ số đơn giản, dễ tính dựa trên xét nghiệm bilan lipid máu thường quy. Các yếu tố dự đoán đạt mục tiêu Non-HDL-C trên bệnh nhân bệnh vành mạn bao gồm chỉ số WHR bình thường, sử dụng statin cường độ cao, phối hợp statin với một thuốc hạ lipid nhóm khác, đạt mục tiêu LDL-C và đạt mục tiêu TG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lemesle G, Lamblin N, Schurtz G, et al. Comparison of Incidence and Prognostic Impact of Ischemic, Major Bleeding and Heart Failure Events in Patients With Chronic Coronary Syndrome: Insights From the CORONOR Registry. 2024;149(22):1708-1716. doi:doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.123.067938
2. Kastelein JJ, Van Der Steeg WA, Holme I, et al. Lipids, apolipoproteins, and their ratios in relation to cardiovascular events with statin treatment. 2008;117(23):3002-3009.
3. Liu J, Sempos CT, Donahue RP, Dorn J, Trevisan M, Grundy SMJTAjoc. Non-high-density lipoprotein and very-low-density lipoprotein cholesterol and their risk predictive values in coronary heart disease. 2006; 98(10): 1363-1368.
4. Diakonikolaou S, Styliou T, Christou V, et al. Diabetes mellitus in coronary artery disease. European Journal of Preventive Cardiology. 2022;

- 29(Supplement_1)doi:10.1093/eurjpc/zwac056.178
5. **Karalis DG, Subramanya RD, Hessen SE, Liu L, Victor MF.** Achieving optimal lipid goals in patients with coronary artery disease. *Am J Cardiol.* Mar 15 2011;107(6):886-90. doi:10.1016/j.amjcard.2010.11.006
 6. **Brandts J, Barkas F, De Bacquer D, et al.** International patterns in lipid management and implications for patients with coronary heart disease: results from the INTERASPIRE study. *European Journal of Preventive Cardiology.* 2025;doi:10.1093/eurjpc/zwaf388
 7. **Hodkinson A, Tsimpida D, Kontopantelis E, Rutter MK, Mamas MA, Panagioti M.** Comparative effectiveness of statins on non-high density lipoprotein cholesterol in people with diabetes and at risk of cardiovascular disease: systematic review and network meta-analysis. 2022; 376:e067731.doi:10.1136/bmj-2021-067731%J BMJ
 8. **Puri R, Nissen SE, Shao M, et al.** Non-HDL Cholesterol and Triglycerides. 2016;36(11):2220-2228. doi:doi:10.1161/ATVBAHA.116.307601

DI CĂN NÃO ĐƠN Ổ TỪ UNG THƯ PHỔI VỚI BIỂU HIỆN GIỐNG VIÊM NÃO: CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Phạm Hữu Khuyên¹, Vũ Tiến Thế², Trần Quang Lộc^{1,3},
Lê Mỹ Hạnh³, Lê Tuấn Vũ³, Lê Thanh Dũng^{1,3}

TÓM TẮT

Chẩn đoán phân biệt giữa tổn thương di căn não đơn độc và viêm não đôi khi gặp nhiều khó khăn do biểu hiện hình ảnh không điển hình và triệu chứng lâm sàng mơ hồ. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 42 tuổi, vào viện với triệu chứng đau đầu, chóng mặt, tổn thương não đơn ổ vùng trán trái, không phù não, không ngấm thuốc viên rõ, không tăng sinh mạch hay bất thường trên phổ MRI. Bệnh nhân được điều trị triệu chứng và theo dõi. Sau 3 tháng, tổn thương tiến triển, sinh thiết cho kết quả ung thư biểu mô tuyến di căn từ phổi. Trường hợp này cho thấy cần thận trọng khi đánh giá tổn thương não đơn độc không điển hình, và nhấn mạnh vai trò của tầm soát toàn thân trong các trường hợp nghi ngờ di căn. **Từ khóa:** di căn não, viêm não, ung thư phổi di căn não

SUMMARY

SOLITARY BRAIN METASTASIS FROM LUNG CANCER MIMICKING ENCEPHALITIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Differential diagnosis between a solitary brain metastasis and encephalitis can sometimes be challenging due to atypical imaging features and vague clinical symptoms. We report a case of a 42-year-old male patient admitted with symptoms of headache and dizziness, showing a solitary brain lesion in the left frontal region. The lesion was non-edematous, had no clear ring enhancement, and showed no hypervascularity or abnormality on MRI

spectroscopy. The patient received symptomatic treatment and follow-up. After 3 months, the lesion progressed, and a biopsy confirmed adenocarcinoma metastatic from the lung. This case highlights the need for caution when evaluating atypical solitary brain lesions and emphasizes the role of systemic screening in suspected metastatic cases.

Keywords: brain metastasis, encephalitis, lung cancer brain metastasis

I. TỔNG QUAN

Di căn não là loại u não thường gặp nhất, chiếm hơn 50% các khối u nội sọ và đang có xu hướng gia tăng do tuổi thọ bệnh nhân ung thư ngày càng kéo dài. Ung thư phổi là nguồn gốc phổ biến nhất, tiếp theo là ung thư vú, hắc tố, thận và đại tràng. MRI là phương pháp giúp phân biệt di căn với các tổn thương nội sọ khác nhờ đặc điểm ngấm thuốc, phù não và phân bố tổn thương đặc trưng [1]. Tuy nhiên việc chẩn đoán phân biệt giữa di căn não đơn độc và các tổn thương não khác như viêm não hay u thần kinh đệm... còn nhiều thách thức do biểu hiện lâm sàng và hình ảnh MRI thông thường tương đồng. Các kỹ thuật sử dụng các chuỗi xung nâng cao như DWI, MRS, MRP cho thấy tiềm năng vượt trội trong chẩn đoán phân biệt nhờ khả năng đánh giá vi cấu trúc mô, tưới máu vi mạch và đặc điểm phân tử [2, 3].

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 42 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, hút thuốc lá 10 bao.năm, đến khám tháng 2/2025 vì đau đầu, hoa mắt, chóng mặt. Chụp cộng hưởng từ não phát hiện tổn thương vỏ não phía sau hồi trán giữa trái, nghi ngờ u thần kinh đệm độ thấp, được chỉ định thêm cộng hưởng từ phổ và cộng hưởng từ tưới máu não nhưng không ghi nhận đặc điểm gợi ý u. Bệnh nhân

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình

³Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Lộc

Email: tranquangloc8396@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 28.10.2025