

# Thực trạng kiểm soát Low-Density Lipoprotein Cholesterol huyết thanh ở người cao tuổi tại phòng khám Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cà Mau

Vương Hữu Tiến<sup>1</sup>, Lê Văn Tèo<sup>1</sup>, Trần Gia Huy<sup>2</sup>, Hồ Sĩ Dũng<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Công<sup>2,\*</sup>



Use your smartphone to scan this QR code and download this article

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Kiểm soát low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) tích cực giúp phòng ngừa biến cố tim mạch nguyên phát và thứ phát trên người cao tuổi. **Mục tiêu:** Khảo sát thực trạng kiểm soát LDL-C ở người cao tuổi tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau từ tháng 11/2020 đến tháng 01/2021 theo khuyến cáo của Hội tim mạch châu Âu và Hội xơ vữa động mạch châu Âu (ESC/EAS) 2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 674 người cao tuổi ( $\geq 60$  tuổi) tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, thu thập thông tin lâm sàng, tiền sử và xét nghiệm LDL-C để phân tầng nguy cơ và đánh giá tình trạng kiểm soát LDL-C. **Kết quả:** Trong 674 đối tượng nghiên cứu, có 554 nam (82,2%) và 120 nữ (17,8%). Độ tuổi trung bình là 69,28, trong đó nhóm tuổi từ 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất (59,35%). Tỷ lệ người cao tuổi có yếu tố nguy cơ tim mạch rất cao, cao và trung bình theo ESC/EAS 2019 lần lượt là 34,27%, 44,36% và 21,37%. Không có đối tượng nào ở nhóm nguy cơ thấp. Tỷ lệ kiểm soát LDL-C đạt mục tiêu là 22,7%. Trong đó, tỷ lệ kiểm soát LDL-C ở nam và nữ lần lượt đạt 21,48% và 28,33% ( $p=0,104$ ). Tỷ lệ kiểm soát LDL-C ở nhóm tuổi 60-69 đạt 23,25% và nhóm  $\geq 70$  tuổi đạt 21,9% ( $p=0,681$ ). Phân theo nhóm nguy cơ tim mạch, tỷ lệ người trong nhóm nguy cơ rất cao và cao đạt được LDL-C mục tiêu lần lượt là 12,99% và 18,06%, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm nguy cơ trung bình (47,92%) ( $p<0,001$ ). **Kết luận:** Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 của người cao tuổi tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau tương đối thấp. Người cao tuổi ở nhóm nguy cơ tim mạch trung bình có tỷ lệ kiểm soát LDL-C đạt mục tiêu cao hơn nhóm nguy cơ cao đến rất cao, không có mối liên quan về việc đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C theo tuổi và giới.

**Từ khoá:** người cao tuổi, LDL-C, nguy cơ tim mạch, thang điểm SCORE

<sup>1</sup>Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

## Liên hệ

**Nguyễn Đức Công**, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Email: cong1608@gmail.com

## Lịch sử

- Ngày nhận: 12-8-2021
- Ngày chấp nhận: 29/9/2021
- Ngày đăng: 06/11/2021

DOI: 10.32508/stdjhs.v2i2.485



## Bản quyền

© ĐHQG Tp.HCM. Đây là bài báo công bố mở được phát hành theo các điều khoản của the Creative Commons Attribution 4.0 International license.



## ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch do xơ vữa vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở NCT. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2019 thì BMV và đột quỵ là 2 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các quốc gia có thu nhập trung bình thấp, trong đó có Việt Nam<sup>1</sup>. Kiểm soát LDL-C là một trong những biện pháp chính làm giảm nguy cơ tim mạch. Nghiên cứu Framingham cho thấy cứ tăng 1% LDL-C sẽ làm tăng khoảng 2% nguy cơ bệnh mạch vành trong vòng 6 năm<sup>2</sup>. Ngược lại, việc hạ tích cực LDL-C giúp giảm các biến cố tim mạch, qua phân tích gộp Cholesterol Treatment Trialists từ 170 000 bệnh nhân cho thấy cứ giảm 1 mmol/L LDL-C thì sẽ giảm 10% nguy cơ tử vong chung, 20% nguy cơ tử vong do BMV, 23% biến cố BMV chính, 17% nguy cơ đột quỵ<sup>3</sup>. Một trong những mục tiêu quan trọng của điều trị bệnh lý tim mạch do xơ vữa ở NCT chính là việc kiểm soát nồng độ LDL-C. Tại Việt Nam, dựa trên nghiên cứu

của Trương Văn Trị và Nguyễn Đức Công trên những NCT điều trị nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất, kết quả cho thấy tỷ lệ NCT có tăng LDL-C là 56,48%, chiếm tỷ lệ cao<sup>4</sup>. Bên cạnh đó, sự già hóa dân số đã làm tăng số lượng NCT mắc các bệnh tim mạch do xơ vữa nên kiểm soát LDL-C ngày càng trở thành một trong các vấn đề cần quan tâm đối với các thầy thuốc lâm sàng.

Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau trực thuộc Ban Thường vụ Tỉnh ủy Cà Mau, có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho Cán bộ Trung và Cao cấp của tỉnh Cà Mau. Cà Mau là vùng đất cực nam tổ quốc, rất xa các trung tâm của Nam bộ nên việc đào tạo liên tục về Y khoa nhìn chung còn khó khăn. Tuy nhiên, Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau đã có nhiều cố gắng trong việc nâng cao trình độ chuyên môn nói chung và cập nhật các kiến thức mới về Y khoa nói riêng. Do đó, các khuyến cáo mới như ESC/EAS 2019 cũng đã được sử dụng trong thực hành tại đơn vị này để nâng cao hiệu

**Trích dẫn bài báo này:** Tiến V H, Tèo L V, Huy T G, Dũng H S, Công N D. **Thực trạng kiểm soát Low-Density Lipoprotein Cholesterol huyết thanh ở người cao tuổi tại phòng khám Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ tỉnh Cà Mau**. *Sci. Tech. Dev. J. - Health Sci.*; 2(2):257-264.

quả chăm sóc NCT.

### Mục tiêu nghiên cứu

Khảo sát thực trạng kiểm soát LDL-C ở người cao tuổi tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau từ tháng 11/2020 đến tháng 01/2021 theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019.

## ĐỐI TƯỢNG – PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

Tất cả NCT ( $\geq 60$  tuổi) là Cán bộ đến khám sức khỏe định kỳ và điều trị ngoại trú tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau từ tháng 11/2020 đến tháng 01/2021. Tiêu chuẩn NCT nghiên cứu này sử dụng là theo định nghĩa của Liên hợp quốc và Bộ luật Người cao tuổi của Việt Nam<sup>5,6</sup>.

### Tiêu chuẩn lựa chọn

Người  $\geq 60$  tuổi là Cán bộ đến khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Có khả năng giao tiếp, nghe và hiểu tiếng Việt.

### Tiêu chuẩn loại trừ

Suy giảm nhận thức, sa sút trí tuệ mức độ nặng.

Được chẩn đoán các bệnh lý: hội chứng thận hư, suy giáp, bệnh lý ung thư giai đoạn cuối đời.

Được chẩn đoán các bệnh lý cấp tính cần phải nhập viện điều trị.

Những người từ địa phương khác đến.

### Phương pháp nghiên cứu

#### Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

#### Các bước tiến hành

Từ hồ sơ theo dõi sức khỏe Cán bộ, đối tượng nghiên cứu được thu thập các thông tin lâm sàng, bệnh sử và tiền sử. Sau đó thu thập các xét nghiệm sinh hóa huyết thanh trước khi ăn sáng bao gồm: cholesterol toàn phần, HDL-C, triglyceride, LDL-C. Từ các thông tin lâm sàng và các xét nghiệm sinh hóa, các đối tượng được đánh giá tỷ lệ mắc bệnh tim mạch gây nguy cơ tử vong trong 10 năm bằng thang điểm SCORE theo hướng dẫn của ESC/EAS 2019 để phân tầng nguy cơ bệnh nhân<sup>7</sup>.

### Biến số nghiên cứu chính

- Tuổi là biến liên tục được tính từ năm sinh cho đến ngày đi khám của đối tượng nghiên cứu. Sau đó biến này được phân ra làm 2 nhóm là sơ lão (60-69 tuổi) và trung lão trở lên ( $\geq 70$  tuổi)<sup>8</sup>.

- Giới là biến nhị giá gồm 2 giá trị là nam hoặc nữ.

- Tăng huyết áp là biến nhị giá theo hướng dẫn của ESC 2018, khi đo huyết áp tại phòng khám có kết quả huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$  mmHg<sup>9</sup>.

- Bệnh tim mạch lâm sàng do xơ vữa là biến nhị giá khi bệnh nhân có một trong các bệnh lý nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực không ổn định, bệnh mạch vành đã đặt stent, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, đột quỵ, cơn thoáng thiếu máu não<sup>7</sup>.

- Điểm SCORE là biến định lượng liên tục (%), được tính dựa vào tuổi, giới tính, huyết áp tâm thu, hút thuốc lá, nồng độ cholesterol toàn phần máu<sup>7</sup>.

- Nguy cơ tim mạch theo ESC/EAS năm 2019 là biến thứ tự với 4 giá trị: nguy cơ rất cao, cao, trung bình, thấp<sup>7</sup>.

- Kiểm soát LDL-C theo ESC/EAS 2019 là biến nhị giá đạt hay không đạt. Đạt kiểm soát khi có LDL-C theo phân tầng nguy cơ:  $< 1,4$  mmol/L với nguy cơ rất cao,  $< 1,8$  mmol/L với nguy cơ cao,  $< 2,6$  mmol/L với nguy cơ trung bình,  $< 3$  mmol/L với nguy cơ thấp<sup>7</sup>.

### Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và quản lý ở phần mềm Epidata 3.1. Sau đó sẽ được chuyển qua phần mềm Stata 13 để xử lý thống kê. Phép kiểm t-test kiểm định 2 số trung bình của biến định lượng có phân phối chuẩn, phép kiểm chi bình phương ( $\chi^2$ ) hoặc Fisher kiểm định mối liên hệ giữa các biến số định tính. Giá trị  $p < 0,05$  được cho là có ý nghĩa cho tất cả các phép kiểm thống kê.

### Y ĐỨC

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM số 763/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 24/10/2020.

## KẾT QUẢ

### Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của 674 đối tượng nghiên cứu là  $69,28 \pm 6,63$ , dao động từ 60 đến 96 tuổi. Trong đó, nhóm sơ lão (60 – 69 tuổi) chiếm tỷ lệ cao hơn (59,35%) so với nhóm  $\geq 70$  tuổi (40,65%). Nghiên cứu này không có sự khác biệt về tuổi trung bình, nhóm tuổi theo giới tính. Tỷ lệ nam giới trong dân số nghiên cứu chiếm tỷ lệ ưu thế (554 người, 82,20%). Nguy cơ tim mạch cao và rất cao chiếm đa số (78,63%), nguy

**Bảng 1: Phân loại nguy cơ tim mạch theo ESC/EAS 2019<sup>5,10</sup>.**

Nguy cơ rất cao	Có bệnh tim mạch do xơ vữa, trên lâm sàng hoặc rõ ràng về hình ảnh học. Có bệnh động mạch do xơ vữa bao gồm hội chứng mạch vành cấp trước đó (nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định), đau thắt ngực ổn định, tái thông mạch vành (can thiệp mạch vành qua da, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và các thủ thuật tái thông động mạch khác), đột quy và cơn thoáng thiếu máu não, bệnh động mạch ngoại biên. Có bệnh tim mạch do xơ vữa rõ ràng trên hình ảnh học bao gồm những dấu hiệu có thể dự đoán được các biến cố lâm sàng, chẳng hạn như mảng xơ vữa đáng kể trên chụp mạch vành hoặc chụp cắt lớp điện toán (bệnh nhiều nhánh động mạch vành với hai động mạch vành chính hẹp >50%) hoặc mảng xơ vữa động mạch cảnh trên siêu âm. ĐTĐ có tổn thương cơ quan đích hoặc có ít nhất 3 yếu tố nguy cơ chính hoặc ĐTĐ típ 1 trong thời gian dài (>20 năm). Bệnh thận mạn nặng (eGFR <30ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da). SCORE ≥10% cho nguy cơ bệnh tim mạch gây tử vong trong 10 năm. Tăng cholesterol máu gia đình có bệnh động mạch do xơ vữa hoặc kèm một số yếu tố nguy cơ chính khác.
Nguy cơ cao	Các yếu tố nguy cơ đơn lẻ tăng rõ rệt, đặc biệt là cholesterol toàn phần >8 mmol/L (>310 mg/dL), LDL-C >4,9 mmol/L (>190 mg/dL), hoặc huyết áp ≥180/110 mmHg. Bệnh nhân tăng cholesterol máu gia đình không có các yếu tố nguy cơ chính khác. ĐTĐ không có tổn thương cơ quan đích, thời gian mắc ĐTĐ >10 năm hoặc một số yếu tố nguy cơ khác. Bệnh thận mạn trung bình (eGFR từ 30 - 59 ml/phút/1,73m <sup>2</sup> da). SCORE được tính ≥5% và <10% cho nguy cơ bệnh tim mạch gây tử vong trong 10 năm.
Nguy cơ trung bình	Bệnh nhân trẻ tuổi (ĐTĐ típ 1 <35 tuổi; ĐTĐ típ 2 <50 tuổi) với thời gian ĐTĐ <10 năm, không có các yếu tố nguy cơ khác. SCORE được tính ≥1% và <5% cho nguy cơ bệnh tim mạch gây tử vong trong 10 năm.
Nguy cơ thấp	SCORE được tính <1% cho nguy cơ bệnh tim mạch gây tử vong trong 10 năm.

cơ trung bình là 21,37% và không có nguy cơ thấp. Nam giới có nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,001$ . Không có sự khác biệt về các chỉ số lipid huyết thanh giữa nam và nữ (Bảng 2).

### Tình trạng kiểm soát LDL

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ người cao tuổi đạt mức kiểm soát LDL-C theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 là 22,7% (153 người). Trong khi đó, tỷ lệ không đạt mức kiểm soát LDL-C là 77,3% (521 người). Không có sự khác biệt trong tỷ lệ kiểm soát LDL-C theo nhóm tuổi và giới. Tuy nhiên, tỷ lệ kiểm soát được LDL-C giảm dần từ nhóm nguy cơ tim mạch trung bình (47,92%), nguy cơ cao (18,06%) và rất cao (12,99%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) (Bảng 3).

## THẢO LUẬN

### Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $69,28 \pm 6,63$ , dao động từ 60 đến 96 tuổi (Bảng 2). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Văn

Trị và Nguyễn Đức Công khi khảo sát về đặc điểm rối loạn lipid máu ở NCT tại Bệnh viện Thống Nhất ( $69,0 \pm 5,8$ ) và của tác giả Trần Thanh Bình và cộng sự khi khảo sát về đặc điểm lipid máu của những NCT tại phòng khám Cán bộ cao cấp Bệnh viện Thống Nhất ( $69,8 \pm 7,6$ )<sup>4,11</sup>. Tuổi trung bình trong nghiên cứu thấp hơn nghiên cứu của Alter DA và cộng sự khi khảo sát mục tiêu LDL-C ở những NCT tại Canada với tuổi trung bình là  $76,3 \pm 7$ <sup>12</sup>. Sự khác biệt có thể giải thích do tiêu chí chọn bệnh nhân khác nhau, các nghiên cứu ở Việt Nam lựa chọn độ tuổi để đưa vào nghiên cứu là ≥60 tuổi, trong khi đó nghiên cứu ở Canada là ≥65 tuổi. Bên cạnh đó, còn có thể giải thích do ảnh hưởng về mức độ già hóa của mỗi quốc gia và mỗi khu vực là khác nhau. Về nhóm tuổi, nhóm sơ lão 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (59,35%), kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trương Văn Trị (54,13%) và cũng phù hợp với kết quả điều tra dân số của Việt Nam năm 2019<sup>4,13</sup>.

Theo kết quả điều tra dân số năm 2019 tại Việt Nam, số lượng nữ giới là NCT chiếm ưu thế, có sự khác biệt so với nghiên cứu này<sup>13</sup>. Tuy nhiên, tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng với nhiều

**Bảng 2: Đặc điểm phân bố về tuổi, giới tính, nguy cơ tim mạch và lipid huyết thanh của đối tượng nghiên cứu.**

Đặc điểm và phân nhóm	Toàn bộ (n=674)	Nam giới (n=554)	Nữ giới (n=120)	p
Tuổi	69,28±6,63	69,26±6,77	69,34±5,94	0,90*
Nhóm tuổi				
60-69 tuổi	400 (59,35)	332 (59,93)	68 (56,57)	0,51**
≥70 tuổi	274 (40,65)	222 (40,07)	52 (43,33)	
Hút thuốc lá	198 (29,38)	196 (35,38)	2 (1,67)	<0,001**
Tăng huyết áp	607 (90,06)	506 (91,34)	101 (84,17)	0,017**
Bệnh tim mạch lâm sàng do xơ vữa	103 (15,28)	94 (16,97)	9 (7,50)	0,009**
Nguy cơ tim mạch				
Rất cao	231 (34,27)	216 (38,99)	15 (12,50)	<0,001**
Cao	299 (44,36)	246 (44,40)	53 (44,17)	
Trung bình	144 (21,37)	92 (16,61)	52 (43,33)	
Lipid huyết thanh, (mmol/L)				
Cholesterol toàn phần	4,98±0,98	4,96±1,00	5,02±0,88	0,57*
LDL-C	2,58±0,92	2,58±0,94	2,61±0,83	0,77*
HDL-C	1,33±0,48	1,33±0,48	1,35±0,48	0,66*
Triglyceride	1,98±0,89	2,01±0,91	1,84±0,82	0,055*

Số liệu trình bày: Tuổi, lipid huyết thanh (TB±DLC), nhóm tuổi, hút thuốc lá, tăng huyết áp, bệnh tim mạch lâm sàng do xơ vữa, nguy cơ tim mạch (n (%)); \*Kiểm định t-test, \*\*Kiểm định chi bình phương, có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

**Bảng 3: Liên quan giữa kiểm soát LDL-C với giới, nhóm tuổi và nguy cơ tim mạch (Bảng 1).**

Đặc điểm và phân nhóm	Toàn bộ (n=674)	Kiểm soát LDL-C		p*
		Đạt (n=153)	Không đạt (n=521)	
Nhóm tuổi				
60-69 tuổi	400 (59,35)	93 (23,25)	307 (76,75)	0,681
≥70 tuổi	274 (40,65)	60 (21,90)	214 (78,10)	
Giới tính				
Nam	554 (82,20)	119 (21,48)	435 (78,52)	0,104
Nữ	120 (17,80)	34 (28,33)	86 (71,67)	
Nguy cơ tim mạch				
Rất cao	231 (34,3)	30 (12,99)	201 (87,01)	<0,001
Cao	299 (44,4)	54 (18,06)	245 (81,94)	
Trung bình	144 (21,3)	69 (47,92)	75 (52,08)	

Số liệu trình bày: n (%); \*Kiểm định chi bình phương, có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

nghiên cứu của các tác giả trong nước như Trương Văn Trị và Nguyễn Đức Công, Trần Thanh Bình và cộng sự<sup>4,11</sup>. Điều này có thể giải thích do các đối tượng trong các nghiên cứu đều thu thập mẫu tại nơi chăm sóc, điều trị sức khỏe cho Cán bộ như Bệnh viện Thống Nhất và Ban Thường vụ Tỉnh ủy Cà Mau nên số lượng nam giới chiếm ưu thế.

NCT tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau là đối tượng có nguy cơ tim mạch cao và rất cao, cụ thể mức nguy cơ rất cao chiếm 34,27%, nguy cơ cao chiếm 44,36%. Nguy cơ trung bình chiếm 21,36% và không có NCT nào thuộc mức nguy cơ tim mạch thấp. Nam giới có nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p < 0,001$  (Bảng 1 và 2). Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nam giới có hút thuốc lá cao hơn nữ giới (35,38% so với 1,67%,  $p < 0,001$ ), tỷ lệ tăng huyết áp ở nam cao hơn nữ (91,34% so với 84,17%,  $p = 0,017$ ), tỷ lệ mắc các bệnh lý tim mạch do xơ vữa trên lâm sàng (nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực không ổn định, bệnh mạch vành đã đặt stent, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, đột quỵ, cơn thoáng thiếu máu não) ở nam cũng cao hơn nữ (16,97% so với 7,50%,  $p = 0,009$ ) dẫn đến tỷ lệ nam giới có mức nguy cơ tim mạch ở nhóm rất cao theo phân loại của ESC/EAS 2019 cao hơn nữ giới (Bảng 2).

### Tình trạng kiểm soát LDL-C huyết thanh và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C ở đối tượng nghiên cứu theo ESC/EAS 2019 là 22,70%. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ đạt mục tiêu thấp hơn các nghiên cứu: REALITY Asia của tác giả Kim HS và cộng sự năm 2008 với tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C chung theo khuyến cáo của ATP III là 48,0%, tác giả Park JE và cộng sự trong nghiên cứu CEPHEUS Pan-Asian năm 2012 với kết quả tỷ lệ chung đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C theo khuyến cáo của ATP III là 49,1%, trong đó tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C của Việt Nam năm 2012 là 40,1%<sup>14,15</sup>. Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C của nghiên cứu thấp hơn so với các nghiên cứu trên có thể được giải thích do sự lựa chọn tiêu chuẩn đánh giá đạt mục tiêu có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Năm 2019, ESC/EAS đưa ra khuyến cáo mới trong việc kiểm soát lipid máu, đặc biệt về mục tiêu trị số LDL-C theo từng mức nguy cơ tim mạch, đối tượng có nguy cơ tim mạch càng cao thì mục tiêu kiểm soát LDL-C trở nên chặt chẽ hơn, đặc biệt ở nhóm nguy cơ rất cao, mục tiêu LDL-C phải  $< 1,4 \text{ mmol/L}$ <sup>7</sup>. Các nghiên cứu của tác giả Kim HS và Park JE đều không đưa mục tiêu LDL-C  $< 1,4 \text{ mmol/L}$  mà chỉ lấy mức  $< 1,8 \text{ mmol/L}$  vào trong nhóm nguy cơ rất cao<sup>14,15</sup>.

Nhìn chung, theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 thì tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C của người cao tuổi tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tỉnh Cà Mau là còn thấp, điều này tiếp tục đặt ra những thách thức trong thực hành lâm sàng của các thầy thuốc tim mạch, lão khoa về vấn đề điều trị rối loạn lipid máu ở NCT.

Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 ở đối tượng nguy cơ rất cao (mục tiêu LDL-C  $< 1,4 \text{ mmol/L}$ ) trong nghiên cứu là 12,99%, ở đối tượng nguy cơ cao (mục tiêu LDL-C  $< 1,8 \text{ mmol/L}$ ) là 18,06% và ở đối tượng nguy cơ trung bình (mục tiêu LDL-C  $< 2,6 \text{ mmol/L}$ ) là 47,92%. Điều này cho thấy, tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C của các đối tượng nghiên cứu có sự thay đổi theo mức nguy cơ, mức nguy cơ càng cao thì tỷ lệ kiểm soát càng thấp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Sự khác biệt về kiểm soát LDL-C phân theo tuổi và giới tính không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,681$  và  $p = 0,104$ ) (Bảng 3).

Khi khảo sát mối liên quan giữa từng nhóm nguy cơ tim mạch với tỷ lệ đạt được mức kiểm soát LDL-C huyết thanh. Đối với nhóm nguy cơ tim mạch rất cao, so sánh với nghiên cứu của tác giả Alter DA và cộng sự thực hiện tại Canada năm 2018 trên nhóm đối tượng là NCT sau biến cố hội chứng mạch vành cấp, đây cũng là nhóm đối tượng có nguy cơ tim mạch rất cao cần kiểm soát mức LDL-C  $< 1,4 \text{ mmol/L}$  thì ghi nhận tỷ lệ đạt 22,5%, cao hơn so với nghiên cứu này (12,99%)<sup>12</sup>. Điều này có thể được giải thích trong nghiên cứu của tác giả Alter DA và cộng sự thì  $\geq 80\%$  NCT được sử dụng statin liều cao – trung bình. Tuy nhiên, NCT ở nghiên cứu này chỉ được sử dụng 2 nhóm thuốc statin liều thấp so với khuyến cáo trong điều trị kiểm soát lipid máu, cụ thể là atorvastatin (liều 10-20mg) và rosuvastatin (10mg). Đây là những statin đã được chứng minh hiệu quả làm giảm biến cố tim mạch ở NCT tuy nhiên ở liều như trên chỉ đạt cường độ hạ lipid máu ở mức trung bình, chưa đủ mạnh để có thể giảm trị số LDL-C dẫn đến tỷ lệ kiểm soát LDL-C ở nhóm nguy cơ rất cao là còn thấp. Bên cạnh đó, khi so sánh với tác giả Kim S và cộng sự thực hiện trên người trưởng thành tại Hàn Quốc năm 2020 thì tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C theo Hướng dẫn về Kiểm soát rối loạn lipid máu của Hàn Quốc năm 2015 ở nhóm nguy cơ cao ( $< 70 \text{ mg/dl}$  #  $1,8 \text{ mmol/L}$ ) là 47,2%, cao hơn so với tỷ lệ kiểm soát LDL-C đạt mục tiêu của các đối tượng có nguy cơ tim mạch cao trong nghiên cứu này (18,06%)<sup>16</sup>. Bên cạnh đó, tỷ lệ không tuân thủ điều trị với nhóm thuốc điều trị rối loạn lipid máu của người cao tuổi trong nghiên cứu này cao hơn khi so với nghiên cứu của tác giả Kim S và cộng sự (28,65% so với 16,80%), điều này có thể góp



phần làm cho tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-C của các đối tượng trong nghiên cứu này là còn thấp<sup>16</sup>.

## KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 của NCT tại phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tinh Cà Mau tương đối thấp. Người cao tuổi ở nhóm nguy cơ tim mạch trung bình có tỷ lệ kiểm soát LDL-C đạt mục tiêu cao hơn nhóm nguy cơ cao đến rất cao, không có mối liên quan về việc đạt mục tiêu kiểm soát LDL-C theo tuổi và giới.

## KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở đối tượng NCT theo khuyến cáo của ESC/EAS 2019 tương đối thấp, đặc biệt ở nhóm đối tượng nguy cơ cao đến rất cao, nên trong thực hành lâm sàng cần có nhiều biện pháp điều trị như thay đổi nhóm thuốc điều trị, tăng liều thuốc đang điều trị phù hợp với từng bệnh nhân nếu không có chống chỉ định và bệnh nhân vẫn còn dung nạp được, kết hợp thêm các thuốc hạ lipid máu khác, phối hợp các biện pháp không dùng thuốc.

## LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn các nhân viên phòng khám Ban Bảo vệ và Chăm sóc sức khỏe Cán bộ tinh Cà Mau đã tạo điều kiện thuận lợi để thực hiện nghiên cứu này. Đồng thời nhóm tác giả cũng gửi lời cảm ơn đến những NCT đã đồng ý tham gia nghiên cứu.

## DANH MỤC TỪ VIẾT TẮT

BMV Bệnh mạch vành  
ĐTĐ Đái tháo đường  
eGFR estimated Glomerular Filtration Rate (độ lọc cầu thận ước tính)  
LDL-C Low-density lipoprotein cholesterol  
NCT Người cao tuổi  
ESC European Society of Cardiology (Hội Tim mạch châu Âu)  
EAS European Atherosclerosis Society (Hội Xơ vữa động mạch châu Âu)

## XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm tác giả cam kết rằng không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu này.

## ĐÓNG GÓP CỦA CÁC TÁC GIẢ

Vương Hữu Tiến, Lê Văn Tèo trực tiếp tham gia lấy mẫu, điều trị và theo dõi các mẫu, phân tích số liệu, tham gia viết bài.

Trần Gia Huy, Hồ Sĩ Dũng hỗ trợ phân tích số liệu, tham gia viết bài, kiểm tra và phụ trách đăng bài. Nguyễn Đức Công đã giới thiệu đề tài, hướng dẫn, chỉnh sửa, phân tích những mẫu khó và góp ý cho nội dung bài báo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Top 10 causes of death. [Online]. 2020 [Cited 2021 Jul 20];[7 screens];Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
2. Wilson PW. High-density lipoprotein, low-density lipoprotein and coronary artery disease. Am J Cardiol. 1990;66(6):7A-10A;PMID: 2203247. Available from: [https://doi.org/10.1016/0002-9149\(90\)90562-F](https://doi.org/10.1016/0002-9149(90)90562-F).
3. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170 000 participants in 26 randomised trials. Lancet. 2010;376(9753):1670-81;PMID: 21067804. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61350-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61350-5).
4. Trị TV, ên Đức Công N. Nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân cao tuổi bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 2012;16(1):18-24;Available from: <https://yhocphcm.ump.edu.vn/index.php?Content=ChiTietBai&idBai=9833>.
5. United Nations. Ageing, older persons and the 2030 agenda for sustainable development. [Online]. 2017 [cited 2021 Aug 7];[28 screens];Available from: [https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2017/08/Ageing-Older-Persons-and-2030-Agenda\\_Issues-Brief-low-resolution-.pdf](https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2017/08/Ageing-Older-Persons-and-2030-Agenda_Issues-Brief-low-resolution-.pdf).
6. Quốc hội Việt Nam. Luật Người cao tuổi. [Online]. 2009 [cited 2021 Aug 7];[7 screens];Available from: [http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class\\_id=1&\\_page=1&mode=detail&document\\_id=92321](http://vanban.chinhphu.vn/portal/page/portal/chinhphu/hethongvanban?class_id=1&_page=1&mode=detail&document_id=92321).
7. Mach F, Baigent C, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41 (1):111-188;PMID: 31504418. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>.
8. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. J. Nutr. Gerontol. Geriatr. 2015;6:78-84;Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.003>.
9. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. J Hypertens. 2018;36(10):1953-2041;Available from: <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940>.
10. Hội Tim mạch Việt Nam. Phân tầng nguy cơ tim mạch. [Online]. 2016 Sep 20 [Cited 2021 Aug 9];[1 screen];Available from: <http://vnha.org.vn/detail.asp?id=226>.
11. Bình TT, Oanh LTK, et al. Rối loạn lipid ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 tại phòng khám A1, Bệnh Viện Thống Nhất. Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(3):237-243;Available from: <https://yhocphcm.ump.edu.vn/index.php?Content=ChiTietBai&idBai=17052>.
12. Alter DA, Tu JV, Koh M, Jackevicius CA, Austin PC, Rezaei MR, et al. Projected Real-World Effectiveness of Using Aggressive Low-Density Lipoprotein Cholesterol Targets Among Elderly Statin Users Following Acute Coronary Syndromes in Canada. J Am Heart Assoc. 2018;7(10):e007535;PMID: 29754125. Available from: <https://doi.org/10.1161/JAHA.117.007535>.
13. Ban chỉ đạo tổng điều tra dân số và nhà ở Trung Ương. Kết quả tổng điều tra dân số và nhà ở thời điểm 0 giờ ngày 01 tháng 04 năm 2019. Nhà xuất bản Thống kê, Hồ Chí Minh, 2019;p. 14-17;Available from: <http://tongdieutradaso.vn/ket-qua-tong-dieu-tra-dan-so-va-nha-o-thoi-diem-0-gio-ngay-01-thang-4-nam-2019.html>.

14. Kim HS, Wu Y, Lin SJ, Deerochanawong C, Zambahari R, Zhao L, et al. Current status of cholesterol goal attainment after statin therapy among patients with hypercholesterolemia in Asian countries and region: the Return on Expenditure Achieved for Lipid Therapy in Asia (REALITY-Asia) study. *Curr Med Res Opin.* 2008;24(7):1951-63;PMID: 18547466. Available from: <https://doi.org/10.1185/03007990802138731>.
15. Park JE, Chiang CE, Munawar M, Pham GK, Sukonthasarn A, Aquino AR, et al. Lipid-lowering treatment in hypercholesterolaemic patients: the CEPHEUS Pan-Asian survey. *Eur J Prev Cardiol.* 2012;19(4):781-94;PMID: 21450606. Available from: <https://doi.org/10.1177/1741826710397100>.
16. Kim S, Han S, Rane P, Qian Y, Zhao Z, Suh HS. Achievement of the low-density lipoprotein cholesterol goal among patients with dyslipidemia in South Korea. *PLoS One.* 2020;15(1):e0228472;PMID: 31999714. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228472>.