

nền chủ yếu gặp *Candida spp.*, *Malassezia spp.* và *Dermatophytes*. Không có sự khác biệt về phân bố tuổi, giới giữa nhóm nhiễm nấm và không nhiễm nấm, tuy nhiên, thể thông thường và thể mũ có tỉ lệ nhiễm nấm cao hơn so với các thể lâm sàng khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boehncke W.H., Schön M.P.** (2015). Psoriasis. *Lancet*, 386(9997), 983-994.
2. **Lowes M.A., Russell C.B., Martin D.A. et al** (2013). The IL-23/T17 pathogenic axis in psoriasis is amplified by keratinocyte responses. *Trends Immunol*, 34(4), 174-181.
3. **Kamiya K., Kishimoto M., Sugai J. et al** (2019). Risk factors for the development of psoriasis. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(18), 4347.
4. **Chadeganipour M., Shadzi S., Mohammadi R.** (2021). Fungal infections among psoriatic patients: etiologic agents, comorbidities, and vulnerable population. *Autoimmune Diseases*, 2021,
5. **Pietrzak A., Grywalska E., Socha M. et al** (2018). Prevalence and Possible Role of *Candida* Species in Patients with Psoriasis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mediators Inflamm*, 2018, 9602362.
6. **Sparber F., Ruchti F., LeibundGut-Landmann S.** (2020). Host immunity to *Malassezia* in health and disease. *Frontiers in cellular and infection microbiology*, 10, 198.
7. **Sepahi S., Riahi-Zanjani B., Ghorani-Azam A.** (2016). The role of *Candida albicans* in the pathogenesis of psoriasis vulgaris: a systematic literature review. *Reviews in Clinical Medicine*, 3(3), 122-127.
8. **Papini M., Natalini Y.** (2018). *Candida* infections in psoriatic patients on anti-IL17 therapy: a case series. *Journal of Dermatological Treatment*, 29(sup2), 3-4.
9. **Rudramurthy S.M., Honnavar P., Chakrabarti A. et al** (2014). Association of *Malassezia* species with psoriatic lesions. *Mycoses*, 57(8), 483-488.
10. **Kyriakou A., Zagalioti S.-C., Trakatelli M.-G. et al** (2022). Fungal Infections and Nail Psoriasis: An Update. *Journal of Fungi*, 8(2), 154.

GIÁ TRỊ TIÊN ĐOÁN KẾT CỤC TIM MẠCH CỦA NON-HIGH-DENSITY CHOLESTEROL Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP KHÔNG ST CHÊNH LÊN

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiều phân tích cho thấy vai trò của non-HDL-C trong đánh giá bệnh tim mạch do xơ vữa. Chỉ số non-HDL-C còn có vai trò tiên đoán kết cục tim mạch dài hạn cho bệnh nhân đã bị biến cố tim mạch. Dữ liệu về vai trò của non-HDL-C trong tiên lượng kết cục tim mạch ở Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm nồng độ non-HDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp và đánh giá vai trò tiên đoán của non-HDL-C đối với kết cục tim mạch dài hạn. **Đối tượng nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 220 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả, có theo dõi dọc. **Kết quả:** Trong 220 bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 65,5 ± 11,0 tuổi, tỷ lệ giới nam chiếm 59,1%. Nồng độ trung bình của non-HDL-C là 146,5 ± 48,7mg/dL. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ non-HDL-C < 85mg/dL và < 100 mg/dL lần lượt là 9,5% và 14,5%. Sau khi theo dõi 30 tháng, có 9,1%

bệnh nhân bị tử vong do mọi nguyên nhân. Nồng độ non-HDL-C có khả năng tiên đoán kết cục tử vong tại thời điểm 30 tháng với diện tích dưới đường cong là 0,64 (khoảng tin cậy 95%: 0,57 – 0,70). Tại điểm cắt nồng độ non-HDL-C 159 mg/dL, độ nhạy là 90% và độ đặc hiệu là 36,5% cho tiên đoán tử vong do mọi nguyên nhân. **Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên có tỷ lệ đạt mục tiêu nồng độ non-HDL-C thấp. Nồng độ non-HDL-C có khả năng tiên đoán tử vong mọi nguyên nhân tại thời điểm 30 tháng. **Từ khóa:** Non-HDL-C, kết cục, hội chứng mạch vành cấp

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF NON-HIGH-DENSITY CHOLESTEROL FOR CARDIOVASCULAR OUTCOMES IN PATIENTS WITH NON-ST ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: Many analyses have demonstrated the role of non-HDL-C in evaluating cardiovascular disease due to atherosclerosis. Non-HDL-C levels also have a prognostic role for long-term cardiovascular outcomes in patients who have experienced a cardiac event. However, data on the prognostic role of non-HDL-C in cardiovascular outcomes in Vietnam are limited. **Objectives:** To describe the non-HDL-C concentration characteristics in patients with acute coronary syndrome and evaluate the predictive role of

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024

non-HDL-C for long-term cardiovascular outcomes. **Materials:** We conducted a cross-sectional study with longitudinal follow-up in 220 patients diagnosed with acute coronary syndrome admitted to Cho Ray Hospital. **Methods:** Descriptive cross-sectional study with longitudinal follow-up. **Results:** Of the 220 patients included in the study, the mean age was 65.5 ± 11.0 years, and 59.1% were male. The mean non-HDL-C concentration was 146.5 ± 48.7 mg/dL. The percentage of patients with non-HDL-C < 85 mg/dL and < 100 mg/dL was 9.5% and 14.5%, respectively. After 30 months of follow-up, 9.1% of patients died from any cause. The non-HDL-C concentration was able to predict the 30-month mortality outcome with an area under the curve of 0.64 (95% confidence interval: 0.57 – 0.70). At the non-HDL-C cut-off point of 159 mg/dL, the sensitivity was 90%, and the specificity was 36.5% for predicting all-cause mortality. **Conclusions:** Our study showed that patients with non-ST-elevation acute coronary syndrome had a low rate of achieving the non-HDL-C target. Non-HDL-C concentration was able to predict all-cause mortality at the 30-month time point.

Keywords: Non-HDL-C, outcome, acute coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê toàn cầu năm 2023, bệnh tim thiếu máu cục bộ hiện là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Bên cạnh các yếu tố kinh điển như tăng huyết áp, hút thuốc lá thì rối loạn lipid máu vẫn là yếu tố nguy cơ chính, có thể thay đổi của bệnh lý mạch vành nói riêng và bệnh tim mạch do xơ vữa nói chung¹. Với các bằng chứng đến hiện tại, giảm LDL-C vẫn được xem như là mục tiêu chính yếu trong điều trị để phòng ngừa biến cố tim mạch nguyên phát cũng như biến cố tim mạch thứ phát. Giảm LDL-C bằng statin đã làm giảm nguy cơ tương đối biến cố tim mạch từ 25-45%². Tùy vào phân tầng nguy cơ của bệnh nhân mà mỗi bệnh nhân sẽ có một mục tiêu cụ thể về các chỉ số lipid máu cần đạt theo các khuyến cáo điều trị.

Bên cạnh LDL-C, chỉ số non-HDL-C ngày càng được quan tâm hơn trong thực hành lâm sàng. Những phân tích hậu kiểm gần đây ghi nhận điều trị đạt nồng độ non-HDL-C theo mục tiêu có liên quan đáng kể đến tiên lượng kết cục. Các phân tích gộp cho thấy nguy cơ tim mạch tồn dư sẽ được quản lý tốt hơn dựa trên kiểm soát nồng độ non-HDL-C hơn là kiểm soát nồng độ LDL-C³. Hiện tại, mục tiêu về nồng độ non-HDL-C cần đạt sẽ là mục tiêu nồng độ LDL-C cộng thêm 30 mg/dL.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy non-HDL-C không chỉ có mối liên quan đến độ nặng của bệnh động mạch vành, mà còn có giá trị tiên đoán kết cục và nguy cơ xuất hiện biến cố tim

mạch thứ phát ở những bệnh nhân đã bị các bệnh lý tim mạch do xơ vữa như nhồi máu cơ tim, đột quỵ^{4,5}. Dữ liệu nghiên cứu trên thế giới tập trung chủ yếu ở các quốc gia phương Tây. Tại khu vực Đông Nam Á, đặc biệt tại Việt Nam, còn hạn chế dữ liệu về vai trò của non-HDL-C trong đánh giá tiên lượng ở bệnh nhân bị bệnh động mạch vành.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả nồng độ non-HDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên nhập viện và đánh giá khả năng tiên lượng kết cục tim mạch dài hạn của non-HDL-C.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, có theo dõi dọc được tiến hành tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Dân số nghiên cứu bao gồm bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên, được nhận vào nghiên cứu từ tháng 10 năm 2016 đến tháng 2 năm 2017. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh số 263/ĐHYĐ-HĐ. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu đủ 18 tuổi, đồng tham gia nghiên cứu và ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều được chụp và/hoặc can thiệp mạch vành cấp cứu hoặc chương trình trong thời gian nằm viện.

Hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên gồm 2 thể lâm sàng là đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên dựa theo khuyến cáo về quản lý và điều trị hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên của Hội Tim Châu Âu 2015⁶. Chúng tôi loại trừ những trường hợp bệnh nhân bị rối loạn chuyển hóa lipid thứ phát như hội chứng thận hư, Basedow, suy giáp, bệnh nhân không có khả năng nhận thức đầy đủ, thời gian nằm viện < 24 giờ.

Các biến số nghiên cứu. Nồng độ các thành phần trong bilan lipid được đánh giá trong vòng 24 giờ sau nhập viện. Nồng độ non-HDL-C được tính bằng cách: tổng nồng độ cholesterol máu trừ cho nồng độ HDL-C. Ngoài ra, còn thu thập các biến số về nhân trắc như tuổi, giới tính; các biến số về lâm sàng và cận lâm sàng như huyết áp tâm thu, nhịp tim, tiền căn tăng huyết áp, đái tháo đường, creatinine máu, thang điểm GRACE, thang điểm Gensini.

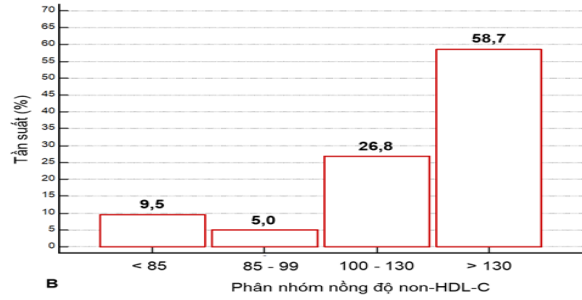
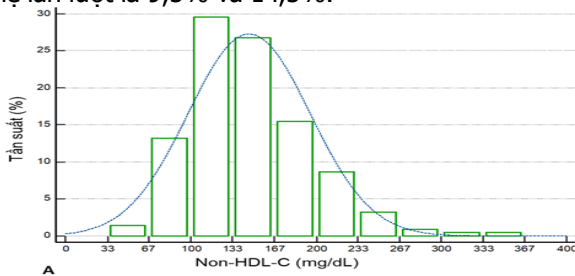
Kết cục chính trong nghiên cứu là tử vong do mọi nguyên nhân. Theo dõi kéo dài đến thời điểm 30 tháng sau xuất viện. Xác định tử vong của bệnh nhân bằng cách gọi điện thoại.

Xử lý thống kê. Dữ liệu được nhập và xử theo phần mềm Stata 13 (StataCorp. 2013. Stata Statistical Software: Release 13. College Station, TX: StataCorp LP). Các biến liên tục được thể hiện bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu phân bố chuẩn và trung vị - khoảng tứ phân vị nếu phân bố không chuẩn. Biến danh định được trình bày dưới dạng tần số (phần trăm). Dùng phép kiểm Student-t cho biến liên tục có phân bố chuẩn, phép kiểm Wilcoxon rank-sum cho biến liên tục không có phân phối chuẩn và phép kiểm chi bình phương hoặc chính xác Fisher cho biến phân loại, để so sánh các biến số ở 2 nhóm. Dùng đường cong ROC (receiver operating characteristic) để xác định diện tích dưới đường của non-HDL-C trong tiên đoán tử vong do mọi nguyên nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

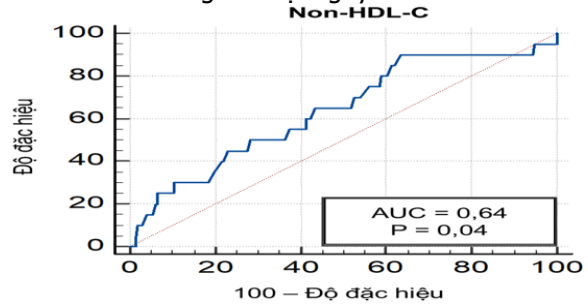
Trong thời gian nghiên cứu có 220 bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên thỏa tiêu chuẩn được nhận vào nghiên cứu. Tỷ lệ mất dấu trong nghiên cứu của chúng tôi là 15,9%. Trong đó, bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên có 96 trường hợp, chiếm 43,6%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $65,5 \pm 11,0$ tuổi và tỷ lệ giới nữ chiếm 41,9%. Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có tiền căn tăng huyết áp với 85,9% số bệnh nhân.

Nồng độ non-HDL-C của dân số nghiên cứu có phân phối chuẩn với giá trị trung bình là $146,5 \pm 48,7$ mg/dL, giá trị nhỏ nhất là 59 mg/dL, giá trị lớn nhất là 345 mg/dL. **Hình 1** cho thấy phân bố của non-HDL-C trong nghiên cứu và tỷ lệ các phân nhóm theo nồng độ. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ non-HDL-C < 85 mg/dL và < 100 mg/dL chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,5% và 14,5%.



Hình 1. A- Phân bố nồng độ non-HDL-C trong nghiên cứu; B- Tỷ lệ các phân nhóm theo nồng độ non-HDL-C

Trong thời gian theo dõi 30 tháng sau xuất viện, ghi nhận có 20 bệnh nhân tử vong, chiếm 9,1% số trường hợp. Chỉ số non-HDL-C tại thời điểm nhập viện có khả năng tiên đoán kết cục với diện tích dưới đường cong là 0,64 (khoảng tin cậy tin cậy 95% 0,57 – 0,70) với $p = 0,04$, ở điểm cắt 159 mg/dL có giá trị tiên đoán dương và âm lần lượt là 1,42 và 0,27 (**Hình 2**). Với điểm cắt này, độ nhạy là 90% và độ đặc hiệu là 36,5% cho tiên đoán tử vong do mọi nguyên nhân.



Hình 2. Đường cong ROC của nồng độ non-HDL-C cho tiên đoán kết cục tử vong do mọi nguyên nhân tại thời điểm 30 tháng

Dựa vào điểm cắt nồng độ non-HDL-C với ngưỡng 159 mg/dL, chúng tôi chia dân số nghiên cứu thành 2 nhóm bệnh nhân. Nhóm 1 là những bệnh nhân có nồng độ non-HDL-C ≤ 159 mg/dL và nhóm 2 gồm những bệnh nhân có nồng độ non-HDL-C > 159 mg/dL. Số bệnh nhân thuộc nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt là 145 và 75 bệnh nhân. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 2 nhóm bệnh nhân được trình bày ở **Bảng 1**.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 2 nhóm theo điểm cắt ROC

| Biến số | Chung N=220 | Nhóm 1 n=145 | Nhóm 2 n=75 | Giá trị p |
|------------------------|------------------|------------------|------------------|-----------|
| Tuổi, năm | $65,5 \pm 11,0$ | $66,2 \pm 11,2$ | $64,0 \pm 10,6$ | 0,16 |
| Giới nam, n (%) | 130 (59,1) | 94 (64,8) | 36 (48,0) | 0,016 |
| BMI, kg/m ² | $22,2 \pm 3,1$ | $22,0 \pm 3,1$ | $22,6 \pm 3,2$ | 0,19 |
| Tăng huyết áp, n (%) | 189 (85,9) | 122 (84,1) | 67 (89,3) | 0,29 |
| Đái tháo đường, n (%) | 51 (23,2) | 34 (23,5) | 17 (22,7) | 0,90 |
| Huyết áp tâm thu, mmHg | $120,7 \pm 22,1$ | $119,7 \pm 21,8$ | $122,7 \pm 22,7$ | 0,39 |

| | | | | |
|----------------------|---------------|-----------------|--------------------|---------|
| Tần số tim, lần/phút | 81,5 ± 11,1 | 80,5 ± 11,3 | 83,3 ± 10,6 | 0,09 |
| Creatinine, mg/dL | 1,25 ± 0,25 | 1,26 ± 0,29 | 1,23 ± 0,17 | 0,33 |
| LVEF, % | 53,8 ± 13,7 | 53,5 ± 12,9 | 54,3 ± 12,7 | 0,65 |
| GRACE | 131,7 ± 37,0 | 131,6 ± 36,8 | 132,0 ± 37,8 | 0,93 |
| Gensini | 18 (8 – 43) | 16 (6,8 – 40,3) | 22,5 (10,6 – 48,8) | 0,10* |
| Cholesterol, mg/dL | 181,5 ± 51,2 | 153,6 ± 29,1 | 235,7 ± 39,9 | < 0,001 |
| LDL-C, mg/dL | 113,0 ± 41,9 | 90,6 ± 23,8 | 156,1 ± 35,3 | < 0,001 |
| HDL-C, mg/dL | 35,0 ± 9,6 | 34,7 ± 10,1 | 35,7 ± 8,6 | 0,43 |
| Triglyceride, mg/dL | 156,2 ± 106,8 | 133,0 ± 98,6 | 201,2 ± 108,4 | < 0,001 |
| Non-HDL-C, mg/dL | 146,5 ± 48,7 | 118,9 ± 25,7 | 199,9 ± 36,7 | < 0,001 |

Giá trị là trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị) * Phép kiểm Wilcoxon rank-sum

(2019) ghi nhận tỷ lệ này là 39,%⁸. Tỷ lệ này đối với nghiên cứu của chúng tôi là 14,5% (Hình 1). Nồng độ non-HDL-C lúc nhập viện trong nghiên cứu này cho thấy có khả năng tiên đoán kết cục tử vong do mọi nguyên nhân tại thời điểm 30 tháng với độ nhạy là 90%. Trên dân số từ một quốc gia Đông Nam Á khác, Wongcharoen và cộng sự cho thấy khi đạt nồng độ non-HDL-C < 100 mg/dL sẽ giảm được biến cố tim mạch chính với thời gian theo dõi trung bình là 2,6 năm trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nhập viện⁵. Trong một phân tích lớn với 524.444 bệnh nhân từ 44 nghiên cứu ở nhiều quốc gia khác nhau, kết quả từ phân tích đa biến cho thấy non-HDL-C có mối liên quan tuyến tính chặt với các kết cục tim mạch dài hạn⁷.

Phần lớn các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Ở nhóm 1, tỷ lệ bệnh nhân nam giới cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 2. Các thang điểm GRACE và Gensini cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Đối với các chỉ số về bilan lipid máu, nghiên cứu cho thấy hầu hết các chỉ số đều cao hơn đáng kể ở nhóm 2 so với nhóm 1, ngoại trừ chỉ số HDL-C không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với p = 0,43.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 220 trường hợp bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên, nồng độ non-HDL-C giá trị trung bình là 146,5 ± 48,7 mg/dL, tỷ lệ thấp bệnh nhân có nồng độ non-HDL-C < 100 mg chỉ với 14,5%. Nồng độ non-HDL-C lúc nhập viện có khả năng tiên đoán tử vong do mọi nguyên nhân tại thời điểm 30 tháng với diện tích dưới đường cong 0,64 (KTC 95% 0,57 – 0,70) với p < 0,05.

Về mặt sinh bệnh học, non-HDL-C là tập hợp nhiều thành phần lipid máu gây xơ vữa khác nhau như LDL, VLDL, IDL và chylomicron. Do vậy, có thể ngoại suy rằng non-HDL-C tăng cao có khả năng gây xơ vữa nhiều hơn so với từng chỉ số lipid máu thành phần. Một số nghiên cứu cho thấy non-HDL-C có mối liên quan mạnh với hội chứng chuyển hóa và khả năng gây xơ vữa mạch máu. Năm 2001, ATP III khuyến cáo xem non-HDL-C là mục tiêu điều trị thay thế ở những bệnh nhân có nồng độ triglyceride cao do sai lệch liên quan đánh giá nồng độ LDL-C⁷.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Về nồng độ non-HDL-C, kết quả từ nghiên cứu gần như giống với kết quả từ nghiên cứu của Wongcharoen tiến hành trên dân số Thái Lan (144,5 so với 142,8)⁵. Cũng theo tác giả trên, có 34% bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp có nồng độ non-HDL-C < 100mg/dL, cũng theo tác giả Su và cộng sự

Trên thực hành lâm sàng, giá trị về nồng độ non-HDL-C được tính toán dễ dàng bằng cách lấy hiệu số giữa chỉ số cholesterol toàn phần và nồng độ HDL-C. Một số phòng xét nghiệm, tích hợp sẵn kết quả về nồng độ non-HDL-C trong phiếu trả kết quả xét nghiệm bilan lipid để thuận tiện cho bác sĩ lâm sàng. Với những bằng chứng hiện tại, cần xem xét đến nồng độ non-HDL-C như là một mục tiêu cần đạt trong quản lý điều trị để phòng ngừa nguyên phát và thứ phát biến cố tim mạch liên quan đến xơ vữa.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, kết cục bệnh nhân liên quan chặt chẽ với điều trị chuẩn sau khi biến cố xảy ra. Nghiên cứu chưa báo cáo chi tiết về quá trình điều trị của bệnh nhân. Tuy nhiên, bệnh nhân được quản lý và điều trị tại bệnh viện tuyến đầu sẽ quản lý và điều trị tốt theo khuyến cáo hướng dẫn hiện hành. Thứ 2, đây là nghiên cứu đơn trung tâm với số lượng cỡ mẫu còn hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trên bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên có tỷ lệ đạt mục tiêu nồng độ Non-HDL-C thấp. Nồng độ non-HDL-C có khả năng tiên đoán tử vong mọi nguyên nhân tại thời điểm 30 tháng. Cần

tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để nâng cao khả năng đánh giá vai trò của non-HDL-C trong tiên đoán kết cục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzoq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2023 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. 2023 Feb 21;147(8):e93-e621. doi:10.1161/cir.0000000000001123
2. An International Atherosclerosis Society Position Paper: global recommendations for the management of dyslipidemia--full report. *J Clin Lipidol*. 2014 Jan-Feb;8(1):29-60. doi:10.1016/j.jacl.2013.12.005
3. Harari G, Green MS, Magid A, Zelber-Sagi S. Usefulness of Non-High-Density Lipoprotein Cholesterol as a Predictor of Cardiovascular Disease Mortality in Men in 22-Year Follow-Up. *Am J Cardiol*. 2017 Apr 15;119(8):1193-1198. doi:10.1016/j.amjcard.2017.01.008
4. Cui Y, Blumenthal RS, Flaws JA, et al. Non-high-density lipoprotein cholesterol level as a predictor of cardiovascular disease mortality. *Arch Intern Med*. 2001 Jun 11;161(11):1413-9. doi:10.1001/archinte.161.11.1413
5. Wongcharoen W, Sutthiwutthichai S, Gunaparn S, Phrommintikul A. Is non-HDL-cholesterol a better predictor of long-term outcome in patients after acute myocardial infarction compared to LDL-cholesterol? : a retrospective study. *BMC Cardiovasc Disord*. 2017 Jan 5;17(1):10. doi:10.1186/s12872-016-0450-9
6. Roffi M, Patrono C, Collet JP, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016 Jan 14;37(3):267-315. doi:10.1093/eurheartj/ehv320
7. Aggarwal DJ, Kathariya MG, Verma DPK. LDL-C, NON-HDL-C and APO-B for cardiovascular risk assessment: Looking for the ideal marker. *Indian Heart J*. 2021 Sep-Oct;73(5):544-548. doi:10.1016/j.ihj.2021.07.013
8. Su X, Luo M, Tang X, Luo Y, Zheng X, Peng D. Goals of non-high density lipoprotein cholesterol need to be adjusted in Chinese acute coronary syndrome patients: Findings from the CCC-ACS project. *Clin Chim Acta*. 2019 Sep;496:48-54. doi:10.1016/j.cca.2019.06.022

HẠ HUYẾT ÁP TƯ THỂ Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI VIỆN TIM THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Bùi Minh Trang¹, Nguyễn Văn Yên¹, Lê Kim Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và yếu tố nguy cơ hạ huyết áp (HHA) tư thể ở bệnh nhân cao tuổi có tăng huyết áp tại Viện Tim TP.HCM. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 198 bệnh nhân từ 60-95 tuổi có tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Viện Tim TPHCM từ 11/2020 đến 12/2020. Tất cả đều được đo huyết áp tư thể ngồi lúc nghỉ, lúc đứng 1 phút và 3 phút. Nghiên cứu cắt ngang, mô tả. **Kết quả:** tuổi trung bình: 69,6 ± 7,0, nam 36,4%, nữ 63,6%. Tỷ lệ HHA tư thể đứng sau 1 phút là 22,2%, sau 3 phút là 16,2% và chung là 38,4%. Thuốc hạ huyết áp hay sử dụng theo thứ tự: UCMC/TT – 87,4%, chẹn Beta – 69,7%, Chẹn Canxi – 51,5%, lợi tiểu – 32,8%, chẹn alpha – 1,5%; 83,4% bệnh nhân dùng 2 nhóm thuốc hạ huyết áp trở lên. Không tìm thấy mối liên quan giữa HHA tư thể với tuổi, giới, thuốc hạ huyết áp...; Có mối liên quan giữa kiểm soát huyết áp không tốt (uncontrolled HTA) với HHA tư thể, với OR= 15,475 (p<0,001). **Kết luận:** Tỷ lệ HHA tư thể là 38,4%. Nhóm bệnh nhân không kiểm soát huyết áp tốt có tỷ

lệ HHA tư thể cao hơn nhóm kiểm soát HA tốt (p < 0,001, OR=15,470)

SUMMARY

DORTHOSTATIC HYPOTENSION AND ITS RISK FACTORS IN OLDER PATIENTS TREATED HYPERTENSION AT HEART INSTITUTE OF HO CHI MINH CITY

Objectives: Determining the prevalence of orthostatic hypotension and its associations with treated hypertension in older patients at Heart Institute in HCMC. **Methods:** 198 patients aged 60-95 with treated hypertension as outpatients at the Heart Institute of Ho Chi Minh City from 11/2020 to 12/2020. All were measured blood pressure in sitting position at rest, at standing 1 minute and 3 minutes. Cross-sectional, descriptive study. **Results:** The average age: 69.6 ± 7.0, 36.4% male, 63.6% female. The prevalence of orthostatic hypotension after 1 minute was 22.2%, after 3 minutes was 16.2% and overall was 38.4%. Antihypertensive drugs commonly used in order: ACE/ARB – 87.4%, Beta blocker – 69.7%, Calcium blocker – 51.5%, diuretic – 32.8%, alpha blocker – 1.5 %; 83.4% of patients taking 2 or more classes of antihypertensive drugs. No association was found between OH and age, gender, antihypertensive drugs...; there was only an association between uncontrolled HTA and OH, with OR= 15,475 (p<0.001). **Conclusions:** The overall

¹Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Trang

Email: trangbuiminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024