

phát xương hàm dưới và tăng sự phát triển theo chiều ngang của xương hàm trên [4].

**4.2.3. Sự thay đổi mô mềm.** Sự thay đổi các chỉ số về mô mềm ít và không có ý nghĩa thống kê. Có thể cho rằng sự thay đổi vị trí răng cửa giữa trên (nhô và chìa hơn) và vị trí răng cửa giữa dưới (lùi và ngả lưỡi hơn) đã có sự ảnh hưởng tương ứng lên mô mềm, tuy chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, có thể thấy rằng tác động tới răng của khí cụ Myobrace trong nghiên cứu này là chủ yếu. Khí cụ Myobrace hiệu quả tốt trong điều trị khớp cắn ngược ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu.

## V. KẾT LUẬN

Hàm tháo lắp chức năng Myobrace đem lại sự thay đổi chủ yếu là ở răng trong khi sự thay đổi về xương là không đáng kể. Sự thay đổi cắn chìa sau điều trị tăng 3,65mm; góc trục răng cửa trên so với mặt phẳng nền sọ tăng 9,16°, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,005$ .

Sử dụng khí cụ Myobrace I3 để điều trị ở nhóm bệnh nhân trên giúp loại bỏ thói quen đặt lưỡi thấp, làm đều răng và hết cắn ngược

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kajiyama, K., et al.**, Evaluation of the modified maxillary protractor applied to Class III malocclusion with retruded maxilla in early mixed dentition. American Journal of Orthodontics, 2000. 118(5): p. 549-559.
2. **Onodera, K., et al.**, Effects of functional

- orthodontic appliances in the correction of a primary anterior crossbite—changes in craniofacial morphology and tongue position. The European Journal of Orthodontics, 2006. 28(4): p. 373-377.
3. **Sakata, T.**, A study on the relationship between the position of the hyoid bone in subjects with reversed occlusion and maxillofacial shape in childhood. Nihon University Dental Journal, 2001. 75: p. 28-37.
4. **Wijey, R.**, Treatment for Class III Malocclusion: Surely we can do better? Australasian Dental Practice, 2017. 3: p. 80-84.
5. **Monte Callado, F., M.L.** Sperandeo, and C. Growth, Anterior crossbite correction in early mixed dentition stage using functional jaw orthopedics principles: a case report with two-years follow-up. Jaw Functional Orthopedics, 2021. 1(2): p. 62-74.
6. **Achmad, H. and N. Auliya**, Management of Malocclusion in Children Using Myobrace Appliance: A Systematic Review. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 2021: p. 2120-2136.
7. **Nery, S.S., et al.**, Ortodontia Miofuncional-Sistema Myobrace® relato de caso clínico Myofunctional Orthodontics-Myobrace system® clinical case report. Brazilian Journal of Health Review, 2022. 5(4): p. 12147-12161.
8. **Wiedel, A.-P. and L. Bondemark**, Fixed versus removable orthodontic appliances to correct anterior crossbite in the mixed dentition—a randomized controlled trial. European journal of orthodontics, 2015. 37(2): p. 123-127.
9. **Kizi, G., et al.** Early treatment of a class III malocclusion with the myobrace system: clinical case. in 2nd International Congress of CiEM-Translational Research and Innovation in Human and Health Science. 2017.

## RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ NGUY CƠ MẮC BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN THẬN HÀ NỘI THEO THANG ĐIỂM FRAMINGHAM

Lê Thị Thanh Tâm<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thị Diệp<sup>2</sup>, Ngô Trung Dũng<sup>2</sup>, Nguyễn Thế Lương<sup>2</sup>, Phan Tùng Linh<sup>2</sup>, Lê Ngọc Anh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ truyền thống đã được chứng minh rõ ràng đối với các biến cố tim mạch trong dân số nói chung, đặc biệt là những bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGĐC) lọc máu chu kỳ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm

rối loạn lipid máu và xác định nguy cơ mắc bệnh động mạch vành theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 353 bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Thận Hà Nội trong năm 2023. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu là 80,5%, trong đó giảm HDL-C là 73,4% và tăng Triglycerid là 52,6%. Nguy cơ mắc bệnh động mạch vành theo thang điểm Framingham: Nguy cơ rất cao 15,6%; Nguy cơ cao 5,3%; Nguy cơ trung bình 8,8%; Nguy cơ thấp 70,3%. Nguy cơ mắc bệnh động mạch vành gia tăng theo tuổi và mức độ tăng huyết áp tâm thu.

**Từ khóa:** rối loạn lipid máu, nguy cơ mắc bệnh động mạch vành, thang điểm Framingham.

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y tế Công cộng

<sup>2</sup>Bệnh viện Thận Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Anh

Email: lengocanh.ump@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

**SUMMARY**

**DYSLIPIDEMIA AND RISK OF CORONARY ARTERY DISEASE IN HEMODIALYSIS PATIENTS AT HANOI NEPHROLOGY HOSPITAL ACCORDING TO FRAMINGHAM RISK SCORE**

Dyslipidemia is a well-established risk factor for cardiovascular events, particularly notable in individuals with end-stage renal disease (ESRD) undergoing hemodialysis. **Objectives:** Describe the characteristics of dyslipidemia and evaluate the risk of coronary artery disease (CAD) in hemodialysis patients based on the Framingham Risk Score. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at Hanoi Nephrology Hospital in 2023, involving 353 hemodialysis patients. Lipid profiles were assessed, and Framingham Risk Scores were calculated to determine CAD risk categories. **Results and conclusion:** The prevalence of dyslipidemia, defined as the presence of at least one abnormal lipid component, was 80,5%. Specifically, decreased high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) was observed in 73,4% of patients, while elevated triglycerides were noted in 52,6%. The Framingham Risk Score categorization revealed a distribution of very high risk (15,6%), high risk (5,3%), intermediate risk (8,8%), and low risk (70,3%). Age and high systolic blood pressure were identified as significant contributors to the increased risk of CAD.

**Keywords:** dyslipidemia, risk of coronary artery disease, Framingham Risk Score.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh động mạch vành rất phổ biến ở những bệnh nhân mắc suy thận mạn giai đoạn cuối (STMGDĐ) lọc máu chu kỳ phần lớn là do sự hiện diện của các bệnh đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, béo phì và sử dụng thuốc lá... Rối loạn lipid máu là phổ biến với những bệnh nhân STMGDĐ và có liên quan mật thiết với bệnh tim mạch. Tình trạng rối loạn lipid kéo dài là một yếu tố nguy cơ chủ yếu dẫn đến xơ vữa mạch máu và đặc biệt là xơ vữa động mạch vành, do vậy tỷ lệ mắc bệnh động mạch vành ở nhóm bệnh nhân này cao hơn nhiều so với cộng đồng [1],[2]. Vì vậy, tình trạng rối loạn lipid máu là một trong những tiêu chí đánh giá hiệu quả điều trị STMGDĐ lọc máu chu kỳ. Đã có những nghiên cứu về đánh giá, theo dõi tiến triển và hiệu quả của quá trình điều trị rối loạn lipid máu [3], [4] tuy nhiên ở Việt Nam

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Một số đặc điểm bệnh nhân STMGDĐ lọc máu chu kỳ**

Chỉ số	Chung (n=353)	Nam (n=184)	Nữ (n=169)	P
Tuổi (năm)	54,48 ± 14,49	52,03 ± 14,35	57,15 ± 14,21	0,001 <sup>b</sup>
Giới (%)	100	52,1	47,9	
Cân nặng (kg)	51,46 ± 9,77	55,49 ± 8,75	47,06 ± 8,91	0,001 <sup>b</sup>
Chiều cao (cm)	156,23 ± 8,42	161,26 ± 7,87	150,76 ± 5,87	0,001 <sup>b</sup>

các nghiên cứu chỉ dừng ở mức đánh giá tình trạng rối loạn chứ chưa đưa ra được nguy cơ mắc bệnh động mạch vành trên các bệnh nhân này. Vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi mô tả tình trạng rối loạn lipid máu và xác định nguy cơ mắc bệnh động mạch vành theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân STMGDĐ đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Thận Hà Nội.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên 353 bệnh nhân STMGDĐ đang lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo, Bệnh viện Thận Hà Nội trong thời gian từ tháng 01/2023 - 10/2023.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán mắc STMGDĐ đang lọc máu chu kỳ, có hồ sơ bệnh án đầy đủ kèm theo.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đang sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu, đang mắc bệnh mạch vành hoặc bệnh lý tim mạch bẩm sinh hay mắc các bệnh nhiễm khuẩn cấp tính, bệnh lý ác tính, bệnh tự miễn.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

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

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu của nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên dựa trên danh sách 443 bệnh nhân đang điều trị tại bệnh viện Thận Hà Nội, đã thu thập được 353 bệnh nhân đủ điều kiện.

- Công cụ nghiên cứu và kỹ thuật thu thập số liệu: Thông tin bệnh nhân được thu thập từ bệnh án lâm sàng và phỏng vấn bệnh nhân.

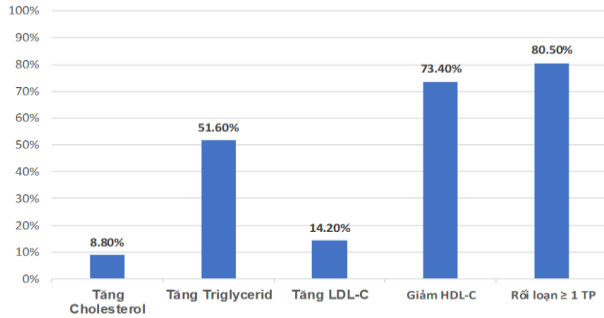
- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các phép kiểm định, thống kê so sánh có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được thông qua và thực hiện dưới sự đồng ý của Bệnh viện Thận Hà Nội. Các đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, được giải thích rõ về mục đích của nghiên cứu trước khi tiến hành hỏi bệnh và thăm khám. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

<b>BMI</b>	21,0 ± 3,22	21,31 ± 2,90	20,67 ± 3,51	<0,05 <sup>a</sup>
Thiếu cân	77 (21,8%)	31 (16,8%)	46 (27,2%)	<0,05 <sup>c</sup>
Bình thường	183 (51,8%)	100 (54,3%)	83 (49,1%)	
Thừa cân	71 (20,1%)	44 (23,9%)	27 (16%)	
Béo phì	22 (6,3%)	9 (5%)	13 (7,7%)	

<sup>a</sup>: Independent-samples T-test; <sup>b</sup>: Mann Whitney Test; <sup>c</sup>: Chi-Square Test.

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ là 54,48 ± 14,49. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ về cân nặng và chiều cao. Nhóm có chỉ số khối cơ thể bình thường chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 51,8%.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu**

**Nhận xét:** Tỷ lệ rối loạn Cholesterol là thấp nhất (8,8%), tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần là 80,5%.

**Bảng 2. Phân loại mức độ thay đổi các thành phần lipid máu theo NCEP ATP III**

Chỉ số	Chung (n=353)	Nam (n=184)	Nữ (n=169)	P
<b>Cholesterol</b>				
- Bình thường	322 (91,2%)	172 (93,5%)	150 (88,8%)	>0,05 <sup>b</sup>
- Cao giới hạn	22 (6,2%)	9 (4,9%)	13 (7,7%)	
- Cao	9 (2,6%)	3 (1,6%)	6 (3,5%)	
<b>Triglyceride</b>				
- Bình thường	170 (48,2%)	84 (45,7%)	86 (50,9%)	< 0,05 <sup>a</sup>
- Cao giới hạn	56 (15,9%)	21 (11,4%)	35 (20,7%)	
- Cao	93 (26,3%)	62 (33,7%)	31 (18,3%)	
- Rất cao	34 (9,6%)	17 (9,2%)	17 (10,1%)	
<b>LDL-C</b>				
- Tối ưu	191 (54,1%)	97 (52,7%)	94 (55,6%)	>0,05 <sup>b</sup>
- Gần tối ưu	112 (31,7%)	68 (37%)	44 (26%)	
- Cao giới hạn	42 (11,9%)	16 (8,7%)	26 (15,4%)	
- Cao	2 (0,6%)	1 (0,5%)	1 (0,6%)	
- Rất cao	6 (1,7%)	2 (1,1%)	4 (2,4%)	
<b>HDL-C</b>				
- Thấp	259 (73,4%)	142 (77,2%)	117 (69,2%)	>0,05 <sup>b</sup>
- Bình thường	89 (25,2%)	40 (21,7%)	49 (29%)	
- Cao	5 (1,4%)	2 (1,1%)	3 (1,8%)	

<sup>a</sup>: Chi-Square Test; <sup>b</sup>: Fisher's Exact Test

**Nhận xét:** Cholesterol trong giới hạn bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 91,2% không có sự khác biệt giữa 2 giới. Mức độ phân loại Triglyceride có sự khác biệt giữa nam và nữ với p < 0,05. LDL-C tối ưu chiếm tỷ lệ lớn nhất là 54,1%, HDL-C thấp có tỷ lệ cao chiếm 73,4 % và không sự khác biệt giữa 2 giới.

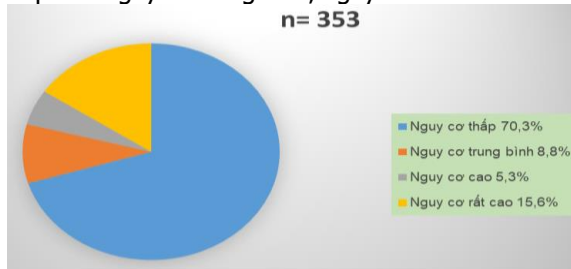
**Bảng 3. Phân tầng nguy cơ trên thang điểm Framingham với một số yếu tố nguy cơ**

Đặc điểm		Phân tầng nguy cơ				P
		Thấp (n=248)	Trung bình (n=31)	Cao (n=19)	Rất cao (n=55)	
<b>Tuổi (năm) n (%)</b>	$\bar{x} \pm SD$	49,57 ± 13,79	61,29 ± 6,1	60,84 ± 6,12	70,62 ± 7,07	<0,001 <sup>b</sup>
	< 60	189 (91,7%)	9 (4,4%)	7 (3,4%)	1 (0,5%)	<0,001 <sup>a</sup>
	≥ 60	59 (40,1%)	22 (15%)	12 (8,2%)	54 (36,7%)	
<b>HATT (mmHg)</b>	$\bar{x} \pm SD$	133,86±18,24	115,45±19,71	139,79±19,38	139,82±16,1	<0,001 <sup>b</sup>

<b>Cholesterol (mmol/L)</b>	$\bar{x} \pm SD$	3,87 ± 0,86	3,89 ± 0,85	3,92 ± 0,91	4,39 ± 1,49	0,153 <sup>b</sup>
<b>HDL (mmol/L)</b>	$\bar{x} \pm SD$	0,87 ± 0,24	0,9 ± 0,19	0,92 ± 0,22	0,85 ± 0,27	0,554 <sup>b</sup>

<sup>a</sup>: Chi-Square Test, <sup>b</sup>: Kruskal Wallis Test

**Nhận xét:** Một số đặc điểm lâm sàng như tuổi và HATT có sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ. Nhận thấy nhóm tuổi trung bình tăng dần theo mức nguy cơ từ thấp đến rất cao, nhóm tuổi trên 60 cũng cho thấy nguy cơ bệnh tim mạch cao hơn nhóm tuổi còn lại ( $p < 0,001$ ). Về đặc điểm cận lâm sàng, Nồng độ Cholesterol có giá trị trung bình tăng dần từ mức nguy cơ thấp đến nguy cơ trung bình, nguy cơ cao và rất cao.



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ nguy cơ mắc bệnh lý động mạch vành theo thang điểm Framingham**

**Nhận xét:** Xét trên thang điểm Framingham, mức phân tầng nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ cao nhất là 70,3%; mức nguy cơ cao chiếm tỷ lệ thấp nhất là 5,3%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 54,48 ± 14,49. Độ tuổi trung bình này cao hơn so với nghiên cứu trong nước trước đây như Phạm Xuân Thu (2012) [3] là 43,18 ± 14,8. Nguyễn Văn Tuấn (2021) [4] là 45,88 ± 13,23. Điều này có thể thấy rằng các cơ sở y tế của nước ta bước đầu đã có những hệ thống chăm sóc sức khỏe đồng bộ hơn và cũng như ý thức tự chăm sóc sức khỏe của bệnh nhân có nhiều thay đổi tích cực hơn nên tuổi phải lọc máu của bệnh nhân cũng dần tăng lên. Trong 353 bệnh nhân thì có 52,1% nam giới và 47,9% nữ giới cho thấy tuy không cao nhưng tỷ lệ nam nhiều hơn nữ là 1,09. So với các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng cho thấy xu hướng tương tự khi tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới [1],[3]. Tỷ lệ thiếu cân BMI < 18,5 chiếm tỷ lệ khoảng 21,8%, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ cùng lứa tuổi trong nghiên cứu của Ngô Thị Hà (2021) [6] là 27,8%. Điều này có thể là do bệnh nhân suy thận mạn của bệnh viện Thận Hà Nội được chia sẻ, hướng dẫn về chế độ dinh dưỡng tiết chế có hiệu quả.

**4.2. Đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh**

**nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ.** Rối loạn lipid máu, được định nghĩa là tăng nồng độ cholesterol và/hoặc triglycerid huyết thanh, là một yếu tố nguy cơ truyền thống đã được chứng minh rõ ràng đối với bệnh động mạch vành do xơ vữa động mạch trong dân số nói chung và ở những bệnh nhân mắc bệnh thận mạn. Rối loạn lipid ở bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ cao hơn nhiều so với người khỏe mạnh. Tình trạng này cũng phụ thuộc nhiều vào mức giảm chức năng thận, nguyên nhân gây bệnh, chế độ sinh hoạt cũng như phương pháp lọc máu của bệnh nhân. Kết quả Biểu đồ 1 cho thấy đa số bệnh nhân có rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu (80,5%), trong đó rối loạn thường gặp nhất là tình trạng giảm HDL-C là 73,4% và tăng Triglycerid là 51,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với các nghiên cứu trong nước của Phạm Xuân Thu (2012) [3], Nguyễn Văn Tuấn (2021) [4] hay nghiên cứu ngoài nước của Huang J-C (2013) [1] về tỷ lệ rối loạn ít nhất 1 thành phần lipid và về thành phần lipid máu bị rối loạn phổ biến là giảm HDL-C và tăng Triglycerid. Để phân tích chi tiết hơn mức độ rối loạn của từng thành phần lipid, chúng tôi sử dụng phân loại theo hướng dẫn NCEP ATP III. Kết quả Bảng 2 cho thấy rối loạn ở mức cao và rất cao lần lượt là Cholesterol 2,6%, Triglycerid 35,5%, LDL-C 2,3% và HDL-C (73,4% ở mức độ thấp). Sự khác biệt về tăng Triglycerid giữa nam và nữ thể hiện ở nhóm có Triglycerid ở mức "cao giới hạn", tỷ lệ này lần lượt là 11,4% (21/184 ở nam) và 20,7% (35/169 nữ); Triglycerid mức "cao" tỷ lệ 33,7% ở nam và 18,3% ở nữ; Triglycerid "rất cao" tỷ lệ 9,2% ở nam và 10,1% ở nữ với  $p < 0,05$ . Tăng triglyceride máu và các rối loạn do tăng triglyceride máu gây ra thực sự khả năng hiểm. Tăng triglyceride máu lâu dài làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành, dẫn đến góp phần vào việc tắc nghẽn các động mạch khác và cuối cùng sẽ dẫn đến một cơn đau tim hoặc cơn đột quỵ. Chuyển hóa Cholesterol trong cơ thể, LDL-C đóng vai trò vận chuyển Cholesterol ra khỏi gan đến các mô, tổ chức; ngược lại HDL-C có vai trò vận chuyển Cholesterol dư thừa từ các nơi về gan. Do đó, trong đánh giá các loại lipoprotein trong máu, LDL-C tăng cao trong máu có thể gây ra tình trạng lắng đọng Cholesterol tại các mạch máu; HDL-C có vai trò dọn dẹp bảo vệ nên khi HDL-C giảm có nguy cơ đưa đến xơ vữa mạch.

Việc quản lý và theo dõi tình trạng rối loạn lipid máu ở các bệnh nhân STMGĐC lọc máu chu kỳ sẽ góp phần hạn chế các biến chứng liên quan.

#### 4.3. Nguy cơ bệnh động mạch vành của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ trên thang điểm Framingham.

Có nhiều hệ thống thang điểm đánh giá nguy cơ tiến triển của xơ vữa động mạch ứng dụng trong tiên lượng và dự phòng tiên phát các biến cố tim mạch. Kinh điển nhất là thang điểm Framingham cho phép ước tính nguy cơ bệnh tim mạch gây tử vong trong vòng 10 năm tới với các mức độ rất cao, cao, trung bình hay thấp, đã được áp dụng trong nhiều nghiên cứu ngoài nước [1],[2],[6]. Kết quả tại Biểu đồ 2 cho thấy, đa số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ thấp (70,3%), song vẫn có 20,9% bệnh nhân thuộc nhóm có nguy cơ cao và rất cao (lần lượt là 5,3% và 15,6%). Nghiên cứu của Chen S.C và CS (2013) sử dụng thang điểm Framingham để dự báo nguy cơ bệnh mạch vành trên 439 bệnh nhân lọc máu ở Đài Loan cho tỷ lệ nguy cơ bệnh mạch vành là 15,7% [2] thấp hơn so với kết quả của nghiên cứu chúng tôi. Trong khi đó, một nghiên cứu khác cũng trên các bệnh nhân lọc máu ở Cameroon, nguy cơ bệnh mạch vành là 55% [7]. Như thế có sự khác nhau về tỷ lệ nguy cơ bệnh mạch vành trên bệnh nhân lọc máu ở các nghiên cứu khác nhau. Sở dĩ như vậy, có lẽ là do tình trạng bệnh nhân khác nhau: thời gian lọc máu, thể trạng, mức độ chăm sóc, sinh hoạt và các biện pháp điều trị hỗ trợ. Ở các nước đang phát triển thì điều kiện vật chất khó khăn cùng ý thức người bệnh tuân thủ điều trị chưa cao dẫn đến tăng nguy cơ mắc bệnh. Đối với các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ rất cao (15,6%, 55/353 bệnh nhân) trong nghiên cứu này cần được điều trị và theo dõi tích cực hơn để phòng tránh nguy cơ mắc bệnh động mạch vành trong tương lai.

Để đánh giá vai trò cũng như mức độ liên quan của các yếu tố nguy cơ đến tỷ lệ nguy cơ bệnh mạch vành của thang điểm Framingham. Chúng tôi tiến hành khảo sát các yếu tố tuổi, huyết áp và các thành phần lipid máu. Tuổi là yếu tố nguy cơ hàng đầu được đưa vào đánh giá vì độ tuổi là yếu tố không thể thay đổi được. Kết quả bảng 3 cho thấy bệnh nhân có độ tuổi trung bình càng cao thì càng có nhiều nguy cơ mắc các biến cố về tim mạch. Nguy cơ bệnh mạch vành tăng theo tình trạng tăng huyết áp tâm thu và có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Tăng huyết áp vừa là yếu tố độc lập gây xơ vữa mạch vừa phối hợp và nó làm tình trạng xơ vữa nặng nề và tiến triển nhanh, tăng mức nguy cơ bệnh mạch vành lên rất cao, tương tự như nghiên cứu [8] cho thấy

trung bình HATT tăng dần từ nguy cơ thấp đến cao. Nồng độ Cholesterol có xu hướng tăng về phía phân tầng nguy cơ cao dần, còn nồng độ HDL-C thì chưa thấy rõ sự liên quan với mức nguy cơ bệnh mạch vành, điều này thì lại thấy được ở nghiên cứu trên một tập đối tượng lớn (9.080 người tham gia) của Lee C. [8] là đều thấy được sự liên quan của TC, TG, HDL-C, LDL-C ở các mức nguy cơ bệnh lý động mạch vành với  $p < 0,001$ . Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu còn nhỏ nên chưa thấy được các sự khác biệt này.

#### V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ rối loạn ít nhất một thành phần lipid máu là 80,5%; trong đó rối loạn thường gặp nhất là tình trạng giảm HDL-C 73,4% và tăng Triglycerid 51,6%.

- Nguy cơ bệnh lý tim mạch trong 10 năm theo các thang điểm Framingham: Phân tầng nguy cơ rất cao 15,6%; Nguy cơ cao 5,3%; Nguy cơ trung bình 8,8%; Nguy cơ thấp 70,3%. Nguy cơ bệnh mạch vành theo thang điểm Framingham gia tăng theo tuổi và mức độ tăng huyết áp tâm thu có ý nghĩa thống kê.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang J-C, Chen S-C, Su H-M, et al** (2013). Performance of the Framingham Risk Score in patients receiving hemodialysis. *Nephrology*, 18: 510 - 515. doi:10.1111/nep.12094.
2. **Chen S.C, Su H.M, Tsai Y.C, et al** (2013). Framingham Risk Score with Cardio-vascular Events in Chronic Kidney Disease. *Plos One*, 8 (3), e.60008.
3. **Phạm Xuân Thu, Nguyễn Đình Dương, Lê Việt Thăng** (2012). Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ, *Y học Thực hành*, số 9, trang 47-50.
4. **Nguyễn Văn Tuấn** (2021). Nghiên cứu đến các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo chu kỳ. *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 498, số 2, trang 210 - 214.
5. **Ngô Thị Hà, Trương Thị Thùy Dương, Trần Tuấn Tú** (2021). Tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính có lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 501, số 2, trang 218 - 222.
6. <https://framinghamheartstudy.org/fhs-about/>.
7. **Moor V.J, Nansseu J.R, Azingni D.B, et al** (2017). Assessment of the 10-year risk of cardiovascular disease among a group of patients on maintenance hemodialysis: A cross-sectional study from Cameroon. *JRSM Cardiovasc Dis.*, 6: p.1 - 7.
8. **Lee C., Yun H-R, Joo Y.S, et al.** (2019). Framingham risk score and risk of incident chronic kidney disease: A community-based prospective cohort study. *Kidney Res Clin Pract.*, 38 (1), p.49-59.