

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ KIỂM SOÁT ĐẠT NỒNG ĐỘ NON-HDL-CHOLESTEROL Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Huỳnh Bích Trâm¹, Nguyễn Thế Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhân khám tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 02 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025 được điều trị theo phác đồ của Hội Tim mạch Châu Âu, sau một tháng đánh giá lại nồng độ non-HDL-c và ghi nhận tỷ lệ đạt mục tiêu. **Kết quả:** trên 70 bệnh nhân, tỷ lệ nam giới là 61,4%. Sau một tháng điều trị, tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c là 38,6%. Bệnh nhân thừa cân béo phì (23,1% và 47,7%); đái tháo đường (20,7% và 51,2%) và rối loạn lipid máu (26,5% và 66,7%) tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c thấp hơn nhóm không có các yếu tố này. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau một tháng điều trị kiểm soát lipid máu có tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c là 38,6%. Bệnh nhân thừa cân béo phì; đái tháo đường; rối loạn lipid máu tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c thấp hơn nhóm không có các yếu tố này. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp, non-HDL-cholesterol, đạt mục tiêu điều trị.

SUMMARY

STUDY ON THE RATE AND SOME FACTORS ASSOCIATED WITH ACHIEVING TARGET NON-HDL CHOLESTEROL LEVELS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objectives: to investigate the rate of achieving target non-HDL cholesterol and the associated factors in patients with myocardial infarction. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients diagnosed with acute myocardial infarction who were treated at Can Tho City General Hospital from February 2025 to September 2025. All patients received treatment according to the European Society of Cardiology guidelines. After one month lipid-lowering therapy, non-HDL-c were re-evaluated, and the proportion of patients achieving target levels was recorded. **Results:** A total of 70 patients were enrolled, with 61.4% males. After one month treatment, the rate of achieving target non-HDL-c was 38.6%. Patients with overweight or obesity (23.1% vs. 47.7%), diabetes (20.7% vs. 51.2%), and dyslipidemia (26.5% vs. 66.7%) had lower rates of achieving target non-HDL-c

levels compared with those without these conditions. **Conclusion:** among patients with myocardial infarction, the rate of achieving target non-HDL-c after one month was 38.6%. Patients with overweight or obesity, diabetes and dyslipidemia were less likely to achieve target non-HDL-c levels compared with those without these risk factors.

Keywords: myocardial infarction, non-HDL-cholesterol, achievement of therapeutic targets.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa, đặc biệt là nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn cầu. Dù các biện pháp can thiệp tái tưới máu và điều trị nội khoa đã có nhiều tiến bộ, nguy cơ tái phát biến cố tim mạch trên nhóm bệnh nhân này vẫn còn cao. Do đó, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là rối loạn lipid máu, đóng vai trò then chốt trong phòng ngừa thứ phát bệnh tim mạch [1]. Trong đó, non-HDL-cholesterol (non-HDL-c) được xem là một chỉ số phản ánh toàn bộ thành phần lipoprotein gây xơ vữa, bao gồm LDL, VLDL, IDL, chylomicron và lipoprotein(a). So với LDL-c, non-HDL-c có ưu thế là không bị ảnh hưởng bởi triglycerid huyết tương và có khả năng dự báo nguy cơ tim mạch tốt, đặc biệt ở bệnh nhân có tăng triglycerid hoặc hội chứng chuyển hóa. Trên nhóm bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao như NMCT, mức non-HDL-c mục tiêu cần đạt là dưới 2,2 mmol/L (85 mg/dL) hoặc giảm $\geq 50\%$ so với ban đầu. Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu vẫn còn thấp, do nhiều yếu tố như thời điểm đánh giá, mức độ tuân thủ điều trị statin, phối hợp thuốc, đặc điểm lâm sàng và sự khác biệt trong tiếp cận điều trị giữa các cơ sở y tế [2]. Việc khảo sát tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c và các yếu tố liên quan không chỉ giúp đánh giá hiệu quả kiểm soát rối loạn lipid mà còn góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị, nhằm giảm thiểu nguy cơ biến cố tim mạch tái phát sau NMCT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 02 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang,

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Vinh

Email: nthevinh51@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 3.12.2025

chọn mẫu thuận tiện.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu dựa trên định nghĩa toàn cầu về nhồi máu cơ tim cấp [3].

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân chống chỉ định với statins, bệnh nhân không được can thiệp động mạch vành qua da, bệnh nhân suy gan nặng, suy thận nặng.

2.2. Biến số nghiên cứu. Tiến hành lập danh sách, ghi nhận đặc điểm nhân trắc bao gồm tuổi tác, giới tính, chỉ số khối cơ thể và các yếu tố nguy cơ. Điều trị kiểm soát lipid bằng atorvastatin 40mg hoặc rosuvastatin 20mg theo khuyến cáo Hội Tim mạch châu Âu. Sau một tháng điều trị, ghi nhận nồng độ non-HDL-c, với non-HDL-c được đánh giá dựa trên phép tính sau [2]:

Non-HDL-cholesterol = Cholesterol toàn phần – HDL cholesterol (mmol/L)

Đạt mục tiêu non-HDL-c: mục tiêu non-HDL-c đối với bệnh nhân nguy cơ tim mạch rất cao là dưới 2,2 mmol/L (85 mg/dL) và giảm ít nhất 50% so với ban đầu sau điều trị trong 4 tuần [2].

2.3. Xử lý và phân tích số liệu. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn (SD). Sự khác

biệt giữa các nhóm đối với biến định tính được phân tích bằng kiểm định Chi-square (χ^2 test). Đối với biến định lượng, kiểm định Independent t-test được sử dụng để so sánh trung bình.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tuân thủ đầy đủ nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều hoàn toàn tự nguyện, được giải thích rõ ràng mục tiêu, nội dung, lợi ích khi tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n=70)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	43
	Nữ	27
Tuổi (năm)	60,20 ± 11,83	
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m ²)	22,09 ± 2,46	
Cholesterol toàn phần (mmol/L)	3,78 ± 1,01	
LDL cholesterol (mmol/L)	2,48 ± 0,89	
HDL cholesterol (mmol/L)	1,06 ± 0,30	
Non-HDL-cholesterol (mmol/L)	2,72 ± 0,86	

Nhận xét: Tỷ lệ nam giới là 61,4%. Tuổi trung bình là 60,20 ± 11,83, nồng độ non-HDL-c trung bình sau một tháng điều trị ghi nhận là 2,72 ± 0,86 mmol/L.

Bảng 2. Tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c sau một tháng điều trị

Non-HDL-cholesterol	Chung (n=70)	Nhóm tuổi		p
		Tuổi ≥60 (n,%)	Tuổi <60 (n,%)	
Đạt mục tiêu	27 (38,6)	14 (42,4)	13 (35,1)	0,532
Không đạt mục tiêu	43 (61,4)	19 (57,6)	24 (64,9)	

Nhận xét: sau một tháng điều trị, tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c là 38,6%.

Bảng 3. So sánh nồng độ non-HDL-c sau một tháng điều trị theo các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Non-HDL-cholesterol (mmol/L)	p
Hút thuốc lá	Có (n=45)	2,81 ± 0,85
	Không (n=25)	2,55 ± 0,87
Ít vận động	Có (n=33)	2,69 ± 0,82
	Không (n=37)	2,74 ± 0,90
Thừa cân béo phì	Có (n=26)	2,92 ± 0,79
	Không (n=44)	2,59 ± 0,88
Tăng huyết áp	Có (n=47)	2,77 ± 0,90
	Không (n=23)	2,62 ± 0,77
Đái tháo đường	Có (n=29)	2,92 ± 0,88
	Không (n=41)	2,57 ± 0,82
Rối loạn lipid máu	Có (n=49)	2,90 ± 0,86
	Không (n=21)	2,29 ± 0,69

Nhận xét: Bệnh nhân rối loạn lipid máu, non-HDL-c trung bình cao hơn nhóm không có rối loạn lipid máu, với 2,90 ± 0,86 mmol/L so với 2,29 ± 0,69 mmol/L (p<0,05).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến đạt mục tiêu non-HDL-c sau một tháng điều trị

Yếu tố	Non-HDL-cholesterol		p
	Đạt mục tiêu (n,%)	Không đạt (n,%)	
Hút thuốc lá	Có (n=45)	15 (33,3)	0,227
	Không (n=25)	12 (48,0)	

Ít vận động	Có (n=33)	12 (36,4)	21 (63,6)	0,720
	Không (n=37)	15 (40,5)	22 (59,5)	
Thừa cân béo phì	Có (n=26)	06 (23,1)	20 (76,9)	0,041
	Không (n=44)	21 (47,7)	23 (52,3)	
Tăng huyết áp	Có (n=47)	18 (38,3)	29 (61,7)	0,946
	Không (n=23)	09 (39,1)	14 (60,9)	
Đái tháo đường	Có (n=29)	06 (20,7)	23 (79,3)	0,010
	Không (n=41)	21 (51,2)	20 (48,8)	
Rối loạn lipid máu	Có (n=49)	13 (26,5)	36 (73,5)	0,002
	Không (n=21)	14 (66,7)	07 (33,3)	

Nhận xét: Bệnh nhân thừa cân béo phì (23,1% và 47,7%); đái tháo đường (20,7% và 51,2%); rối loạn lipid máu (26,5% và 66,7%) tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c thấp hơn nhóm không có các yếu tố này.

IV. BÀN LUẬN

Kết thúc một tháng điều trị, chúng tôi ghi nhận có 27 bệnh nhân đạt mục tiêu non-HDL-c với tỷ lệ là 38,6%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Lượm và cộng sự, cụ thể thì tác giả này tiến hành đơn trị liệu atorvastatin 40mg trên tổng số 34 bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp, sau một tháng đã ghi nhận có 26,5% bệnh nhân đạt mục tiêu non-HDL-c dưới 2,2 mmol/L (<85 mg/dL). Nồng độ non-HDL-c trung bình sau một tháng điều trị theo nghiên cứu của Trần Thị Lượm là $3,84 \pm 1,64$ mmol/L cao hơn so với chúng tôi với chỉ $2,72 \pm 0,86$ mmol/L [4]. Tương tự, một nghiên cứu của Hilal Al-Sabti và cộng sự trên tổng số 1.073 bệnh nhân, trong đó, phần lớn (93,9%) bệnh nhân dùng đơn trị statin (atorvastatin và rosuvastatin), chỉ có 2,2% (n = 24) dùng statin kết hợp với fenofibrate/gemfibrozil, kết quả chỉ 27,4% (n = 294) bệnh nhân đạt mục tiêu non-HDL-c sau thời gian điều trị. Bên cạnh đó, tỷ lệ đạt mục tiêu ở bệnh nhân có đái tháo đường là 26,5%; tiền sử có bệnh mạch vành là 29,4%, đặc biệt bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ này thì tỷ lệ đạt mục tiêu thấp hơn so với nhóm không có các yếu tố này [5]. Kết quả này cũng tương đồng chúng tôi, khi cũng ghi nhận bệnh nhân đái tháo đường (20,7% và 51,2%) tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c thấp hơn nhóm không có đái tháo đường. Tác giả Jessica Schubert và cộng sự dựa trên dữ liệu từ nghiên cứu SWEDEHEART đã phát hiện bệnh nhân đạt mục tiêu non-HDL-c sẽ có tiên lượng tốt hơn so với nhóm không đạt mục tiêu, nồng độ non-HDL-c đạt mục tiêu sau 2 tháng và sau 1 năm đều có liên quan đến kết cục tốt hơn. Nguy cơ thấp nhất được quan sát thấy khi đạt được

mục tiêu trong vòng 2 tháng sau nhồi máu cơ tim và vẫn duy trì sau đó [6].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau một tháng điều trị kiểm soát lipid máu có tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c là 38,6%. Bệnh nhân thừa cân béo phì; đái tháo đường; rối loạn lipid máu tỷ lệ đạt mục tiêu non-HDL-c thấp hơn nhóm không có các yếu tố nguy cơ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Raja V, et al.** Non-HDL-cholesterol in dyslipidemia: review of the state-of-the-art literature and outlook. *Atherosclerosis*. 2023. 383(1), p. 117312.
2. **Mach F, et al.** 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 and European Atherosclerosis Society. *European heart journal*. 2020. 41(1), p. 111-188.
3. **Byrne RA, et al.** ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes: developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2024. 13(1), p. 55-161.
4. **Trần Thị Lượm, Nguyễn Duy Khương, Nguyễn Thành Dũng.** 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 Bình Thuận năm 2024-2025. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 551(1), tr. 240-244.
5. **Al-Sabti H, et al.** The achievement of non-high-density lipoprotein cholesterol target in patients with very high atherosclerotic cardiovascular disease risk stratified by triglyceride levels despite statin-controlled low-density lipoprotein cholesterol. *Oman medical journal*. 2022. 37(2), p. e367.
6. **Schubert J, et al.** Intensive early and sustained lowering of non-high-density lipoprotein cholesterol after myocardial infarction and prognosis: the SWEDEHEART registry. *European Heart Journal*. 2024. 45(39), p. 4204-4215.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC TUÂN THỦ TRONG ĐIỀU TRỊ ARV CỦA NGƯỜI BỆNH HIV/AIDS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI TTYT HUYỆN BÌNH CHÁNH – TP HCM NĂM 2024

Lê Thị Kim Chi¹, Dương Ngọc Nhi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức tuân thủ trong điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS tại Khoa tư vấn điều trị nghiện chất và HIV/AIDS - Trung tâm Y tế huyện Bình Chánh năm 2024 và mô tả các yếu tố liên quan. Nghiên cứu cũng xác định tỷ lệ mức độ kiến thức, mô tả thực hành tuân thủ, và các yếu tố liên quan đến kiến thức tuân thủ điều trị ARV của người bệnh.

Phương pháp nghiên cứu: Một nghiên cứu sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp người bệnh HIV/AIDS đang điều trị ARV tại Khoa tư vấn điều trị nghiện chất và HIV/AIDS - TTYT huyện Bình Chánh khi họ đến nhận thuốc định kỳ tại Khoa. Sử dụng bộ công cụ nghiên cứu đánh giá kiến thức về tuân thủ điều trị ARV của Lê Thị Bích Liên và cộng sự (2006). Sử dụng bộ công cụ gồm 11 câu hỏi trắc nghiệm về số lần uống thuốc, khoảng cách, xử lý khi quên thuốc, và các biện pháp nhắc nhở, với tổng điểm từ 0 đến 29. Mức độ kiến thức được chia theo thang Bloom's cut of point: Đạt (>18 điểm) và Không đạt (<18 điểm). Dùng phần mềm SPSS 20.0 để làm sạch, nhập liệu và phân tích số liệu, sử dụng thống kê mô tả và kiểm định Chi bình phương với độ tin cậy 95%. **Kết quả:** Đa số người bệnh là nam giới (59,0%), trên 25 tuổi (80,7%), có trình độ học vấn THPT (38,6%), và nghề nghiệp là công nhân (39,8%). Tỷ lệ độc thân chiếm cao nhất (56,6%). Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tuân thủ điều trị ARV đạt là 57,8%. 85,5% người bệnh biết ARV là thuốc kháng virus HIV và 74,7% biết phải kết hợp ít nhất 3 loại thuốc trở lên. Tỷ lệ người bệnh biết nguyên tắc uống thuốc 2 lần/ngày, cách nhau 12 tiếng lần lượt là 100% và 89,2%. Về hậu quả của việc không tuân thủ, 89,2% người bệnh biết rằng virus HIV sẽ không được ngăn chặn và 39,8% biết về nguy cơ kháng thuốc. 81,9% người bệnh hiểu rằng không tuân thủ điều trị là bỏ một liều thuốc hoặc bỏ một ngày không uống thuốc (80,7%). Khi quên uống thuốc, 90,4% người bệnh có kiến thức đúng là uống bù ngay liều vừa quên. Yếu tố "tham gia tập huấn lần đầu" có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kiến thức tuân thủ điều trị ARV ($p = 0,002$). Các yếu tố khác như giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, nơi xét nghiệm HIV lần đầu, lý do bị nhiễm HIV, và trình độ học vấn không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh HIV/AIDS tại TTYT huyện Bình Chánh có kiến thức tuân thủ điều trị ARV đạt là 57,8%. Yếu tố tham gia tập huấn trước điều trị có mối liên quan chặt

chẽ với kiến thức tuân thủ điều trị.

Từ khóa: kiến thức tuân thủ, điều trị ARV, HIV/AIDS, huyện Bình Chánh, TPHCM.

SUMMARY

ASSESSMENT OF ADHERENCE KNOWLEDGE IN ARV TREATMENT AMONG HIV/AIDS PATIENTS AND RELATED FACTORS AT BINH CHANH DISTRICT HEALTH CENTER – HO CHI MINH CITY IN 2024

Objective: To assess the knowledge of adherence to antiretroviral (ARV) treatment among HIV/AIDS patients at the Department of Substance Abuse and HIV/AIDS Treatment Counseling – Binh Chanh District Health Center in 2024, and to describe related factors. The study also identifies the proportion of patients with adequate knowledge, describes adherence practices, and explores factors associated with ARV treatment adherence knowledge.

Materials and Methods: A direct interview-based study was conducted with HIV/AIDS patients receiving ARV treatment at the Department of Substance Abuse and HIV/AIDS Treatment Counseling – Binh Chanh District Health Center during their routine medication visits. The study used the ARV adherence knowledge assessment tool developed by Le Thi Bich Lien et al. (2006), consisting of 11 multiple-choice questions covering dosage frequency, timing intervals, handling missed doses, and reminder strategies, with a total score ranging from 0 to 29. Knowledge levels were categorized using Bloom's cut-off point: Adequate (>18 points) and Inadequate. **Results:** Most patients were male (59.0%), over 25 years old (80.7%), had a high school education (38.6%), and worked as laborers (39.8%). The highest proportion were single (56.6%). The proportion of patients with adequate ARV adherence knowledge was 57.8%. 85.5% knew that ARV is an HIV antiviral medication, and 74.7% understood the need to combine at least three types of drugs. Knowledge of the principle of taking medication twice daily, 12 hours apart, was 100% and 89.2%, respectively. Regarding consequences of non-adherence, 89.2% knew that HIV would not be suppressed, and 39.8% were aware of the risk of drug resistance. 81.9% understood that non-adherence means missing a dose or skipping a day of medication (80.7%). When forgetting a dose, 90.4% correctly knew to take the missed dose immediately. The factor "first-time participation in training" was statistically significantly associated with ARV adherence knowledge ($p = 0.002$). Other factors such as gender, age group, occupation, initial HIV testing location, reason for HIV infection, and education level showed no statistical significance. **Conclusion:** The study shows that 57.8% of HIV/AIDS patients at Binh Chanh District Health

¹Đại Học Văn Hiến

²Đại học Văn Lang

Chịu trách nhiệm chính: Dương Ngọc Nhi

Email: nhi.dn@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025