

RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI TUYẾN CƠ SỞ VIỆT NAM NĂM 2023

Dương Ngọc Long¹, Nguyễn Ngọc Quang^{2,3}

Phạm Thái Sơn¹ và Hồ Thị Kim Thanh^{4,✉}

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Vinmec Times City

³Đại học VinUni

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Rối loạn lipid máu thường gặp ở người bệnh tăng huyết áp và làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ tháng 6/2022 đến tháng 9/2023 tại 4 xã/thị trấn huyện Lâm Thao, tỉnh Phú Thọ trên 962 người bệnh tăng huyết áp ≥ 40 tuổi được quản lý tại trạm y tế ≥ 3 tháng, nhằm xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và phân tầng nguy cơ tim mạch theo SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes và đánh giá thực trạng đạt mục tiêu LDL-C. Tỷ lệ rối loạn lipid máu là 86,1%; 63,7% rối loạn ít nhất 2 thành phần. LDL-C $\geq 2,6$ mmol/L chiếm 74,7%. Điểm nguy cơ tim mạch trung bình ở nam và nữ lần lượt là $22,3 \pm 12,0$ và $25,6 \pm 15,8$. Phần lớn người bệnh thuộc nhóm nguy cơ rất cao (51,2%) hoặc cao (30,7%). Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C theo phân tầng nguy cơ là 8,9%; đạt đồng thời LDL-C và huyết áp mục tiêu là 6,2%. Cần tăng cường quản lý lipid máu cùng với kiểm soát huyết áp tại tuyến y tế cơ sở.

Từ khóa: Rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, nguy cơ tim mạch, SCORE2, tuyến y tế cơ sở.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng đồng mắc tăng huyết áp (THA) và rối loạn lipid máu (RLLPM) tạo ra tác động cộng gộp bất lợi lên hệ tim mạch. Các nghiên cứu dịch tễ kinh điển như Framingham Heart Study và Multiple Risk Factor Intervention Trial đã chứng minh tỷ lệ bệnh động mạch vành và đột quỵ tăng rõ khi nhiều yếu tố nguy cơ cùng tồn tại trên một cá thể.^{1,2} Vì vậy, quản lý người bệnh THA hiện nay không chỉ dừng lại ở kiểm soát chỉ số huyết áp mà cần tiếp cận đồng thời các yếu tố nguy cơ tim mạch có thể thay đổi.

Nhiều thử nghiệm lâm sàng và phân tích gộp đã làm rõ lợi ích của điều trị hạ lipid máu bằng statin trong dự phòng biến cố tim mạch, đặc

biệt ở các nhóm có nguy cơ tim mạch cao hoặc có THA kèm theo. Các nghiên cứu ALLHAT-LLT, ASCOT-LLA và phân tích của Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration đều cho thấy kiểm soát LDL-C có vai trò quan trọng trong giảm biến cố mạch vành và đột quỵ.³⁻⁵ Các khuyến cáo hiện hành của ESC và ACC/AHA nhấn mạnh cần đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể để quyết định chiến lược dự phòng, bao gồm chỉ định và mục tiêu điều trị hạ lipid máu theo mức nguy cơ.⁶⁻⁸

Tại Việt Nam, tuyến y tế cơ sở là nơi quản lý số lượng lớn người bệnh mạn tính tại cộng đồng. Tuy nhiên, trong thực hành thường quy, quản lý THA ở tuyến xã thường tập trung nhiều vào huyết áp, trong khi sàng lọc RLLPM, phân tầng nguy cơ tim mạch và tối ưu hóa điều trị hạ lipid máu chưa được triển khai đồng bộ. Mặt khác, trạm y tế xã hiện chưa có đủ phương tiện và nhân lực để thực hiện xét nghiệm lipid máu,

Tác giả liên hệ: Hồ Thị Kim Thanh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: hokimthanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 24/05/2026

Ngày được chấp nhận: 22/06/2026

nên cho đến nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể bằng thang điểm và kiểm soát đồng thời cả tăng huyết áp lẫn rối loạn lipid máu cho người bệnh ngay tại tuyến xã. Đây là khoảng trống mà nghiên cứu này hướng tới. Khoảng trống này có thể khiến người bệnh dù đạt mục tiêu huyết áp vẫn còn nguy cơ biến cố tim mạch tồn dư do LDL-C và các thành phần lipid khác chưa được kiểm soát theo phân tầng nguy cơ.

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Xác định tỷ lệ RLLPM, nguy cơ tim mạch tổng thể theo SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes và thực trạng đạt mức LDL-C mục tiêu và tình trạng điều trị hạ lipid máu ở người bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại tuyến y tế cơ sở năm 2022 - 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Người bệnh tăng huyết áp từ 40 tuổi trở lên, đang được quản lý và điều trị tại trạm y tế ít nhất 3 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh có tên trong danh sách quản lý THA tại trạm y tế, đồng ý tham gia nghiên cứu và có đủ thông tin lâm sàng, xét nghiệm lipid máu cần thiết cho phân tích.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không đủ thông tin trong 3 tháng, hoặc đang dùng thuốc ảnh hưởng đến nồng độ lipid máu; hoặc mắc bệnh lý nghiêm trọng ảnh hưởng đến khả năng tham gia nghiên cứu; hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm nghiên cứu

Xã Xuân Huy, xã Bản Nguyên, xã Sơn Vy và thị trấn Hùng Sơn, huyện Lâm Thao, tỉnh Phú Thọ.

Thời gian thu thập số liệu

Từ tháng 6/2022 đến tháng 9/2023.

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ. Với $p = 0,869$ theo nghiên cứu của Trần Tất Thắng và cộng sự, $\alpha = 0,05$, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ và sai số chấp nhận $d = 0,05$, cỡ mẫu tối thiểu ước tính là 175 người/xã. Trên thực tế, nghiên cứu gửi thư mời tới 2.208 người bệnh trong danh sách quản lý THA tại 4 xã/thị trấn;⁹ 962 người đồng ý tham gia và đáp ứng tiêu chuẩn được đưa vào phân tích, gồm Xuân Huy 191 người, Bản Nguyên 255 người, Sơn Vy 218 người và thị trấn Hùng Sơn 298 người. Các trường hợp thiếu thông tin lâm sàng hoặc xét nghiệm lipid máu cần thiết được loại khỏi phân tích; nghiên cứu sử dụng phương pháp phân tích trên các trường hợp có đủ dữ liệu (complete-case analysis).

Các biến số chính gồm đặc điểm nhân khẩu học, chỉ số khối cơ thể, huyết áp, hành vi nguy cơ, các thành phần lipid máu, tình trạng điều trị thuốc hạ lipid máu và mức nguy cơ tim mạch tổng thể. Huyết áp mục tiêu được xác định khi HATT < 140 mmHg và HATT_r < 90 mmHg. Phân loại thừa cân, béo phì dựa trên ngưỡng BMI khuyến cáo cho quần thể châu Á - Thái Bình Dương.¹⁰ Đái tháo đường được xác định theo tiêu chuẩn ADA hoặc khi người bệnh đang dùng thuốc hạ glucose máu.¹¹ Rối loạn lipid máu được xác định khi có ít nhất một trong các thành phần: cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/L, triglyceride $\geq 1,7$ mmol/L, HDL-C thấp (< 1,0 mmol/L ở nam và < 1,3 mmol/L ở nữ) hoặc LDL-C $\geq 2,6$ mmol/L.

Mục tiêu LDL-C được cá thể hóa theo phân tầng nguy cơ tim mạch: LDL-C < 1,4 mmol/L với nguy cơ rất cao, < 1,8 mmol/L với nguy cơ cao, và < 2,6 mmol/L với nguy cơ trung bình hoặc thấp.^{7,8} Đối với những trường hợp có non-HDL < 2,3 mmol/L sẽ được ước tính mức nguy cơ tim mạch với non-HDL = 2,3 mmol/L.

Nguy cơ tim mạch tổng thể được tính theo SCORE2 cho người 40 - 69 tuổi, SCORE2-OP cho người từ 70 tuổi trở lên và SCORE2-Diabetes cho người bệnh đái tháo đường tip 2. Theo Công bố của Việt Nam với WHO năm 2021 thì tỷ lệ tử vong do tim mạch của người Việt Nam là 277.5 người/100.000 người dân, tương ứng nhóm nước có nguy cơ tim mạch cao theo khuyến cáo của ESC (150 - <300 người/100.000 dân), vì thế nhóm nghiên cứu áp dụng mô hình dành cho vùng nguy cơ tim mạch cao theo hướng dẫn của ESC.⁸ Các hành vi nguy cơ như hút thuốc, lạm dụng rượu bia, ăn mặn và ít vận động được ghi nhận thông qua phỏng vấn theo bộ câu hỏi nghiên cứu, tham khảo cách tiếp cận của WHO STEPS trong giám sát yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm.¹²

Số liệu được làm sạch và phân tích bằng Stata 14.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Tỷ lệ phần trăm được so sánh bằng kiểm định Chi-bình phương hoặc Fisher khi phù hợp; trung bình giữa hai nhóm được so sánh bằng kiểm định t-student. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận theo Giấy chứng nhận số 704/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 04/6/2022. Mọi thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nam (n = 474)	Nữ (n = 488)	Tổng (n = 962)	p
Tuổi, năm	65,1 $\pm$ 8,6	65,0 $\pm$ 8,9	65,1 $\pm$ 8,8	0,808
Tuổi $\geq$ 60, n (%)	339 (71,5)	356 (73,0)	695 (72,2)	0,765
BMI (kg/m ²)	23,7 $\pm$ 1,6	21,8 $\pm$ 1,8	22,8 $\pm$ 2,0	< 0,001
Thừa cân/béo phì (BMI $\geq$ 23 kg/m ²), n (%)	307 (64,8)	144 (29,5)	451 (46,9)	< 0,001
HATT, mmHg	136,5 $\pm$ 13,4	138,0 $\pm$ 14,2	137,3 $\pm$ 13,8	0,096
HATT _r , mmHg	78,8 $\pm$ 7,4	78,9 $\pm$ 7,9	78,8 $\pm$ 7,6	0,918
Lạm dụng rượu bia, n (%)	45 (9,5)	0 (0,0)	45 (4,7)	< 0,001
Ít vận động thể lực, n (%)	195 (41,1)	239 (49,0)	434 (45,1)	0,015
Hút thuốc, n (%)	20 (4,2)	0 (0,0)	20 (2,1)	< 0,001
Ăn mặn, n (%)	85 (17,9)	97 (19,9)	182 (18,9)	0,441
Thường ăn đồ rán/chiên/xào, n (%)	120 (25,3)	120 (24,6)	240 (24,9)	0,795
Cholesterol toàn phần, mmol/L	5,70 $\pm$ 1,12	5,71 $\pm$ 1,13	5,70 $\pm$ 1,12	0,965

Đặc điểm	Nam (n = 474)	Nữ (n = 488)	Tổng (n = 962)	p
Triglyceride, mmol/L	3,18 ± 2,58	3,59 ± 2,87	3,39 ± 2,74	0,021
HDL-C, mmol/L	1,27 ± 0,27	1,29 ± 0,26	1,28 ± 0,26	0,339
LDL-C, mmol/L	2,85 ± 0,69	2,80 ± 0,67	2,82 ± 0,68	0,268

Số liệu trình bày dạng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc n (%). BMI: chỉ số khối cơ thể; HATT: huyết áp tâm thu; HATT_r: huyết áp tâm trương

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,1 ± 8,8 tuổi; nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm 72,2%. Chỉ số BMI trung bình và tỷ lệ thừa cân/béo phì ở nam giới cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê. Trong các thành phần

lipid máu, triglyceride trung bình ở nữ giới cao hơn nam giới, trong khi cholesterol toàn phần, HDL-C và LDL-C không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới.

Bảng 2. Thực trạng rối loạn các thành phần lipid máu

Thành phần	Nam, n (%)	Nữ, n (%)	Tổng, n (%)	p
Cholesterol toàn phần ≥ 5,2 mmol/L	311 (65,6)	307 (62,9)	618 (64,2)	0,420
Triglyceride ≥ 1,7 mmol/L	285 (60,1)	314 (64,3)	599 (62,3)	0,200
HDL-C thấp	62 (13,1)	266 (54,5)	328 (34,1)	< 0,001
LDL-C ≥ 2,6 mmol/L	342 (72,2)	377 (77,3)	719 (74,7)	0,081
RLLPM 1 thành phần	101 (21,3)	114 (23,4)	215 (22,3)	< 0,001*
RLLPM 2 thành phần	187 (39,5)	174 (35,7)	361 (37,5)	
RLLPM 3 thành phần	88 (18,6)	144 (29,5)	232 (24,1)	
RLLPM 4 thành phần	3 (0,6)	17 (3,5)	20 (2,1)	
Có RLLPM	379 (80,0)	449 (92,0)	828 (86,1)	< 0,001

Tỷ lệ RLLPM chung là 86,1%, trong đó nữ giới cao hơn nam giới (92,0% so với 80,0%; p < 0,001). Rối loạn thường gặp nhất là LDL-C ≥ 2,6 mmol/L (74,7%), tiếp theo là cholesterol

toàn phần tăng (64,2%) và triglyceride tăng (62,3%). Có 63,7% người bệnh rối loạn từ 2 thành phần lipid máu trở lên.

Bảng 3. Mức độ nguy cơ tim mạch của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Nam	Nữ	Tổng	p
Điểm SCORE2/SCORE2-OP/ SCORE2-Diabetes	22,3 ± 12,0	25,6 ± 15,8	23,9 ± 14,2	< 0,001

Biến số	Nam	Nữ	Tổng	p
Nguy cơ rất cao	229 (48,3)	264 (54,1)	493 (51,2)	< 0,001
Nguy cơ cao	165 (34,8)	130 (26,6)	295 (30,7)	
Nguy cơ trung bình	68 (14,3)	59 (12,1)	127 (13,2)	
Nguy cơ thấp	12 (2,5)	35 (7,2)	47 (4,9)	

Điểm nguy cơ tim mạch trung bình ở nữ giới cao hơn nam giới ($25,6 \pm 15,8$ so với $22,3 \pm 12,0$; $p < 0,001$). Đa số người bệnh thuộc nhóm nguy cơ rất cao (51,2%) hoặc nguy cơ cao (30,7%); nhóm nguy cơ thấp chỉ chiếm 4,9%.

Bảng 4. Đạt mục tiêu LDL-C theo mức nguy cơ tim mạch và tình trạng điều trị hạ lipid máu

Mức NCTM	Đạt LDL-C: có ĐT n (%)	Đạt LDL-C: không ĐT n (%)	Không đạt LDL-C: có ĐT n (%)	Không đạt LDL-C: không ĐT n (%)	p
Rất cao (n = 493)	4 (0,8)	1 (0,2)	161 (32,7)	327 (66,3)	0,045
Cao (n = 295)	6 (2,0)	14 (4,8)	67 (22,7)	208 (70,5)	0,594
Trung bình (n = 127)	4 (3,1)	44 (34,6)	16 (12,6)	63 (49,6)	0,074
Thấp (n = 47)	2 (4,3)	11 (23,4)	4 (8,5)	30 (63,8)	1,000
Tổng (n = 962)	16 (1,7)	70 (7,3)	248 (25,8)	628 (65,3)	0,054

Tỷ lệ tính theo tổng số người ở từng mức nguy cơ tim mạch. ĐT: điều trị thuốc hạ lipid máu. Mục tiêu LDL-C được xác định theo phân tầng nguy cơ tim mạch. Tổng số người được điều trị hạ lipid máu là 264/962 (27,4%)

Tổng cộng chỉ có 86/962 người bệnh (8,9%) đạt mục tiêu LDL-C theo phân tầng nguy cơ. Ở nhóm nguy cơ rất cao và cao, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C lần lượt là 1,0% và 6,8%. Tỷ lệ đạt mục tiêu ở nhóm nguy cơ rất cao thấp hơn rõ rệt so với nhóm nguy cơ cao, phản ánh đích điều trị càng chặt thì càng khó đạt trong điều kiện thực hành hiện tại. Tỷ lệ người bệnh không điều trị

và không đạt mục tiêu LDL-C đặc biệt cao ở nhóm nguy cơ rất cao (66,3%) và nguy cơ cao (70,5%). Trong toàn bộ mẫu, 264 người bệnh đang được điều trị hạ lipid máu, chủ yếu bằng statin cường độ thấp và không liên tục; phần lớn nhóm này vẫn còn rối loạn lipid máu, cho thấy điều trị hiện tại chưa hiệu quả.

Bảng 5. Kiểm soát huyết áp và LDL-C mục tiêu theo mức nguy cơ tim mạch

Mức NCTM	Đạt HA mục tiêu n (%)	Đạt LDL-C mục tiêu n (%)	Đạt đồng thời HA và LDL-C n (%)
Rất cao (n = 493)	303 (61,5)	5 (1,0)	3 (0,6)
Cao (n = 295)	205 (69,5)	20 (6,8)	15 (5,1)
Trung bình (n = 127)	82 (64,6)	48 (37,8)	32 (25,2)
Thấp (n = 47)	32 (68,1)	13 (27,7)	10 (21,3)
Tổng (n = 962)	622 (64,7)	86 (8,9)	60 (6,2)

Đạt HA mục tiêu: HATT < 140 mmHg và HATTr < 90 mmHg. Mục tiêu LDL-C được cá thể hóa theo phân tầng nguy cơ tim mạch

Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 64,7%, tương đối đồng đều giữa các mức nguy cơ. Ngược lại, tỷ lệ đạt LDL-C mục tiêu giảm rõ ở nhóm nguy cơ cao và rất cao. Tỷ lệ đạt đồng thời cả huyết áp và LDL-C mục tiêu chỉ đạt 6,2% trong toàn bộ mẫu nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của người bệnh là $65,1 \pm 8,8$ tuổi, trong đó nhóm từ 60 tuổi trở lên chiếm hơn hai phần ba mẫu nghiên cứu. Đặc điểm này phù hợp với mô hình bệnh mạn tính tại cộng đồng, khi tuổi cao là yếu tố nguy cơ không thể thay đổi của cả THA và RLLPM. Nam giới có BMI trung bình và tỷ lệ thừa cân/béo phì cao hơn nữ giới, đồng thời các hành vi nguy cơ như hút thuốc và lạm dụng rượu bia hầu như chỉ gặp ở nam. Điều này gợi ý các can thiệp tại tuyến cơ sở cần được cá thể hóa theo giới và nhóm hành vi nguy cơ, thay vì chỉ tập trung vào kê đơn thuốc hạ áp.

Tỷ lệ RLLPM trong nghiên cứu là 86,1%, tương đồng với nghiên cứu của Trần Tất Thắng và cộng sự tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh (86,9%), nhưng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Thủy tại Phú Yên.^{9,13} Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu: người bệnh trong nghiên cứu này

có tuổi trung bình cao, đang được quản lý tại tuyến xã, và việc sàng lọc lipid máu chưa được lồng ghép thường quy như ở tuyến bệnh viện. Đáng chú ý, tỷ lệ RLLPM ở nữ giới cao hơn nam giới, đặc biệt ở nhóm rối loạn nhiều thành phần. Kết quả này phù hợp với biến đổi chuyển hóa lipid ở phụ nữ sau mãn kinh, khi suy giảm estrogen có thể làm tăng triglyceride, giảm chất lượng chức năng của HDL-C và làm tăng nguy cơ xơ vữa. Cần lưu ý khả năng sai lệch chọn mẫu: trong 2.208 người bệnh được mời, chỉ 962 người (43,6%) đồng ý tham gia, và nhóm tham gia có thể là những người ít có điều kiện chăm sóc sức khỏe hơn. Bên cạnh đó, việc sử dụng ngưỡng LDL-C $\geq 2,6$ mmol/L cũng góp phần làm tỷ lệ rối loạn lipid máu cao.

LDL-C $\geq 2,6$ mmol/L là rối loạn thường gặp nhất, chiếm 74,7%. Đây là phát hiện quan trọng vì LDL-C là mục tiêu điều trị trung tâm trong các khuyến cáo về dự phòng bệnh tim mạch do xơ vữa.^{7,8} Ở người bệnh THA, ngưỡng LDL-C “bình thường” theo xét nghiệm đơn lẻ không còn đủ để quyết định điều trị; mục tiêu cần được điều chỉnh theo mức nguy cơ tim mạch tổng thể. Vì vậy, việc phát hiện tỷ lệ LDL-C chưa đạt đích cao ở tuyến cơ sở cho thấy nhu cầu cấp thiết phải đưa đánh giá lipid máu và phân tầng nguy cơ vào quy trình quản lý THA thường quy.

Kết quả phân tầng nguy cơ cho thấy điểm nguy cơ tim mạch trung bình cao ở cả hai giới; 51,2% người bệnh thuộc nhóm nguy cơ rất cao và 30,7% thuộc nhóm nguy cơ cao. Điều này có nghĩa là phần lớn người bệnh THA tại tuyến cơ sở trong nghiên cứu cần được quản lý theo chiến lược dự phòng tích cực, bao gồm điều chỉnh lối sống, tối ưu hóa huyết áp và điều trị hạ LDL-C theo mục tiêu. Các bằng chứng từ thử nghiệm lâm sàng và phân tích gộp đã chứng minh lợi ích của statin trong giảm biến cố mạch vành và đột quỵ ở các quần thể nguy cơ cao.³⁻⁵

Khoảng trống lớn nhất được ghi nhận là tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C rất thấp. Chỉ 8,9% người bệnh đạt LDL-C mục tiêu theo phân tầng nguy cơ, trong khi tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 64,7%. Nghịch lý này gợi ý rằng mô hình quản lý hiện tại tại tuyến cơ sở đã đạt được kết quả nhất định về kiểm soát huyết áp nhưng chưa tích hợp đầy đủ quản lý lipid máu. Ở nhóm nguy cơ rất cao và cao, tỷ lệ người bệnh không điều trị và không đạt LDL-C mục tiêu lần lượt là 66,3% và 70,5%. Ngay cả trong nhóm có điều trị, tỷ lệ đạt mục tiêu vẫn rất thấp, ở nhóm nguy cơ rất cao và cao, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C lần lượt là 0,8% và 2,0%. Có thể do sử dụng statin liều thấp hoặc trung bình, chưa tăng liều theo đích, hạn chế về danh mục thuốc bảo hiểm y tế tại tuyến xã, lo ngại tác dụng phụ, hoặc người bệnh chưa tuân thủ điều trị dài hạn. Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C thấp có thể liên quan đến các yếu tố hệ thống tại tuyến cơ sở: trạm y tế xã chưa thực hiện được xét nghiệm lipid máu, tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu chưa có hướng dẫn cấp thuốc hạ lipid máu từ nguồn bảo hiểm y tế về tuyến xã, và chưa có hướng dẫn đánh giá – điều trị rối loạn lipid máu một cách toàn diện cho tuyến y tế cơ sở. Do thiết kế cắt ngang, các mối liên quan ghi nhận được chỉ mang tính quan sát và không cho phép khẳng định quan hệ nhân quả.

Tỷ lệ đạt đồng thời mục tiêu huyết áp và LDL-C chỉ 6,2%, phản ánh nguy cơ tồn dư đáng kể ở nhóm người bệnh THA đang được quản lý tại cộng đồng mặc dù nếu xét riêng mục tiêu về huyết áp thì tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu trong quần thể nghiên cứu đạt tới 64,7%. Kết quả này nhấn mạnh cần chuyển từ cách tiếp cận “đạt huyết áp là đủ” sang mô hình quản lý đa yếu tố nguy cơ. Một quy trình thực hành khả thi tại trạm y tế nên bao gồm xét nghiệm lipid máu định kỳ, tính điểm SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes, chỉ định statin theo phân tầng nguy cơ, theo dõi tác dụng không mong muốn và tư vấn tuân thủ điều trị. Đồng thời, cần tăng cường đào tạo nhân viên y tế cơ sở về mục tiêu LDL-C theo nguy cơ và thiết lập cơ chế chuyển tuyến khi người bệnh nguy cơ rất cao không đạt đích với điều trị sẵn có.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế cắt ngang không cho phép xác định quan hệ nhân quả và chưa đánh giá được biến cố tim mạch theo thời gian. Mẫu nghiên cứu khu trú tại một huyện nên khả năng khái quát cho toàn bộ tuyến y tế cơ sở còn hạn chế. Các yếu tố hành vi được thu thập bằng phỏng vấn nên có thể có sai số nhớ lại hoặc sai số khai báo. Các thang điểm SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes được áp dụng theo mô hình vùng nguy cơ cao của ESC dựa trên số liệu tử vong tim mạch của Việt Nam, nhưng chưa được hiệu chỉnh và kiểm định riêng trên quần thể người Việt Nam; do đó kết quả phân tầng cần được diễn giải thận trọng. Ngoài ra, do số người đạt mục tiêu LDL-C rất thấp (86/962, trong đó nhóm nguy cơ rất cao và cao chỉ có 5 và 20 người đạt), nghiên cứu chưa thực hiện phân tích hồi quy đa biến để kiểm soát đồng thời các yếu tố nhiễu, vì số sự kiện không đủ để xây dựng mô hình ổn định. Các phân tích này sẽ được thực hiện trong nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu và số sự kiện lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người bệnh tăng huyết áp đang được quản lý tại tuyến y tế cơ sở rất cao, với rối loạn phối hợp nhiều thành phần chiếm ưu thế. Đa số người bệnh thuộc nhóm nguy cơ tim mạch rất cao hoặc cao theo SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes. Mặc dù tỷ lệ kiểm soát huyết áp đạt mức tương đối, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C theo phân tầng nguy cơ và tỷ lệ đạt đồng thời mục tiêu huyết áp - LDL-C ghi nhận được còn rất thấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhu cầu cấp thiết phải tích hợp đánh giá nguy cơ tim mạch tổng thể và quản lý lipid máu vào chương trình quản lý tăng huyết áp tại tuyến y tế cơ sở, bao gồm xây dựng hướng dẫn đánh giá nguy cơ tim mạch, khoảng thời gian cần thiết để xét nghiệm lipid máu định kỳ, chỉ định statin cường độ cao, phối hợp với các thuốc non statin và chuyển tuyến khi chưa đạt mục tiêu điều trị/có tác dụng không mong muốn khó dung nạp.

XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wilson P. Lipids and vascular disease: a Framingham perspective. *Glob Heart*. 2013; 8(1): 25-33. doi:10.1016/j.ghheart.2012.12.009.
2. Gorder D, Dolecek T, Coleman G, Tillotson J, Brown H, Lenz-Litzow K. Dietary intake in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT): nutrient and food group changes over 6 years. *J Am Diet Assoc*. 1986; 86(6): 744-751.
3. Han B, Sutin D, Williamson J, Davis B, Piller L, Pervin H. Effect of statin treatment vs usual care on primary cardiovascular prevention among older adults: the ALLHAT-LLT randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2017; 177(7): 955-965. doi:10.1001/jamainternmed.2017.1442.
4. Sever P, Dahlöf B, Poulter N, Wedel H, Beevers G, Caulfield M. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial--Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2003; 361(9364): 1149-1158. doi:10.1016/S0140-6736(03)12948-0.
5. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland L, Reith C, Bhala N. 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): 1670-1681. doi:10.1016/S0140-6736(10)61350-5.
6. Jones D, Ferdinand K, Taler S, Johnson H, Shimbo D. 2025 AHA/ACC guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults. *Circulation*. 2025; 152(11): e114-e218. doi:10.1161/CIR.0000000000001356.
7. Mach F, Baigent C, Catapano A, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J*. 2020; 41(1): 111-188.
8. Visseren F, Mach F, Smulders Y, Carballo D, Koskinas K, Bäck M. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*. 2021; 42(34): 3227-3337. doi:10.1093/eurheartj/ehab484.
9. Trần Tất Thắng, Hoàng Thị Tâm. Đặc điểm rối loạn lipid máu ở 2 nhóm bệnh nhân tăng huyết áp và không tăng huyết áp điều trị

ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh (2022). *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 520(1A): 322-325. doi:10.51298/vmj.v520i1A.3799.

10. World Health Organization Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004; 363(9403): 157-163. doi:10.1016/S0140-6736(03)15268-3.

11. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and classification of diabetes: Standards of

Care in Diabetes--2024. *Diabetes Care*. 2024; 47(Suppl 1): S20-S42. doi:10.2337/dc24-S002

12. World Health Organization. *WHO STEPS Surveillance Manual: The WHO STEPwise Approach to Noncommunicable Disease Risk Factor Surveillance*. World Health Organization; 2017.

13. Nguyễn Thị Hồng Thủy. Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở người cao tuổi có tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2013; 2(12): 217-226.

Summary

DYSLIPIDEMIA AND CARDIOVASCULAR RISK AMONG HYPERTENSIVE PATIENTS AT PRIMARY HEALTHCARE FACILITIES

Dyslipidemia is common among hypertensive patients and increases cardiovascular risk. This cross-sectional study was conducted from June 2022 to September 2023 in four communes/townships of Lam Thao district, Phu Tho province. 962 hypertensive patients aged 40 years or older managed at commune health stations for at least three months were enrolled. The study aimed to determine the prevalence of dyslipidemia and assess total cardiovascular risk using SCORE2/SCORE2-OP/SCORE2-Diabetes, and evaluate the attainment of risk-stratified LDL-C targets. The prevalence of dyslipidemia was 86.1%, with 63.7% having abnormalities in at least two lipid components. The proportion with LDL-C ≥ 2.6 mmol/L was 74.7%. The mean absolute cardiovascular risk score was high in both men and women (22.3 ± 12.0 and 25.6 ± 15.8 , respectively). Most patients were classified as very high risk (51.2%) or high risk (30.7%). Only 8.9% achieved risk-stratified LDL-C targets, and 6.2% achieved both LDL-C and blood pressure targets. Integrated lipid and blood pressure management should be strengthened at the primary healthcare level.

Keywords: Dyslipidemia, hypertension, cardiovascular risk, SCORE2, primary healthcare.