

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ HUYẾT ÁP, ĐƯỜNG MÁU VÀ LIPID MÁU Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH SAU ĐẶT STENT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Hoàng Thị Thu Hương¹, Trịnh Quốc Đạt¹ và Hồ Thị Kim Thanh^{2,✉}

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Trường Đại học Y Hà Nội

Mô tả thực trạng quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm huyết áp, đường máu và Lipid máu ở bệnh nhân sau đặt stent động mạch vành. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 128 người có bệnh động mạch vành sau đặt stent tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Kết quả nghiên cứu cho thấy 10,2% trường hợp kiểm soát đạt mục tiêu đồng thời ba yếu tố, 48,4% đạt ít nhất 2 yếu tố và 12,5% không đạt mục tiêu nào. Tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt huyết áp và cả 3 yếu tố nguy cơ có xu hướng tăng dần theo tuổi ($p < 0,05$). Người bệnh thừa cân béo phì có tỷ lệ kiểm soát đường máu đạt mục tiêu thấp hơn so với nhóm BMI bình thường ($p < 0,05$). Nữ giới có xu hướng quản lý yếu tố nguy cơ tim mạch trên kém hơn so với nam giới, đặc biệt trong kiểm soát Glucose và Lipid máu. Như vậy, tỷ lệ quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch ở người bệnh có bệnh động mạch vành sau đặt stent còn thấp và có liên quan đến tuổi và giới tính.

Từ khóa: Stent động mạch vành, quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2018, ước tính có 41 triệu ca tử vong do bệnh không lây nhiễm trong đó nguyên nhân hàng đầu là bệnh tim mạch (17,9 triệu). Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch chiếm 31% trong tổng số nguyên nhân tử vong chung và đứng hàng đầu nguyên nhân là bệnh mạch vành (BMV).¹ Theo các hướng dẫn Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) năm 2019 về phòng ngừa bệnh tim mạch, các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp, tăng LDL-C, đái tháo đường được coi là những yếu tố nguy cơ chính và độc lập đối với bệnh động mạch vành (BMV).² Đánh giá nguy cơ tổng thể, kiểm soát sớm và tích cực đạt mục tiêu các yếu tố các nguy cơ trên đem lại hiệu quả tích cực trong phòng ngừa các biến cố

tim mạch. Một nghiên cứu năm từ năm 2007 đến 2010 về thực trạng kiểm soát đạt mục tiêu các yếu tố nguy cơ bao gồm rối loạn Lipid, đái tháo đường (ĐTĐ) và tăng huyết áp (THA) cho thấy tỷ lệ người bệnh đạt mục tiêu cả 3 yếu tố này là rất thấp chỉ 18,8%.³ Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân cho thấy tỷ lệ người bệnh kiểm soát đồng thời cả ba yếu tố nguy cơ gồm THA, ĐTĐ và Lipid chỉ đạt 12,5%, và kiểm soát đạt mục tiêu 2/3 yếu tố cũng chỉ đạt 51,3%.⁴ Đặc biệt nhóm người bệnh có bệnh mạch vành đã can thiệp stent là nhóm thuộc phân tầng nguy cơ tim mạch rất cao, các nghiên cứu về quản lý đa yếu tố nguy cơ còn hạn chế. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa là một trong các đơn vị đi đầu trong tỉnh về can thiệp mạch vành. Người bệnh sau đặt stent mạch vành được theo dõi và tái khám định kỳ tại phòng khám ngoại trú. Việc theo dõi và kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch là một trong các mục tiêu quan trọng nhằm giảm các biến cố tim mạch và nguy cơ tái hẹp trong chương trình

Tác giả liên hệ: Hồ Thị Kim Thanh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hokimthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 25/07/2022

Ngày được chấp nhận: 15/08/2022

quản lý nhóm người bệnh này. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả thực trạng quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch gồm huyết áp, đường máu và Lipid máu ở người có bệnh động mạch vành sau đặt stent tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người có bệnh động mạch vành đã đặt stent, tái khám sau 1 tháng, được tiếp tục theo dõi và tái khám định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

Đồng ý tham gia nghiên cứu. Có bệnh án theo dõi người bệnh ngoại trú đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đang có bệnh cấp hoặc trong đợt cấp.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 8/2021 đến tháng 5/2022 tại phòng khám ngoại trú Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ kiểm soát đa yếu tố:

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

p: tỷ lệ ước tính, $p = 0,188$ (Sử dụng kết quả nghiên cứu của Stark năm 2013 với tỷ lệ người bệnh kiểm soát đồng thời cả ba yếu tố nguy cơ gồm THA, ĐTĐ và Lipid là 18,8%).³

d: khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể = 0,1 (10%).

Z: mức ý nghĩa thống kê mong muốn với 95%CI, $Z = 1,96$.

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cần đạt là 59

người bệnh. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 128 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

+ Thông tin tuổi, giới, địa chỉ, tiền sử và các bệnh lý nền của người bệnh, số lượng stent động mạch vành; chỉ số khối cơ thể BMI (chỉ số Quetelet) = cân nặng/(chiều cao)² (kg/m²). Thừa cân được định nghĩa là BMI từ 23 - 24,9 kg/m², béo phì là khi BMI ≥ 25 kg/m².⁵

+ Quản lý huyết áp: Đo huyết áp tại phòng khám bằng máy đo huyết áp cơ ít nhất 2 lần cách nhau ít nhất 5 phút hoặc đo 1 lần ở người bệnh có tiền sử THA và đang sử dụng thuốc. Theo khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn của Hội Tim mạch Việt Nam 2018, huyết áp mục tiêu ở người bệnh có bệnh mạch vành là 120 - 129/ 70 - 79 mmHg (130 - 140/ 70 - 79 mmHg nếu tuổi ≥ 65).⁶

+ Quản lý đường máu: Xét nghiệm máu lấy tại thời điểm đến tái khám cách bữa ăn trước ít nhất 8 giờ. Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 của Bộ Y tế năm 2020. Đạt mục tiêu kiểm soát đường máu là nồng độ Glucose máu lúc đói < 80 - 130 mg/dl (4,4 - 7,2 mmol/l).⁷

+ Quản lý Lipid máu: Xét nghiệm máu lấy tại thời điểm đến tái khám cách bữa ăn trước ít nhất 8 giờ. Theo khuyến cáo tại hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 của Bộ Y tế năm 2020:

Mục tiêu kiểm soát Cholesterol máu < 5,2 mmol/l.

Mục tiêu kiểm soát Triglycerid < 1,7 mmol/l.⁷

+ Đánh giá các chỉ số trên tại thời điểm 1 tháng sau can thiệp đặt stent.

+ Nếu người bệnh không đạt các mục tiêu huyết áp, đường máu và Lipid máu sẽ được điều chỉnh bằng thuốc và đưa vào chương trình theo dõi và quản lý trong các lần tái khám tiếp

theo.

Phương pháp thu thập số liệu

Phiếu thu thập thông tin người bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu bằng cách phỏng vấn người bệnh, hỏi bệnh, khám và lượng giá bởi bác sỹ và điều dưỡng Khoa Khám bệnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, tham khảo hồ sơ bệnh án của người bệnh. Số liệu thu thập tại các thời điểm 01 tháng, 02 tháng và 03 tháng tái khám sau can thiệp stent động mạch vành.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa và nhập bằng phần

mềm Epidata 3.1. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.0 với các test thống kê y học.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không gây khó khăn cho người bệnh, tất cả các thông tin chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu. Số liệu thu thập đầy đủ, khách quan, trung thực. Kết quả đảm bảo tính khoa học, tin cậy và chính xác. Đề tài được phê duyệt bởi Hội đồng thông qua Đề cương nghiên cứu luận văn chuyên khoa 2 Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $68,2 \pm 9,7$, trong đó 72,7% trường hợp là nam giới và 75,8% trong độ tuổi 61 đến 80. Ngoài ra 24,2% trường hợp người bệnh có thừa cân/béo phì và đa số trường hợp đặt 1 stent động mạch vành (71,1%).

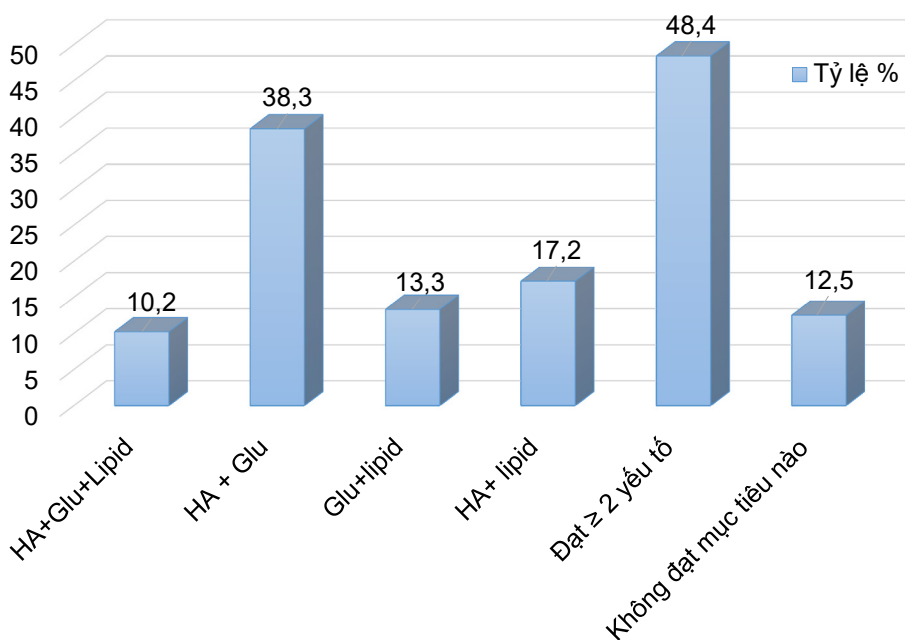
Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới, BMI, số lượng stent của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	93	72,7
	Nữ	35	27,3
Tuổi	≤ 60	20	15,6
	61 - 70	55	43,0
	71 - 80	42	32,8
	> 80	11	8,6
	Tuổi trung bình	68,2 ± 9,7	
BMI (kg/m ²)	Bình thường	97	75,8
	Thừa cân	23	18,0
	Béo phì	8	6,2
Số lượng stent	1	91	71,1
	2	33	25,8
	≥ 3	4	3,1
Tổng		128	100

Bảng 2. Tỷ lệ kiểm soát đơn yếu tố nguy cơ huyết áp, đường máu và Lipid máu

Yếu tố nguy cơ	Đạt mục tiêu		Chưa đạt mục tiêu		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %		
Huyết áp	89	69,5	39	30,5		
Đường máu	71	55,5	57	44,5		
Lipid máu	Triglycerid	42	32,8	86	67,2	128
	Cholesterol	62	48,4	66	51,6	
	Cả 2 yếu tố Triglycerid và Cholesterol	27	21,1	101	78,9	

Kết quả cho thấy 69,5% trường hợp người bệnh đạt mục tiêu huyết áp; 55,5% đạt mục tiêu kiểm soát đường máu và chỉ có 21,1% người bệnh đạt mục tiêu kiểm soát Triglycerid và Cholesterol.



Hình 1. Tỷ lệ kiểm soát đa yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm huyết áp, đường máu, Lipid máu (Cholesterol và Triglycerid)

Chỉ có 10,2% trường hợp kiểm soát đa yếu tố nguy cơ đạt mục tiêu, 48,4% đạt ít nhất 2/3 yếu tố và 12,5% không đạt mục tiêu nào.

Tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt huyết áp và cả 3 yếu tố nguy cơ có xu hướng tăng dần theo tuổi ($p < 0,05$). Người bệnh thừa cân béo phì có tỷ lệ kiểm soát đường máu đạt mục tiêu thấp

hơn so với nhóm BMI bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nữ giới có xu hướng kiểm soát đa yếu tố nguy cơ thấp hơn nam giới, tỷ lệ đạt mục tiêu cả ba yếu tố nguy cơ và ít nhất 2/3 yếu tố thấp hơn nhiều so với nam giới, lần lượt là 5,7% và 34,4% ở nữ so với 11,8% và 53,8% ở nam.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến quản lý đa yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành

Đặc điểm	Số lượng		Huyết áp		Đường máu		Lipid máu		Đạt ≥ 2 mục tiêu		Đạt cả 3 yếu tố	
	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p	%	p
Giới	Nam	93	68,8	0,477	58,1	0,222	27,7	0,144	53,8	0,049	11,8	0,512
	Nữ	35	71,4	48,6		11,4		34,4		5,7		
Tuổi	≤ 60	20	65,0		50,0		10,0		45,0		5,0	
	61 - 70	55	58,2		56,4		16,4		41,8		3,6	
	71 - 80	42	85,7	0,026	57,1	0,958	26,2	0,085	54,7	0,432	16,7	0,029
	> 80	11	72,7		54,6		45,5		63,6		27,3	
BMI	Bình thường	97	68,0	0,517	61,9	0,01	18,6	0,213	18,6	0,213	10,3	0,612
	Thừa cân/ béo phì	31	74,2		35,4		29,0		29,0		9,7	
Số lượng stent	1	91	71,4		48,4		6,6		47,3		9,9	
	2	33	66,7	0,604	69,7	0,015	21,2	0,088	51,5	0,882	12,1	0,834
	≥ 3	4	50,0		100,0		0,0		50,0		0	
Tổng (n)		128	89		71		27		62		13	

VI. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 128 trường hợp người bệnh có bệnh động mạch vành đã đặt stent được tái khám sau một tháng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. Chúng tôi theo dõi và đánh giá nguy cơ tổng thể, kiểm soát sớm và tích cực đạt mục tiêu các yếu tố các nguy cơ tim mạch bao gồm huyết áp, đường máu lúc đói và nồng độ Lipid máu bao gồm hai chỉ số là Cholesterol và Triglycerid. Kết quả đánh giá tỷ lệ kiểm soát đơn yếu tố nguy cơ cho thấy 69,5% trường hợp người bệnh đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp từ 120 - 129/ 70 - 79 mmHg (130 - 140/ 70 - 79 mmHg nếu tuổi \geq 65); 55,5% đạt mục tiêu kiểm soát đường máu lúc đói dưới 7,2 mmol/l và chỉ có 21,1% người bệnh đạt mục tiêu kiểm soát đồng thời Cholesterol máu $<$ 5,2 mmol/l và Triglycerid $<$ 1,7 mmol/l. Huyết áp và đường máu được coi là hai yếu tố nguy cơ hàng đầu của bệnh lý động mạch vành, thường được quan tâm theo dõi và kiểm soát khi đến tái khám. Tuy nhiên, các rối loạn chuyển hóa Lipid lại có xu hướng ít được theo dõi hơn. Kết quả tại hình 1 cho thấy tỷ lệ kiểm soát đồng thời cả ba yếu tố này khá thấp chỉ đạt 10,2%, tỷ lệ đạt ít nhất 2 yếu tố trở lên là 48,4%. Trong đó, 38,3% quản lý tốt cả huyết áp và Glucose máu, 17,2% quản lý tốt huyết áp và Lipid máu và chỉ có 13,3% quản lý tốt đồng thời Glucose và Lipid máu. Ngoài ra có đến 12,5% trường hợp người bệnh không được quản lý tốt cả 3 yếu tố nguy cơ trên. Kết quả này thấp hơn báo cáo của Nguyễn Ngọc Thanh Vân tại Hội nghị Khoa học Kỹ thuật Đại học Y được TP.HCM lần thứ 35 cho thấy tỷ lệ người bệnh kiểm soát đồng thời cả ba yếu tố nguy cơ gồm THA, ĐTĐ và Lipid máu đạt 12,5%, và kiểm soát tốt 2/3 yếu tố cũng chỉ đạt 51,3% hay báo cáo của Stark tỷ lệ người bệnh kiểm soát đồng thời cả ba yếu tố nguy cơ gồm THA, ĐTĐ và Lipid là 18,8%.^{3,4} Sự khác biệt ở đặc điểm bệnh nhân cũng như mô

hình quản lý bệnh nhân khác nhau ở các nước. CLARIFY đã phân tích và theo dõi quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch chính ở người bệnh có bệnh mạch vành điều trị ngoại trú tại bảy khu vực địa lý trên toàn thế giới với gần 33.000 bệnh nhân theo dõi trong 5 năm, nhận thấy: tỷ lệ tăng huyết áp dao động từ 28% (Trung/Nam Mỹ và Đông Á) đến 48% (Đông Âu), tăng Cholesterol LDL từ 24% (Canada/ Nam Châu Phi/ Úc/ Anh) đến 65% (Đông Âu), tiểu đường từ 17% (Đông Âu) đến 60% (Trung Đông); tỷ lệ béo phì dao động từ 20% (Đông Á) đến 42% (Trung Đông)... Tỷ lệ kiểm soát yếu tố rủi ro thay đổi theo vùng địa lý ($p < 0,0001$). Mặc dù vậy, theo CLARIFY còn nhiều bệnh nhân ngoại trú có bệnh mạch vành đang được điều trị dưới mức tối ưu.⁸ Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên đối tượng bệnh nhân có bệnh mạch vành đã đặt stent là nhóm bệnh nhân thuộc phân tầng nguy cơ tim mạch rất cao, với nhiều yếu tố rối loạn chuyển hóa phối hợp và mục tiêu kiểm soát các yếu tố này theo các hướng dẫn đòi hỏi chặt chẽ hơn. Thực tế chúng tôi cũng nhận thấy một tỷ lệ lớn người bệnh có bệnh mạch vành không được quản lý đầy đủ, bỏ sót các rối loạn chuyển hóa đặc biệt là đường máu và Lipid máu, trong khi đó bệnh nhân đặt stent động mạch vành có nguyên nhân chủ yếu là do các mảng xơ vữa. Vì vậy ngay cả khi không có tiền sử đái tháo đường, tăng huyết hay rối loạn Lipid máu, việc tầm soát và theo dõi các chỉ số này là quan trọng và cần thiết trong chiến lược quản lý nhóm người bệnh có bệnh động mạch vành nguy cơ cao, giúp phát hiện sớm, điều trị và kiểm soát các chỉ số huyết áp, Glucose máu và Lipid máu, từ đó giảm tỷ lệ tái phát các biến cố tim mạch hoặc tái hẹp sau đặt stent. Một nghiên cứu tổng quan năm 2018 tại châu Âu đã chỉ ra rằng đa số người bệnh có bệnh lý tim mạch không đạt được các mục tiêu kiểm soát các yếu tố nguy cơ trong phòng ngừa sơ cấp

và thứ cấp. Nguyên nhân chủ yếu theo báo cáo ROSPIRE III nhận thấy chỉ 36 - 57% bác sĩ ở châu Âu tuân thủ các hướng dẫn phòng ngừa bệnh lý tim mạch và ít hơn 50% trong số họ đánh giá thường xuyên các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân.⁹ Một số lý do khác dẫn đến các hạn chế trong quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch là chính sách của chính phủ và địa phương, thiếu thời gian làm việc với bệnh nhân (bác sĩ quá tải, không đủ số lượng bác sĩ tim mạch), bằng lượng giá không được thực hiện thông qua công nghệ thông tin...¹⁰ Tại Việt Nam bên cạnh sự tuân thủ khám và điều trị của bệnh nhân, các nguyên nhân trên cũng có thể xem là rào cản chính khiến các bác sĩ không thể theo dõi và quản lý tối ưu đối với người bệnh có bệnh động mạch nguy cơ rất cao. Vì vậy, các bác sĩ tim mạch tại các phòng khám ngoại trú có một vai trò quan trọng trong phát hiện và quản lý toàn diện đa yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc biệt các nguy cơ chuyển hóa có thể thay đổi được như huyết áp, đường máu và Lipid máu.

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch, chúng tôi nhận thấy tuổi tác của là một yếu tố quan trọng trong quản lý bệnh nhân bệnh mạch vành. Nhìn chung các nghiên cứu trên thế giới cho thấy, các yếu tố nguy cơ tim mạch có tác động mạnh hơn ở lứa tuổi từ 50 - 75 tuổi, trong khi ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ khác đến tử vong do bệnh động mạch vành có xu hướng mạnh hơn ở người cao tuổi (từ 70 tuổi trở lên).¹¹ Chính vì các khuyến cáo nhấn mạnh đến nguy cơ tim mạch tăng dần theo tuổi, người bệnh cao tuổi lại có xu hướng được quan tâm và quản lý các yếu tố nguy cơ tốt hơn, kết quả tại bảng 3 cho thấy tỷ lệ kiểm soát đạt mục tiêu cả 3 yếu tố huyết áp, đường máu, Lipid máu ở nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi cao hơn nhiều và có ý nghĩa thống kê so với nhóm người bệnh trẻ hơn ($p < 0,05$). Điều này cũng cho thấy tầm quan trọng

của việc theo dõi các thông số nguy cơ chuyển hóa của người bệnh, ngay cả khi không có tiền sử rối loạn chuyển hóa và trẻ tuổi.

Đánh giá sự khác biệt về giới, chúng tôi nhận thấy nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh động mạch vành thấp hơn nam giới (tỷ lệ nam/nữ là 2,66/1), tuy nhiên nữ giới lại có xu hướng kiểm soát đa yếu tố nguy cơ thấp hơn nam giới, tỷ lệ đạt mục tiêu cả ba yếu tố nguy cơ là 5,7% ở nữ (so với 11,8% ở nam) và tỷ lệ đạt mục tiêu ít nhất 2/3 yếu tố ở nữ là 11,8% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với 53,8% ở nam ($p < 0,05$). Nhóm bệnh tim mạch được coi là bệnh của nam giới trong nhiều thập kỷ. Các nghiên cứu gần đây đã chứng minh tác động của các yếu tố nguy cơ tim mạch chính lên kết cục là giống nhau ở hai giới. Tuy nhiên một số yếu tố nguy cơ mới như các rối loạn trong thai kỳ, tăng huyết áp, đái tháo đường và các rối loạn nội tiết thường xảy ra ở nữ có liên quan đến sự phát triển nhanh các bệnh lý tim mạch.¹² Ở phụ nữ, tính nhạy cảm với các bệnh lý tim mạch được biết là tăng lên trong giai đoạn sau mãn kinh, khi chức năng hormone buồng trứng suy giảm.¹³ Một số giả thiết về sự khác biệt dựa trên giới tính trong giải phẫu và sinh lý học, mặc dù có cấu trúc giống nhau, phụ nữ và nam giới có các cách khác nhau để đảm bảo cân bằng nội môi của hệ tim mạch. Phụ nữ phát triển bệnh tim mạch muộn hơn nam giới và phụ nữ mắc bệnh tiểu đường có tỷ lệ tử vong cao hơn đáng kể so với nam giới cùng tuổi. Cuối cùng, tồn tại một số khác biệt đáng kể về mặt lâm sàng giữa nam và nữ về tỷ lệ hiện mắc, biểu hiện, quản lý và kết quả của bệnh mạch vành.¹³ Tuy vậy, cần các nghiên cứu sâu hơn tìm hiểu nguyên nhân và sự khác biệt về giới trong quản lý đa yếu tố nguy cơ tim mạch để xây dựng chương trình can thiệp phù hợp. Ngoài ra, lối sống ít vận động và thói quen dinh dưỡng không tốt là nguyên nhân dẫn đến béo phì. Tỷ lệ béo phì

trên thế giới đang gia tăng, đặc biệt là ở các nước công nghiệp phát triển, góp phần làm tăng đáng kể tỷ lệ mắc bệnh tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy người bệnh thừa cân béo phì có tỷ lệ kiểm soát đường máu đạt mục tiêu thấp hơn so với nhóm BMI bình thường ($p < 0,05$). Tuy nhiên không có sự khác biệt về BMI trong quản lý đạt mục tiêu cả ba yếu tố huyết áp, đường máu và Lipid máu. Thực tế cần xem xét BMI như một yếu tố nguy cơ độc lập trong nhóm các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành.

V. KẾT LUẬN

Người bệnh tim mạch thường có nhiều yếu tố nguy cơ, trong đó nổi bật nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn Lipid máu. Tuy nhiên tỷ lệ quản lý đạt mục tiêu đồng thời cả ba yếu tố nguy cơ này ở nhóm bệnh nhân có bệnh mạch vành đã đặt stent còn rất thấp chỉ đạt 10,2% và tỷ lệ kiểm soát có xu hướng tốt hơn ở nhóm cao tuổi và nam giới.

VI. KIẾN NGHỊ

Các chương trình theo dõi và quản lý bệnh nhân sau đặt stent cần chú trọng huyết áp, đường máu và Lipid máu là những chỉ số có thể đo lường như một xét nghiệm thường quy. Đồng thời giảm tỷ lệ thừa cân và béo phì và tăng tỷ lệ bệnh nhân đạt được mục tiêu kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch kể trên là những lĩnh vực ưu tiên trong chiến lược điều trị giúp giảm biến cố tim mạch và tái hẹp sau đặt stent.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Organization WH. *World health statistics overview 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. 2019.
2. Dehmer GJ, Badhwar V, Bermudez EA, et al. 2020 AHA/ACC key data elements and definitions for coronary revascularization: A

report of the American College of Cardiology/American Heart association task force on clinical data standards (writing committee to develop clinical data standards for coronary revascularization). *Journal of the American College of Cardiology*. 2020;75(16):1975-2088.

3. Stark Casagrande S, Fradkin JE, Saydah SH, Rust KF, Cowie CC. The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988 - 2010. *Diabetes care*. 2013;36(8):2271-2279.

4. Vân NNT. Tình hình kiểm soát huyết áp và lipid máu trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mới mắc. Hội nghị khoa học kỹ thuật Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh lần thứ 35.

5. 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 (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *European heart journal*. 2018;39(33):3021-3104.

6. Hội Tim mạch Việt Nam. Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn. 2018. <http://vnha.org.vn/data/Khuyen-Cao-THA-2018.pdf>.

7. Cục Y tế Dự phòng. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. Bộ Y tế. 2020.

8. Ferrari R, Ford I, Greenlaw N, et al. Geographical variations in the prevalence and management of cardiovascular risk factors in outpatients with CAD: Data from the contemporary CLARIFY registry. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2020;22(8):1056-1065. doi: 10.1177/2047487314547652.

9. Kotseva K, Wood D, De Backer G, et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: Cross-sectional survey in 12 European countries. *European journal of cardiovascular prevention*

and rehabilitation. 2010;17(5):530-540. doi: 10.1097/HJR.0b013e3283383f30.

10. Francula-Zaninovic S, Nola IA. Management of measurable variable cardiovascular disease' risk factors. *Current cardiology reviews*. 2018;14(3):153-163.

11. Lippi G, Mattiuzzi C, Sanchis-Gomar F, Bovo C. Cardiovascular risk factors: Updated worldwide population statistics. *Journal of Hospital Management and Health Policy*. 2020;4(0).

12. Appelman Y, van Rijn BB, ten Haaf ME, Boersma E, Peters SAE. Sex differences in cardiovascular risk factors and disease prevention. *Atherosclerosis*. 2015;241(1):211-218. doi: <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2015.01.027>.

13. Mercurio G, Deidda M, Piras A, Dessalvi CC, Maffei S, Rosano GMC. Gender determinants of cardiovascular risk factors and diseases. *Journal of Cardiovascular Medicine*. 2010;11(3).

Summary

MANAGEMENT OF BLOOD PRESSURE, BLOOD SUGAR AND BLOOD LIPID IN CORONARY PATIENTS AFTER STENTING IN THANH HOA GENERAL HOSPITAL

This study was conducted to describe the management of blood pressure, blood glucose and lipidemia in patients with coronary stent. This is a cross-sectional descriptive study composed of 128 patients with coronary stent at Thanh Hoa General Hospital. Results show that 10.2% achieved the goal of three factors of blood pressure, blood sugar and blood lipids, 48.4% achieved at least 2 factors and 12.5% did not achieve any goal. The proportion of patients with good control of blood pressure and all 3 risk factors tended to increase with age. Overweight and obese patients had a lower rate of blood glucose control reaching the goal than the normal BMI group. Women tend to have poorer management of multiple cardiac risk factors than men, particularly in blood glucose and lipid control. In conclusion, the management rate of cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease after stenting is low and is related to age and sex.

Keywords: Coronary artery stents, cardiovascular risk factors, multicardiovascular risk factors management.