

2. **Gravas S, Cornu JN, Gacci M, et al.** EAU Guidelines on Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO). 2020
3. **Thế ĐN.** Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị bệnh tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp bốc hơi lưỡng cực qua nội soi niệu đạo. Hà Nội: Học viện Quân y; 2019.
4. **Geavlete B, Stanescu F, Iacoboaie C, Geavlete P.** Bipolar plasma enucleation of the prostate vs open prostatectomy in large benign prostatic hyperplasia cases - a medium term, prospective, randomized comparison. *BJU Int.* 2013;111(5):793-803.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23469933>
5. **Lin Y, Wu X, Xu A, et al.** Transurethral enucleation of the prostate versus transvesical open prostatectomy for large benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *World J Urol.* 2016;34(9):1207-1219.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26699627>
6. **Xu P, Xu A, Chen B, et al.** Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP? *Asian J Urol.* 2018;5(1):48-54.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29379737>
7. **Lo KL, Lim K, Ma SF, et al.** The Initial Clinical Experience of a New Generation Bipolar Electrosurgical and Morcellator Unit for Bipolar Transurethral Enucleation of the Prostate. *Journal of Endoluminal Endourology.* 2020;3(1):e47-e56
8. **Đông NLQ, Toàn TĐH, Trí DC, Linh HD.** Bóc trơn khối bướu tuyến tiền liệt bằng dụng cụ điện lưỡng cực: kinh nghiệm ban đầu. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021; 509 (tháng 12 - số chuyên đề): 70-78

## KHẢO SÁT KẾT QUẢ KIỂM SOÁT MỤC TIÊU NỒNG ĐỘ LDL-C HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠCH ĐÃ ĐIỀU TRỊ ROSUVASTATIN 10MG TẠI BỆNH VIỆN TIM MẠCH THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2021-2022

Bùi Minh Nghĩa<sup>1</sup>, Trần Việt An<sup>2</sup>, Lê Tân Tố Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp, làm gia tăng các biến cố tim mạch nguy hiểm. Rosuvastatin là statin được khuyến cáo sử dụng phổ biến ở nhiều nước trên thế giới. Việc được đánh giá rõ hơn về hiệu quả, độ an toàn của thuốc trên đối tượng bệnh động mạch vành (ĐMV) mạn là cần thiết. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh và tìm hiểu các yếu tố liên quan với kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn đã điều trị Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, trên 206 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ĐMV mạn và được điều trị rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ từ 4/2021 đến 3/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l chiếm là 68,4%. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn LDL-c theo NCEP-ATP III 2004: mức tối ưu là 70,87%, gần mức bình thường là 15,53%, tăng cao giới hạn là 7,77%, tăng cao là 4,85%, tăng rất cao là 0,97%. Yếu tố nguy cơ tim mạch: tỷ lệ béo phì và thừa cân là 62,6%, hút thuốc lá là 24,3%, không hoạt động thể lực là 56,3%, tăng huyết áp là 58,7%, đái tháo đường là 41,3%. Giới tính

nữ, BMI thừa cân béo phì, không hoạt động thể lực có liên quan đến tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l ( $p < 0,05$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l là 68,4%. Giới tính nữ, BMI thừa cân béo phì, không hoạt động thể lực có liên quan đến tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8 mmol/l.

**Từ khóa:** Bệnh ĐMV mạn, nồng độ LDL-c, rối loạn lipid máu, Rosuvastatin.

### SUMMARY

#### SURVEY THE RESULTS OF TARGET CONTROL OF SERUM LDL-C CONCENTRATION IN CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE PATIENTS TREATED WITH ROSUVASTATIN 10MG AT CAN THO CARDIOVASCULAR HOSPITAL IN 2021-2022

**Background:** Dyslipidemia is a common cardiovascular risk factor in clinical practice, increasing dangerous cardiovascular complications. Rosuvastatin is a statin commonly recommended for use in many countries worldwide. Therefore, it is necessary to conduct a study to evaluate its effectiveness and safety in patients with chronic coronary artery disease (CAD). **Objectives:** To determine the rate of serum LDL-c goal failure and investigate the factors associated with the serum LDL-c target failure rate in patients with chronic coronary artery disease treated with Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 weeks. **Materials and methods:** A cross-sectional study on 206 patients diagnosed with CAD treated with Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 weeks at Can Tho Cardiovascular Hospital from April 2021 to March 2022. **Results:** The percentage of

<sup>1</sup>Bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Nghĩa

Email: bmnghia030181@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 8.7.2022

patients who did not reach the target LDL-c concentration < 1.8mmol/l accounted for 68.4%. The proportion of patients with LDL-c disorder according to NCEP-ATP III 2004: the optimal level is 70.87%, the near-normal level is 15.53%, the borderline high is 7.77%, the high level is 4.85%, the very high increase is 0.97%. Cardiovascular risk factors: the prevalence of obesity and overweight is 62.6%, smoking is 24.3%, physical inactivity is 56.3%, hypertension is 58.7%, and diabetes is 41.3%. Female gender, BMI, overweight and obesity, and physical inactivity are associated with the rate of not reaching the target LDL-c concentration < 1.8mmol/l ( $p < 0.05$ ). Conclusion: The proportion of patients who did not match the target of LDL-c concentration < 1.8mmol/l accounted for 68.4%. Female gender, BMI, overweight and obesity, and physical inactivity were associated with the rate of not reaching the target LDL-c concentration < 1.8 mmol/l.

**Keywords:** Chronic coronary artery disease, LDL-c concentration, dyslipidemia, Rosuvastatin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh tim mạch đã trở thành bệnh lý gây tử vong số một ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Trong đó chủ yếu là các bệnh tim mạch do xơ vữa mạch[4]. Bệnh ĐMV do xơ vữa bao gồm: hội chứng ĐMV mạn(bệnh ĐMV mạn) và hội chứng ĐMV cấp. Bằng chứng hình thành xơ vữa động mạch là sự lưu giữ cholesterol lipoprotein tỷ trọng thấp LDL-C trong thành động mạch[9]. Theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2015 và ESC 2019 về điều trị rối loạn lipid máu, phải dùng statin sớm cho bệnh nhân có nguy cơ trung bình và cao như hội chứng mạch vành mạn thì mức mục tiêu cần đạt LDL-C là <1,8 mmol/l[6][10]. Điều trị rối loạn lipid máu bằng phương pháp thay đổi lối sống, tiết chế và dùng thuốc, trong đó statin là thuốc được lựa chọn hàng đầu. Khá nhiều thuốc đã được nghiên cứu chứng minh có hiệu quả trong kiểm soát rối loạn lipid máu và hiện nay atorvastatin đang được sử dụng rộng rãi

[7]. Tuy nhiên, rosuvastatin là một trong những thuốc thuộc nhóm statin, đã được sử dụng phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cho thấy có hiệu lực và an toàn cao hơn trong điều trị tăng LDL-C [6]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "*khảo sát kết quả kiểm soát mục tiêu nồng độ LDL-C huyết thanh ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn đã điều trị rosuvastatin 10mg tại bệnh viện tim mạch thành phố cần thơ năm 2021-2022.*" với các mục tiêu sau:

1. *Xác định tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn đã điều trị Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần tại bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ 2021-2022.*

2. *Tìm hiểu các yếu tố liên quan với kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn đã điều trị Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần tại bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ 2021-2022.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ĐMV mạn có thời gian điều trị Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần tại bệnh viện tim mạch Thành phố Cần Thơ 2021-2022.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bệnh ĐMV mạn có kèm: suy thận mạn với eGFR <30ml/phút/1,73m<sup>2</sup>, xơ gan, viêm gan thể hoạt động, nghiện rượu, tăng Transamin không rõ nguyên nhân, tăng lipid máu thứ phát do hội chứng thận hư, suy giáp, cường giáp, hoặc đang sử dụng thuốc ức chế mạnh CYP3A4 (ketoconazol, clarithromycin, erythromycin, thuốc ức chế HIV protease) và các bệnh cấp tính khác.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang

**Cỡ mẫu:** 206 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh ĐMV mạn có thời gian điều trị Rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần. Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ, thuận tiện, không xác suất.

**Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung: tuổi; giới; nơi sống, nghề nghiệp; các yếu tố nguy cơ tim mạch: thừa cân béo phì, hoạt động thể lực, hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường. Tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn. Một số yếu tố liên quan đến kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn.

**Tác dụng phụ:** tăng men ALT > 3 lần, đau mỏi cơ

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm Stata 14.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu và các yếu tố nguy cơ tim mạch

**Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Giới nữ (n,%)	117	56,8
Tuổi (năm)	Tuổi trung bình:62, tuổi lớn nhất 86 và nhỏ nhất 39	
< 65 tuổi	107	51,9
$\geq$ 65 tuổi	99	48,1
Nơi sống		
Thành thị	143	69,4
Nông thôn	63	30,6
Nghề nghiệp		

Lao động chân tay	78	37,8
Lao động trí óc	24	11,6
Hưu trí	104	50,6

**Nhận xét:** Trong 206 bệnh nhân ghi nhận nữ chiếm tỷ lệ 56,8%, nhóm tuổi ≥ 65 chiếm 48,1%; bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 62 tuổi, đa số bệnh nhân đến khám là sinh sống ở thành thị chiếm 69,4%, đa số bệnh nhân là người hưu trí chiếm tỷ lệ cao 50,6%.

**Bảng 2: Phân bố yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân bệnh ĐMV.**

Một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Béo phì – thừa cân	129	62,6
Hút thuốc lá	50	24,3
Không hoạt động thể lực	90	56,3
Tăng huyết áp	121	58,7
Đái tháo đường	85	41,3

**Nhận xét:** Bệnh nhân có thừa cân và béo phì chiếm 62,6%, hút thuốc lá chiếm 24,3%, tỷ lệ bệnh nhân không có hoạt động thể lực là 56,3%, THA chiếm tỷ lệ mắc cao 58,7%, ĐTĐ chiếm 41,3%.

**3.2. Tỷ lệ nồng độ LDL-c không đạt mục tiêu và yếu tố liên quan, mức độ rối loạn LDL-c theo NCEP-ATP III 2004.**

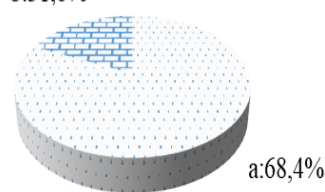
**Bảng 3: Mức độ rối loạn LDL-c theo NCEP - ATP III Hoa Kỳ 2004**

Mức độ rối loạn LDL-c	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
-----------------------	------------	-----------

Tối ưu <2,60mmol/L	146	79,87
Gần mức bình thường 2,60-3,35mmol/L	32	15,53
Tăng cao giới hạn 3,36-4,14mmol/L	16	7,77
Tăng cao 4,15-4,88mmol/L	10	4,85
Tăng rất cao ≥4,89mmol/L	2	0,97
<b>Tổng</b>	<b>206</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** phân loại mức độ rối loạn LDL-c theo NCEP - ATP III Hoa Kỳ 2004 thì nồng độ LDL-C ở mức tối ưu đạt 79,8%, mức bình thường chiếm 15,3%; tăng cao giới hạn chiếm 7,77% và tăng cao chiếm 4,85%; tăng rất cao chiếm 0,97%.

b:31,6%



a: phần trăm nồng độ LDL-c ≥1,8mmol/l,  
b: phần trăm nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l.

**Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l ở bệnh nhân bệnh ĐMV mạn.**

**Nhận xét:** bệnh nhân có bệnh ĐMV mạn đã sử dụng rosuvastatin 10mg ≥4 tuần ghi nhận tỉ lệ nồng độ LDL-c ≥1,8mmol/l là 68,4%. Tỉ lệ đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l là 31,6 %.

**Bảng 4: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với mục tiêu nồng độ LDL-c.**

	Mục tiêu LDL-c <1.8 mmol/l				PR với (KTC 95%)	p
	Không đạt		Đạt			
	n	%	n	%		
Giới nữ	89	76,1%	28	23,9%	1,4-KTC(1,07-1,9)	0,007
Thừa cân và béo phì	61	79,2%	16	20,8%	1,7- KTC (1,1-2,7)	0,01
Không hoạt động thể lực	70	77,8%	20	22,2%	1,6 với KTC (1,0-2,4)	0,01

**Nhận xét:** Bệnh nhân có tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c <1,8mmol/l ở nhóm nữ và nhóm nam; nhóm BMI thừa cân, béo phì và nhóm BMI bình thường; không hoạt động thể lực và nhóm có hoạt động thể lực có sự khác biệt nhau có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 và PR với khoảng tin cậy 95% lần lượt là 1,4 (1,07-1,99); 1,7(1,1-2,7); 1,6(1,0-2,4).

**Bảng 5: Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với mục tiêu nồng độ LDL-c.**

	Mục tiêu LDL-c <1.8 mmol/l				P
	Không đạt		Đạt		
	n	%	n	%	
Nhóm tuổi <65	75	70,1%	32	29,9%	0,59
Có hút thuốc lá	37	74%	13	26%	0,33
Có tăng huyết áp	85	69,7%	37	30,3%	0,64
Có đái tháo đường	54	63,5	31	36,5	0,20

**Nhận xét:** Bệnh nhân có tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c <1.8 mmol/l ở nhóm tuổi ≥65 và nhóm tuổi <65; hút thuốc lá và không

hút thuốc lá; tăng huyết áp và không tăng huyết áp; đái tháo đường và không đái tháo đường sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

**3.3. Tác dụng phụ của Rosuvastatin.** Sau quá trình điều trị bằng Rosuvastatin 10mg trên 4 tuần không có bệnh nhân tăng men ALT trên 3 lần bình thường, và chưa ghi nhận được triệu chứng đau cơ.

#### IV. BÀN LUẬN

Khảo sát trên 206 bệnh nhân bệnh ĐMV mạn được điều trị tại bệnh viện Tim Mạch Thành phố Cần Thơ với rosuvastatin 10mg  $\geq$  4 tuần ghi nhận độ tuổi trung bình là 62. Trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 38. Nhóm tuổi < 65 chiếm tỷ lệ 51,9% cao hơn nhóm tuổi  $\geq$  65 chiếm 48,1%, nhóm tuổi không có liên quan với kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c với  $P > 0,05$ . Kết quả cao hơn kết quả của Dương Hoàng Vũ (2018) trên bệnh nhân bệnh mạch vành mạn tại bệnh viện Tim Mạch thành phố Cần Thơ có tuổi trung bình là 65,2 tuổi [8]. Qua kết quả cho thấy bệnh mạch máu ngày càng trẻ hóa có thể do xã hội phát triển công việc áp lực, sử dụng thức ăn nhanh, nhiều chất béo, lười vận động dẫn đến trẻ hóa bệnh mạch vành và kết quả kiểm soát LDL-c không liên quan với tuổi tác.

Nữ giới chiếm 56,8% nhiều hơn nam giới chiếm 43,2% và có liên quan với kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c với  $P = 0,007 < 0,05$ ,  $PR=1,4$  với  $KTC95\%(1,07-1,99)$ . Tương đồng với nghiên cứu của Dương Hoàng Vũ [8] thực hiện tại bệnh viện Tim Mạch Tp.Cần Thơ (2018) ghi nhận nữ giới chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam giới. Từ đó chúng tôi nghĩ có thể là giới nữ thì khả năng điều trị đạt mục tiêu nồng độ LDL-c càng khó, nguy cơ xuất hiện bệnh mạch vành càng tăng. Theo y văn nam giới phát triển bệnh mạch vành sớm hơn nữ giới từ 10 – 15 năm, nhưng phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi đa số ở thời kỳ mãn kinh nên nguy cơ bệnh tim mạch tương đương và cao hơn nam giới. Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành ở phụ nữ tăng nhanh hơn là do sự thay đổi của cơ thể sau khi mãn kinh (thời kỳ mãn kinh làm tăng gấp 3 lần nguy cơ tim mạch của phụ nữ so với trước đó).

Các đặc điểm khác như dân tộc thì chủ yếu là dân tộc kinh chiếm 85%, nghề nghiệp thì người già/mất sức lao động, chiếm tỷ lệ 50,6%; do đặt trưng bệnh viện Tim Mạch bệnh nhân đến khám đa số là lớn tuổi là phù hợp, đa số bệnh nhân đến khám có nơi sinh sống là thành thị chiếm 69,4%.

Về yếu tố nguy cơ tim mạch chúng tôi ghi nhận tỉ lệ béo thừa cân, không Hoạt động thể lực là 62,6%; 56,3%, và có liên quan với kết quả

không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c có ý nghĩa thống kê với  $P= 0,01$  và  $PR=1,7$  với  $KTC 95\%(1,1-2,7)$ ; với  $P=0,01$  và  $PR=1,6$  với  $KTC 95\%(1,0-2,4)$ . Qua nghiên cứu chúng tôi nghĩ rằng cuộc sống tĩnh tại ít vận động hay béo phì thừa cân thì có thể tăng nguy cơ bệnh mạch vành và có phải chăng những đối tượng này càng khó kiểm soát được nồng độ LDL-c mục tiêu, từ đó tăng nguy cơ xơ vữa và cuối cùng tăng nguy cơ bệnh mạch vành và tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Dương Hoàng Vũ (2018) [8] trên cùng địa điểm và đối tượng. Và cao hơn tác giả Võ Thị Thùy An (2019) là 43,5% [2] đều này cho thấy xã hội càng phát triển tỉ lệ thừa cân béo phì càng tăng và khả năng bệnh mạch vành cũng gia tăng trên đối tượng này béo phì thừa cân.

Trong khi tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá là các yếu tố nguy cơ tim mạch chính, người bị bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường thì thành mạch máu thường bị tổn thương tiến triển xơ nên rất kém co giãn, hẹp và tắc nghẽn hay bóc tách chảy máu nguy cơ tổn thương mạch máu não, mạch máu tim, mạch máu thận tăng lên. Và hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ của rất nhiều bệnh do nicotin trong thuốc lá làm tăng nhịp tim, tăng huyết áp, giảm ôxy máu, tăng huyết khối, gây tổn thương thành mạch. Trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ mắc lần lượt là 58,7%; 41,3%; 24,3%. Kết quả này khác với một số nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hậu [5] tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá chiếm 42,9%. Tương đồng với tác giả Phạm Thanh Bình [3] ghi nhận tỷ lệ hút thuốc lá ở bệnh nhân bệnh mạch vành là 30,1%. Qua kết quả cho thấy tỷ lệ hút thuốc ngày càng giảm ở đối tượng bệnh mạch vành mạn, phải chăng là do nhận thức của người bệnh, hiệu quả tư vấn của bác sĩ, và sự tuân thủ của bệnh nhân ngày càng tốt. Và chúng tôi chưa tìm thấy có mối liên quan với kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c, có thể hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ tim mạch độc lập với kết quả kiểm soát nồng độ LDL-c huyết thanh.

Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l sau hơn 4 tuần điều trị rosuvastatin 10mg trên bệnh nhân bệnh mạch vành mạn là 68,4%. Kết quả của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của Lê Tân Tố Anh (2020) [1] tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-C < 1,8 mmol/l sau 12 tuần dùng rosuvastatin 20mg là 74,1%. Cũng như kết quả của Phạm Thanh Bình [3] kết quả kiểm soát không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c trên đối tượng

bệnh ĐMV đã dùng rosuvastatin 20mg trong 6 tuần là 85,5%. Nhiều nghiên cứu khác nhau cho ta kết quả kiểm soát không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c khi điều trị bằng rosuvastatin có xu hướng giảm dần theo thời gian. Điều này có thể do sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân tốt và sự phối hợp rất tốt giữa điều trị bằng thuốc, tiết chế, luyện tập, giảm cân. Tuy nhiên thực tế kết quả trên vẫn còn cao trên đối tượng bệnh mạch vành. Theo ESC/EAS 2019 [10] càng đạt LDL-c mục tiêu càng sớm càng tốt và cần đánh giá mỗi 4 đến 6 tuần. Do đó từ thực trạng trên chúng ta cần nhìn nhận lại kết quả điều trị làm sao cho tỷ lệ đạt mục tiêu cao nhất để giảm biến cố tim mạch xảy ra. Trong khi phân loại theo mức độ rối loạn LDL-c theo NCEP - ATP III Hoa Kỳ 2004 thì nồng độ LDL-C ở mức tối ưu đạt 70,8%, mức bình thường chiếm 15,3%; tăng cao giới hạn chiếm 7,77% và tăng cao chiếm 4,85%; tăng rất cao chiếm 0,97%, ta thấy mức độ tối ưu đạt 70,8% tỷ lệ khá cao so với tỷ lệ đạt mục tiêu nồng độ < 1,8 mmol/l chỉ là 31,6% từ đó chúng tôi nghi rằng phân loại theo NCEP-ATP III Hoa kỳ 2004 không phù hợp áp dụng cho bệnh nhân bệnh mạch vành.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 206 bệnh nhân bệnh mạch vành mạn đến khám tại khoa khám bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ được điều trị rosuvastatin 10mg hạ LDL-C trên 4 tuần từ 2021-2022 chúng tôi ghi nhận kết quả như sau:

Tỷ lệ không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8 mmol/l là 68,4%, tỷ lệ đạt mục tiêu nồng độ LDL-c < 1,8mmol/l chiếm 31,6%. Trong đó giới tính nữ, BMI thừa cân béo phì, không hoạt động thể lực có liên quan đến kết quả tỷ lệ không đạt nồng độ mục tiêu LDL-c huyết thanh, có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$  và PR và KTC 95% lần lượt là 1,4 (1,07-1,99); 1,7 (1,1-2,7); 1,6 (1,0-2,4).

Còn các yếu tố nhóm tuổi trên 65, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá thì ghi nhận không có liên quan với đến kết quả không đạt mục tiêu nồng độ LDL-c huyết thanh ở bệnh nhân bệnh mạch vành mạn với  $p > 0,05$ .

Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận các đặc điểm tuổi trung bình là 62, tỷ lệ tuổi trên 65 là 48,1%, nữ chiếm 56,8%, nơi sống thành thị chiếm 69,4%, đối tượng là người già và hưu trí chiếm 50,6%. Về các yếu tố nguy cơ tim mạch: BMI béo phì và thừa cân 62,6%, hút thuốc lá 24,3%, không hoạt động thể lực 56,3%, tăng huyết áp 58,7%, đái tháo đường 41,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lê Tân Tố Anh, Trần Quốc Luận (2020)**, Đánh giá hiệu quả kiểm soát LDL-c bằng Rosuvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu tại bệnh viện tim mạch thành phố Cần Thơ, Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, 39(4),tr98-106.
- Võ Thị Thùy An (2019)**, Nghiên cứu tình hình và đánh giá kết quả kiểm soát rối loạn LDL-c bằng atorvastatin kết hợp ezetimibe ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2018-2019, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
- Phạm Thanh Bình (2016)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng rosuvastatin trong kiểm soát LDL-c ở bệnh nhân bệnh ĐMV tại bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
- Bộ Y Tế (2020)**, Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh ĐMV, Quyết định số 5332/QĐ-BYT ngày 23 tháng 12 năm 2020.
- Nguyễn Thị Thanh Hậu (2017)**, Nghiên cứu rối loạn lipid máu và kết quả kiểm soát LDL-c bằng ezetimide kết hợp statin ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
- Hội Tim mạch học Việt Nam (2015)**, Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu năm 2015.
- Hội Tim mạch học Việt Nam (2018)**, Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp năm 2018.
- Dương Hoàng Vũ (2018)**, Nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu và kết quả kiểm soát LDL-c bằng simvastatin kết hợp ezetimibe trên bệnh nhân bệnh ĐMV tại bệnh viện Tim Mạch Cần Thơ năm 2017-2018, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
- Cannon CP, Giugliano RP, Blazing MA, et al. (2008)**, Rationale and design of IMPROVE-IT (IMPRoved Reduction of Outcomes: Vytorin Efficacy International Trial): comparison of ezetimibe/simvastatin versus simvastatin monotherapy on cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndromes", Am Heart J, 156(5), pp.826-832.
- François Mach, Colin Baigen 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) Atherosclerosis Society (EAS), European Heart Journal, 41(1), pp. 111– 88.