

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU TRÊN BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN DO HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN BÀ RỊA

Nguyễn Vĩnh Nguyên¹, Nguyễn Như Hồ¹, Nguyễn Ngọc Khôi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu (RLLM) trên bệnh nhân (BN) nhập viện do hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) và xác định mối liên quan của các yếu tố ảnh hưởng đến số ngày nằm viện, kết cục tại khoa Nội tim mạch lão học, bệnh viện Bà Rịa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của BN điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch lão học, nhập viện được chẩn đoán xác định HCMVC từ 01/08/2020 – 31/07/2021. **Kết quả:** BN được kê statin cường độ cao lúc nhập viện và khi xuất viện lần lượt là 62,5% và 64,5%. Thể UA và NSTEMI được kê atorvastatin nhiều trong khi STEMI được kê rosuvastatin nhiều khi nhập viện, khi xuất viện thì atorvastatin chiếm chủ yếu ở cả 3 thể. BN có tiền sử sử dụng statin có khả năng giảm thời gian nằm viện, trong khi đó mức lọc cầu thận thấp và thể nhồi máu cơ tim có/không có ST chênh lên có khả năng kéo dài thời gian nằm viện. Việc dùng statin lúc nhập viện làm giảm 8 lần tỷ suất xảy ra kết cục (tử vong, đột quỵ, được yêu cầu chuyển viện, cơn nhồi máu cơ tim mới, suy tim) ở BN. **Kết luận:** Cần xem xét việc kê statin cường độ cao cho BN có chẩn đoán HCMVC, kéo dài sau khi đã xuất viện. Cần thực hiện thêm các thiết kế nghiên cứu có mức độ cao hơn như nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu để xác định chính xác hơn các yếu tố ảnh hưởng đến số ngày nằm viện, kết cục.

Từ khoá: Statin, tỷ lệ sử dụng thuốc, yếu tố ảnh hưởng, hội chứng mạch vành cấp.

SUMMARY

INVESTIGATION ON DRUG TREATMENT OF DYSLIPIDEMIA IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES AT BA RIA HOSPITAL

Objectives: This study was designed to investigate medications to treat dyslipidemia in patients hospitalized due to acute coronary syndromes at Cardiology and Geriatric Department of Ba Ria hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional study was carried on medical records of inpatients at the Cardiology and Geriatric Department who had been diagnosed with acute coronary syndrome from August 1st 2020 to July 31st 2021. Patterns of drug use at hospital admission and discharge were analyzed. The relationship between risk factors and length of hospital stay or outcome

were determined. **Results:** Patients who were prescribed high-intensity statins at admission and at discharge were 62.5% and 64.5%, respectively. Majority of UA and NSTEMI were prescribed atorvastatin, while STEMI was prescribed rosuvastatin on admission, and at discharge, majority of all three types were prescribed atorvastatin. Patients with a history of statin use are able to decrease length of hospital stay, while low glomerular filtration rate and myocardial infarction with/without ST elevation are able to increase length of hospital stay. The use of statins on admission resulted in a 8-fold reduction in the rate of outcomes in patients (death, stroke, referral to hospital, new myocardial infarction, heart failure). **Conclusion:** Consideration should be given to prescribing high-intensity statins for patients with a diagnosis of acute coronary syndrome, lasting after discharge from the hospital. More high-level study designs such as prospective cohort studies are needed to clearly identify affecting factors to length of hospital stay and outcomes.

Keywords: Statin, rate of drug use, affecting factor, acute coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCMVC là một biến cố nặng cần cấp cứu, nguyên nhân hàng đầu gây tử vong liên quan tim mạch và các biến chứng [1]. Trong các yếu tố nguy cơ của HCMVC, RLLM được xem là một yếu tố quan trọng dẫn đến tử vong do bệnh tim mạch [2]. Ngược lại, BN mắc HCMVC được xếp vào nhóm đối tượng có nguy cơ tim mạch rất cao theo hướng dẫn điều trị RLLM [3].

Nhiều nghiên cứu cho thấy sử dụng statin làm giảm nồng độ LDL-C bất kể nồng độ LDL-C ban đầu làm giảm nguy cơ biến cố tim mạch và tỷ lệ tử vong ở BN HCMVC [4]. Statin nên được sử dụng sớm và lâu dài trên BN HCMVC [5].

Hiện nay, chưa có nhiều nghiên cứu về tình hình sử dụng thuốc điều trị RLLM trên BN HCMVC ở nước ta nói chung và tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu nói riêng. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị RLLM trên BN nhập viện do HCMVC, đồng thời khảo sát mối liên quan giữa các thuốc điều trị RLLM và đặc điểm BN lên số ngày nhập viện, kết cục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu tiến hành trên hồ sơ bệnh án (HSBA) của BN.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Khôi

Email: nnkhoi@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.01.2023

Ngày duyệt bài: 7.2.2023

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả BN điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch lão học, bệnh viện Bà Rịa từ 01/08/2020 – 31/07/2021.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** BN được chẩn đoán xác định HCMVC khi nhập viện, được kê đơn tối thiểu một ngày thuốc.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** BN không có đầy đủ thông tin như giới tính, năm sinh, chỉ số khối cơ thể (BMI), số ngày nằm viện. BN đã được kê và sử dụng thuốc tại bệnh viện khác trước khi chuyển đến bệnh viện Bà Rịa.

Từ mẫu trên chọn ra đối tượng nhằm

- Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến số ngày nằm viện thỏa tiêu chuẩn: hoàn thành quá trình điều trị, nằm viện trên một ngày.

- Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục của BN (tử vong, đột quỵ, bác sĩ đề nghị chuyển viện, suy tim, cơn nhồi máu cơ tim mới) thỏa tiêu chuẩn: ngày xảy ra biến cố từ ngày thứ hai trở đi.

Phương pháp nghiên cứu. Thông tin của BN thu thập từ HSBA bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm sử dụng thuốc điều trị RLLM, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Chẩn đoán lúc nhập viện được chia thành 3 thể: đau thắt ngực không ổn định (UA), nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NSTEMI) và nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (STEMI).

Tiến hành thu thập thông tin sử dụng thuốc phân loại thành các nhóm: tiền sử dùng statin, thuốc ban đầu lúc nhập viện, lúc xuất viện. Statin được phân loại thành 3 nhóm dựa theo cường độ: cao, trung bình, thấp theo phân loại của AHA/ACC 2018 [6]. Thống kê đặc điểm BN và sử dụng thuốc phân theo cường độ của statin tại thời điểm nhập viện, xuất viện. Thống kê loại statin đã được dùng tại thời điểm nhập viện, xuất viện.

Ghi nhận số ngày nằm viện của BN. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến số ngày nằm viện.

Thu thập số liệu kết cục của BN. Xác định

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	UA	NSTEMI	STEMI	Tất cả
Cỡ mẫu, n (%)	283 (59,3)	86 (18,0)	108 (22,6)	477 (100)
Giới tính (nam), n (%)	152 (53,7)	47 (54,7)	78 (72,2)	277 (58,1)
Tuổi, TV	67 (59,5; 75)	71 (62; 79)	66 (53; 75,5)	68 (59; 76)
Tuổi ≥ 60, n (%)	212 (74,9)	72 (83,7)	71 (65,7)	355 (74,4)
BMI (kg/m ²), TV	22,7 (20,4; 24,6)	21,95 (20,0; 23,9)	22,6 (20,4; 25,4)	22,5 (20,3; 24,6)
Tiền sử bệnh, n (%)				
Tăng huyết áp	219 (77,4)	61 (70,9)	70 (64,8)	350 (73,4)
Bệnh mạch vành	182 (64,3)	33 (38,4)	20 (18,5)	235 (49,3)
RLLM	76 (26,9)	16 (18,6)	7 (6,5)	99 (20,8)
Đái tháo đường	59 (20,8)	15 (17,4)	19 (17,6)	93 (19,5)

các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục của BN.

Phân tích thống kê. Dữ liệu thu thập được xử lý thống kê với phần mềm SPSS 26.0. Các biến định danh được trình bày bằng tần số và tỷ lệ (%). Các biến liên tục có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng số trung bình ± độ lệch chuẩn (TB ± ĐLC), có phân phối không chuẩn được trình bày dưới dạng số trung vị (TV) và tứ phân vị. Thống kê mô tả được sử dụng để xác định số TB, số TV, tần số và % của các biến.

Sử dụng phương pháp hồi quy tuyến tính đa biến trong phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến số ngày nằm viện. Các biến độc lập được đưa vào phân tích gồm các biến nhị phân: giới tính (nam), tiền sử dùng statin, có dùng statin lúc nhập viện, được chẩn đoán NSTEMI, được chẩn đoán STEMI lúc nhập viện và các biến định lượng: tuổi, eGFR (mL/phút), BMI.

Sử dụng phân tích hồi quy COX để phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ suất xảy ra kết cục. Các biến độc lập được đưa vào phân tích gồm các biến định tính: giới tính (nam), tiền sử dùng statin, nhóm statin lúc nhập viện, chẩn đoán thể HCMVC lúc nhập viện và các biến định lượng: tuổi, eGFR (mL/phút), BMI.

Y đức. Nghiên cứu được thực hiện hồi cứu trên HSBA của BN, không thực hiện bất kỳ can thiệp nào trong quá trình điều trị của BN. Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu đều được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Nghiên cứu khoa học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận với số Y Đức 590/HĐĐĐ-ĐHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian khảo sát, có 477 BN thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu. Đặc điểm BN trong nghiên cứu được trình bày trong bảng 1 theo 3 thể bệnh.

Suy tim	13 (4,6)	7 (8,1)	5 (4,6)	25 (5,2)
Số ngày nằm viện, TV	3 (2; 5)	6 (3; 8)	4 (5; 8)	4 (2; 6)
eGFR (mL/phút), TB ± ĐLC	72,2 ± 20,7	63,7 ± 23,5	72,8 ± 23,7	70,8 ± 22,2
Chỉ định PCI, n (%)	36 (12,7)	26 (30,2)	75 (69,4)	137 (28,7)
Tiền sử dùng statin, n (%)	119 (42,0)	14 (16,3)	3 (2,8)	136 (28,5)

Phần lớn BN được chẩn đoán UA khi nhập viện (59,3%). BN cao tuổi chiếm đa số với 74,4%. Hầu hết BN có bệnh tăng huyết áp (73,4%), tiếp đến là bệnh mạch vành (49,3%), theo sau là RLLM và đái tháo đường (20,8% và 19,5%). BN được can thiệp PCI cao nhất ở thể STEMI (69,4%), trong khi tiền sử dùng statin và

n: số BN, PCI: can thiệp động mạch vành qua da tiền sử bệnh mạch vành, RLLM cao nhất ở thể UA (42,0% và 64,3%, 26,9%).

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị RLLM. Đặc điểm BN và sử dụng thuốc điều trị RLLM phân theo cường độ của statin tại thời điểm nhập viện, xuất viện được trình bày ở bảng 2 và thống kê các thuốc điều trị RLLM theo mỗi thể được trình bày ở bảng 3.

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị RLLM theo cường độ của statin

Đặc điểm	Statin cường độ cao	Statin cường độ trung bình	Không dùng statin
Nhập viện (n=477)			
Cỡ mẫu, n (%)	298 (62,5)	143 (30,0)	36 (7,5)
Tuổi, TB ± ĐLC	66,3 ± 12,7	68,3 ± 11,6	66,9 ± 15,2
Giới tính (nam), n (%)	188 (63,1)	71 (49,7)	18 (50)
Chẩn đoán lúc nhập viện, n (%)			
UA (n=283)	121 (42,8)	131 (46,3)	31 (11,0)
NSTEMI (n=86)	69 (80,2)	12 (14,0)	5 (5,8)
STEMI (n=108)	108 (100)	-	-
Chỉ định PCI (n=137), n (%)	119 (86,9)	14 (10,2)	4 (2,9)
Thuốc dùng kèm, n (%)			
Ezetimib/fenofibrat	2 (0,6)	2 (1,4)	-
ACEI/ARB	178 (59,7)	109 (76,2)	14 (38,9)
Beta blocker	110 (36,9)	62 (43,4)	6 (16,7)
Chẹn kênh canxi	52 (17,4)	35 (24,5)	15 (41,7)
DAPT	244 (81,9)	37 (25,9)	5 (13,9)
Xuất viện (n=409)			
Cỡ mẫu, n (%)	264 (64,5)	113 (27,6)	32 (7,8)
Tuổi, TB ± ĐLC	66,8 ± 12,0	68,9 ± 11,9	65,7 ± 14,5
Giới tính (nam), n (%)	163 (61,7)	51 (45,1)	20 (62,5)
Chẩn đoán lúc nhập viện, n (%)			
UA (n=246)	123 (50,0)	101 (41,1)	22 (8,9)
NSTEMI (n=70)	53 (75,7)	10 (14,3)	7 (10,0)
STEMI (n=93)	88 (94,6)	2 (2,2)	3 (3,2)
Có PCI (n=131), n (%)	123 (93,9)	4 (3,1)	4 (3,1)
Thuốc dùng kèm, n (%)			
Ezetimib/fenofibrat	2 (0,8)	2 (1,8)	-
ACEI/ARB	164 (62,1)	78 (69,0)	17 (53,1)
Beta blocker	104 (39,4)	44 (38,9)	10 (31,3)
Chẹn kênh canxi	46 (17,4)	30 (26,5)	11 (34,4)
DAPT	200 (75,8)	29 (25,7)	15(46,9)

ACEI/ARB: ức chế men chuyển/chẹn thụ thể angiotensin; DAPT: phác đồ kép chống kết tập tiểu cầu
 Đa số BN được kê statin cường độ cao lúc nhập viện và xuất viện (62,5% và 64,5%), không có dùng statin cường độ thấp. Toàn bộ BN STEMI được kê statin cường độ cao lúc nhập viện, đa số lúc xuất viện với 94,6%. Các BN được PCI đa phần được kê statin cường độ cao cả lúc nhập viện và xuất viện (86,9% và 93,9%). DAPT được dùng nhiều khi BN có sử dụng statin cường độ cao (81,9% lúc nhập viện, 75,8% khi xuất viện).

Bảng 3. Thống kê loại statin được sử dụng

Loại statin, n (%)	UA	NSTEMI	STEMI	Tất cả
Nhập viện				
Cỡ mẫu	283	86	108	477
Không dùng statin	31 (11,0)	5 (5,8)	-	36 (7,5)
Atorvastatin	218 (77,0)	54 (62,8)	20 (18,5)	292 (61,2)
Rosuvastatin	33 (11,7)	27 (31,4)	88 (81,5)	148 (31,0)
Simvastatin	1 (0,4)	-	-	1 (0,2)
Xuất viện				
Cỡ mẫu	246	70	93	409
Không dùng statin	22 (8,9)	7 (10,0)	3 (3,2)	32 (7,8)
Atorvastatin	193 (78,5)	54 (77,1)	80 (86,0)	327 (80,0)
Rosuvastatin	30 (12,2)	9 (12,9)	10 (10,8)	49 (12,0)
Simvastatin	1 (0,4)	-	-	1 (0,2)

Phần lớn atorvastatin được kê tại thời điểm nhập viện và xuất viện (61,2% và 80,0%). Tại thời điểm nhập viện, đa số UA, NSTEMI được kê atorvastatin (77,0%, 62,8%), trong khi STEMI được kê rosuvastatin (81,5%). Khi xuất viện, cả 3 thể đều được kê đa số là atorvastatin (78,5%,

77,1%, 86,0%).

3.3. Khảo sát các yếu tố liên quan đến số ngày nằm viện. Tổng hợp các trị số trong phân tích hồi quy tuyến tính đa biến của các yếu tố ảnh hưởng lên số ngày nhập viện được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng lên số ngày nhập viện (n=374)

Yếu tố	Hệ số B	95% CI	p
Hằng số	6,650	3,144 – 10,156	< 0,001
Giới (nam)	0,130	-0,438 – 0,699	0,652
Tuổi (năm)	0,004	-0,023 – 0,030	0,780
BMI (kg/m ²)	-0,037	-0,118 – 0,043	0,363
eGFR (mL/phút)	-0,025	-0,040 – -0,011	0,001
Chẩn đoán nhồi máu cơ tim			
NSTEMI	2,737	1,962 – 3,512	< 0,001
STEMI	2,116	1,397 – 2,835	< 0,001
Có tiền sử dùng statin	-0,674	-1,325 – -0,022	0,043
Có dùng statin lúc nhập viện	0,048	-1,125 – 1,222	0,935

Mô hình này cho biết 22,3% sự khác biệt về số ngày nằm viện là do các yếu tố trong bảng trên. BN có tiền sử dùng statin có thể giảm đi 0,67 ngày nằm viện ($p=0,043$), tốc độ lọc cầu thận càng tăng thì càng giảm số ngày nằm viện (mỗi 10 mL/phút tăng thêm làm số ngày nằm viện giảm đi 1/4 ngày; $p=0,001$); BN nhập viện với chẩn đoán nhồi máu cơ tim làm tăng hơn 2

ngày nằm viện so với BN được chẩn đoán UA ($p<0,001$).

3.4. Khảo sát các yếu tố liên quan đến kết cục bệnh nhân. Tổng hợp các trị số trong phân tích đa biến hồi quy COX của các yếu tố ảnh hưởng lên tỷ suất xảy ra kết cục được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5. Mối liên quan giữa kết cục và các yếu tố ảnh hưởng trong hồi quy COX (n=423)

Yếu tố	HR	95% CI	p
Giới (nam)	1,481	0,639 – 3,429	0,360
Tuổi (năm)	1,036	0,997 – 1,077	0,071
BMI (kg/m ²)	0,933	0,831 – 1,048	0,243
eGFR (mL/phút)	1,016	0,994 – 1,039	0,160
Chẩn đoán lúc nhập viện			
UA	1 (tham chiếu)		
NSTEMI	0,963	0,306 – 3,038	0,949
STEMI	1,126	0,347 – 3,653	0,844
Có tiền sử dùng statin	1,619	0,608 – 4,311	0,335
Statin lúc nhập viện			
Không dùng statin	8,348	1,934 – 36,040	0,004

Statin cường độ trung bình	1 (tham chiếu)		
Statin cường độ cao	2,515	0,673 – 9,398	0,170

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ suất xảy ra kết cục ở các thể HCMVC (NSTEMI, STEMI so với UA lần lượt có $p=0,853$ và $0,869$). Việc không dùng statin lúc nhập viện có tỷ suất xảy ra kết cục gấp hơn 8 lần có dùng statin cường độ trung bình ($p=0,004$), không có sự khác biệt giữa 2 nhóm statin cường độ trung bình và cường độ cao ($p=0,170$).

IV. BÀN LUẬN

Đa số BN trong nghiên cứu có chẩn đoán UA (59,3%), cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Vinh (11,3%) và của Châu Ngọc Hoa (45,9%). Điều này có thể lý giải vì đây là bệnh viện tỉnh, các BN với các thể HCMVC nặng hơn được chuyển viện khi được phân loại tại phòng cấp cứu. Các đặc điểm như cao tuổi, tăng huyết áp, giới nam đều có tỷ lệ cao lần lượt là 74,4%, 73,4%, 58,1% tương tự với nghiên cứu của Phạm Nguyễn Vinh [7,8]. Điều này phù hợp vì các đặc điểm này đều là các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành. Tiền sử dùng statin ở UA 42% không phù hợp với tiền sử RLLM ở UA (26,9%) có thể do BN tự ý dùng thuốc hoặc không nhớ đã từng được chẩn đoán RLLM.

Tỷ lệ kê statin cường độ cao lúc nhập viện cao hơn theo mức độ nặng của thể HCMVC (UA 42,8%; NSTEMI 80,2%; STEMI 100%) và lúc xuất viện thì đã giảm ở STEMI (94,6%) với 5/93 BN không còn được kê statin cường độ cao khi xuất viện. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế và ESC/EAS thì statin liều cao cần được kê khi nhập viện và kéo dài sau khi xuất viện nếu không có chống chỉ định hoặc tiền sử không dung nạp, bệnh viện cần xem xét việc sử dụng liều cao statin cho các BN được chẩn đoán HCMVC [1,3]. Tính trên toàn bộ đối tượng thì statin cường độ cao được kê cho 62,5% BN lúc nhập viện thấp hơn so với nghiên cứu của Châu Ngọc Hoa (75,84%), điều này có thể do mẫu của Châu Ngọc Hoa lấy ở bệnh viện Chợ Rẫy, nơi tiếp nhận nhiều BN nặng hơn [8]. Phần lớn thể STEMI được kê rosuvastatin lúc nhập viện (81,5%), trong khi lúc xuất viện là atorvastatin (86,0%), điều này có thể do đây là thể nặng ban đầu nằm ở phòng cấp cứu và bác sĩ ở đây ưa thích dùng rosuvastatin hơn so với bác sĩ ở khoa Nội tim mạch lão học.

Việc sử dụng statin trước nhập viện có ảnh hưởng đến số ngày nằm viện (giảm 0,67 ngày), điều này có thể do BN đã có bệnh RLLM nhưng không có kiểm tra lipid máu dẫn đến khả năng

xơ vữa cao hơn so với BN được chẩn đoán và dùng statin. Statin được dùng lúc nhập viện làm giảm tỷ suất xảy ra kết cục ở BN. Các yếu tố ảnh hưởng được khảo sát trong nghiên cứu này dựa trên hồi cứu, cần thực hiện thêm các thiết kế nghiên cứu có mức độ cao hơn như nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu để khẳng định hoặc tìm ra các yếu tố ảnh hưởng khác.

V. KẾT LUẬN

BN nhập viện do HCMVC chủ yếu là UA. BN phần lớn có các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, tăng huyết áp, giới tính nam. Cần xem xét việc kê statin cường độ cao cho BN có chẩn đoán HCMVC, kéo dài sau khi đã xuất viện. Cần thực hiện thêm các nghiên cứu có mức độ cao hơn như nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu để xác định chính xác các yếu tố ảnh hưởng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế** (2019). Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp, Quyết định số 2187/QĐ-BYT ngày 03 tháng 06 năm 2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
- Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S. et al.** (2015). "Heart disease and stroke statistics--2015 update: a report from the American Heart Association", *Circulation*, 131(4), pp. e29-322.
- Mach F., Baigent C., Catapano A.L. et al.** (2019). "2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk", *Eur Heart J*, 41(1), pp. 111-188.
- Baigent C., Keech A., Kearney P.M. et al.** (2005). "Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins", *Lancet*, 366(9493), pp. 1267-78.
- Ho P.M., Spertus J.A., Masoudi F.A. et al.** (2006). "Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction", *Arch Intern Med*, 166(17), pp. 1842-47.
- Grundy S.M., Stone N.J., Bailey A.L. et al.** (2018). "2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APHA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines", *J Am Coll Cardiol*, 73(24), pp. e285-e350.
- Phạm Nguyễn Vinh, Nguyễn Lâm Việt, Trương Quang Bình và cs.** (2011). "Nghiên cứu quan sát điều trị bệnh nhân nhập viện do hội chứng động mạch vành cấp (MEDI – ACS study)", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (58), tr. 12-24.
- Châu Ngọc Hoa, Nguyễn Vinh Trinh** (2017). "Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, phụ bản tập* 21(1), tr. 173-178.