

ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK IN DIABETIC TYPE 2 PATIENTS ATTENDING PHAM NGOC THACH GENERAL HOSPITAL IN 2024

Bui Thi Ngoc Ha*, Dao Minh Chau, Vu Le Huyen Trang,
Vu Mai Phuong, Phung Thu Phuong, Le Ngoc Ly, Nguyen Thi Kieu Oanh, Nguyen Huy Dong

Hanoi University of Public Health - 1A Duc Thang, Duc Thang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 21/07/2025

Revised: 16/08/2025; Accepted: 03/12/2025

ABSTRACT

Objective: This study aimed to apply the Framingham Risk Score (FRS) to estimate the 10-year risk of cardiovascular disease among patients with type 2 diabetes mellitus attending Pham Ngoc Thach General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 198 T2DM patients who visited Pham Ngoc Thach General Hospital between February and June 2024. Cardiovascular risk was assessed using the FRS, which incorporates variables such as age, gender, blood pressure, cholesterol levels, smoking status, and diabetes.

Results: The mean 10-year CVD risk among the study population was $13.26 \pm 5.5\%$, indicating a statistically significant moderate risk level ($p < 0.01$). Among the participants, 67.17% were classified as having low risk, 23.23% as moderate risk, and 9.6% as high risk. An increasing trend in CVD risk was observed with advancing age. Significant differences in body mass index (BMI), plasma triglyceride (TG) levels, and total cholesterol (Chol) concentrations were found among the three risk groups (low, moderate, and high) ($p < 0.01$).

Conclusion: The majority of T2DM patients in the study exhibited low to moderate cardiovascular risk. Age, BMI, triglyceride levels, and plasma cholesterol levels were identified as key contributing factors in estimating cardiovascular risk, underscoring the importance of regular risk stratification and targeted interventions in this patient population.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus; Cardiovascular disease; Framingham Risk Score; Cardiovascular risk assessment.

*Corresponding author

Email: btnh@huph.edu.vn Phone: (+84) 904839086 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.4014



ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ BỆNH TIM MẠCH TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA PHẠM NGỌC THẠCH NĂM 2024

Bùi Thị Ngọc Hà*, Đào Minh Châu, Vũ Lê Huyền Trang,
Vũ Mai Phương, Phùng Thu Phương, Lê Ngọc Ly, Nguyễn Thị Kiều Oanh, Nguyễn Huy Đông

Trường Đại học Y tế Công cộng - 1A Đức Thắng, P. Đức Thắng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 21/07/2025

Ngày sửa: 16/08/2025; Ngày đăng: 03/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ứng dụng thang điểm Framingham đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch của người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đến khám tại bệnh viện Đa khoa Phạm Ngọc Thạch.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 198 người bệnh ĐTĐ đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 02 đến tháng 06 năm 2024, nguy cơ bệnh lý tim mạch của đối tượng nghiên cứu được ước tính theo thang điểm Framingham (FRS).

Kết quả: Nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch trung bình trong 10 năm của nhóm đối tượng nghiên cứu là $13,26 \pm 5,5$ nằm ở mức nguy cơ trung bình có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Trong nguy cơ thấp (67,17%), nguy cơ trung bình (23,23%), nguy cơ cao chỉ chiếm 9,6%. Người có tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch càng cao. Có sự khác biệt về BMI trung bình, nồng độ Triglycerid (TG), nồng độ Cholesterol (Chl) huyết tương, giữa các nhóm người bệnh có điểm nguy cơ ở các mức cao, thấp, trung bình ($p < 0,01$).

Kết luận: Nguy cơ mắc bệnh tim mạch của nhóm đối tượng nghiên cứu đa số có nguy cơ trung bình và thấp. Tuổi, BMI, nồng độ Triglycerid, nồng độ Cholesterol trong huyết tương là yếu tố rất quan trọng trong ước đoán nguy cơ tim mạch.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, bệnh tim mạch, thang điểm Framingham, đánh giá nguy cơ tim mạch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh lý nội tiết phổ biến trong cộng đồng với biểu hiện lâm sàng đặc trưng là tình trạng tăng glucose máu mạn tính do khiếm khuyết về tiết insulin hoặc do tác động của insulin không hiệu quả (ADA, 2020). Ở người bệnh ĐTĐ, rối loạn chuyển hoá lipid là một biểu hiện thường gặp và là nguyên nhân gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như tổn thương mắt, thận, thần kinh, tim mạch... [1]. Theo số liệu của Hiệp hội Phòng chống Đái tháo đường Thế giới, năm 2021 trên toàn cầu, cứ 10 người trưởng thành thì có hơn một người mắc ĐTĐ. Tỷ lệ người mắc bệnh ngày càng có xu hướng tăng nhanh và trẻ hóa trong cộng đồng. Tại Việt Nam, có khoảng 7 triệu người mắc ĐTĐ, hơn 55% trong số đó có biến chứng, phổ biến nhất là biến chứng tim mạch, mắt và thận [2].

Bệnh tim mạch, chủ yếu là bệnh động mạch vành, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng

đầu trên thế giới. Theo thống kê của Hội Tim mạch Hoa Kỳ năm 2016, có khoảng 15 triệu người Mỹ từ 20 tuổi trở lên mắc bệnh mạch vành [3]. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế năm 2023, mỗi năm có hơn 200.000 ca tử vong do bệnh lý tim mạch, chiếm hơn 33% tổng số ca tử vong. Bệnh viện Đa khoa Phạm Ngọc Thạch (BVĐK Phạm Ngọc Thạch) là bệnh viện hạng 3, nằm trên địa bàn phường Đông Ngạc, Hà Nội, phục vụ công tác khám chữa bệnh và theo dõi sức khỏe cho người dân trong khu vực. Theo số liệu thu thập trong 3 tháng đầu năm 2023, gần 500 người bệnh đã được chẩn đoán ĐTĐ type 2 tại bệnh viện [4]. Vì vậy, việc đánh giá nguy cơ tim mạch ở người bệnh ĐTĐ là thật sự cần thiết nhằm xây dựng các chiến lược kiểm soát sức khỏe phù hợp, giúp phòng tránh những hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh.

Thang điểm Framingham là công cụ thường được sử dụng để ước tính nguy cơ mắc bệnh tim mạch do xơ

*Tác giả liên hệ

Email: btnh@huph.edu.vn Điện thoại: (+84) 904839086 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.4014

vừa trong vòng 10 năm, đồng thời ước tính nguy cơ tử vong do các bệnh tim mạch dựa trên các phương trình tính toán tự động. Các yếu tố nguy cơ được xem xét gồm: tuổi, BMI, tình trạng đái tháo đường, tình trạng hút thuốc, huyết áp tâm thu (được điều trị hoặc không điều trị), cholesterol toàn phần và HDL-C [5]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Ứng dụng thang điểm Framingham nhằm xác định nguy cơ bệnh tim mạch trên người bệnh đái tháo đường đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Phạm Ngọc Thạch năm 2024”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Phạm Ngọc Thạch, Trường Đại học Y tế công cộng, có đầy đủ thông tin lâm sàng và thông tin xét nghiệm; người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ nhóm người bệnh đã được chẩn đoán mắc các bệnh lý tim mạch hoặc đang mắc các bệnh cấp tính.

2.3. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện, gồm 198 người bệnh ĐTĐ type 2 đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, đến khám tại BVĐK Phạm Ngọc Thạch.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập thông qua phỏng vấn và trích xuất thông tin từ hồ sơ bệnh án. Số liệu tiền sử dùng thuốc điều trị huyết áp, tiền sử hút thuốc lá được thu thập thông qua phỏng vấn hồi cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu

Tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử dùng thuốc điều trị huyết áp, tiền sử hút thuốc lá, nồng độ Glucose (mmol/L), Cholesterol toàn phần (mmol/L), Triglycerid (mmol/L), HDL-C (mmol/L), LDL-C (mmol/L).

Điểm nguy cơ theo thang điểm Framingham được tính bằng công cụ trực tuyến tại: <https://www.framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardio-vascular-disease-10-year-risk/>.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS. So sánh sự khác biệt giá trị trung bình của các yếu tố nguy cơ lâm sàng và cận lâm sàng được thực hiện bằng các phép kiểm định: Independent T-test, Mann-Whitney, Chi-Square; so sánh sự khác biệt giá trị trung bình của các tầng

nguy cơ với các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng được thực hiện bằng kiểm định ANOVA.

2.7. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được sự đồng ý của lãnh đạo bệnh viện và tuân thủ đầy đủ các quy định về đạo đức nghiên cứu; được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y tế Công cộng thông qua với mã số: 024-020/DD-YTCC.

3. Kết quả nghiên cứu

3.1. Đặc điểm lâm sàng chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	P
Tuổi				
$\bar{X} \pm SD$	59,86 ± 10,08	57,93 ± 10,06	61,07 ± 9,94	0,035 ^a
<60	81 (40,90)	36 (47,37)	45(36,88)	0,58 ^b
≥ 60	117(59,10)	40(52,63)	77(63,12)	0,23 ^b
HATT(mmHg)				
$\bar{X} \pm SD$	125,78 ± 15,53	128,61 ±19,07	124,02 + 14,98	0,04 ^a
Tiền sử dùng thuốc HA				
Có	72 (36,36)	26 (34,21)	46 (37,70)	0,46 ^b
Không	126 (63,60)	50 (65,79)	76 (62,29)	
Tiền sử hút thuốc				
Có	12 (6)	11 (14,47)	1 (0,8)	< 0,001 ^c
Không	186 (94,0)	65 (85,53)	121 (99,2)	

a: Independent T-test; b: Mann Whitney; c: Chi-Square

Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 59,86 $\pm$ 10,08 tuổi; trong đó, nhóm bệnh nhân nữ có tuổi trung bình 61,07 $\pm$ 9,94 tuổi, cao hơn nhóm bệnh nhân nam (57,93 $\pm$ 10,06 tuổi). BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 22,97 $\pm$ 2,53; trong đó, nhóm bệnh nhân nữ có BMI trung bình 21,71, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân nam (23,34). Chỉ số huyết áp tâm thu trung bình ở hai nhóm bệnh nhân nam và nữ cũng cho thấy xu hướng tương tự. Có 6% người bệnh có tiền sử hút thuốc lá, chủ yếu thuộc nhóm bệnh nhân nam.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm			
$\bar{X} \pm SD$	Nam	Nữ	P
Glucose (mmol/L)			
7,88 $\pm$ 4,41	9,26 $\pm$ 3,63	7,89 $\pm$ 3,57	0,76 ^a
Cholesterol (mmol/L)			
5,07 $\pm$ 2,53	4,97 $\pm$ 2,18	5,11 $\pm$ 2,65	0,051 ^a
Triglycerid (mmol/L)			
2,78 $\pm$ 2,07	2,92 $\pm$ 1,81	1,89 $\pm$ 0,47	0,003 ^a
HDL- C (mmol/L)			
1,22 $\pm$ 0,32	1,52 $\pm$ 0,39	1,08 $\pm$ 0,04	0,59 ^a
LDL-C (mmol/L)			
2,14 $\pm$ 1,41	1,75 $\pm$ 1,25	2,59 $\pm$ 1,11	0,21 ^a

a: Mann Whitney Test

Khảo sát các đặc điểm cận lâm sàng cơ bản ở nhóm đối tượng nghiên cứu cho thấy nồng độ glucose máu lúc đói của người bệnh tăng cao ở cả hai giới. Nồng độ triglyceride và nồng độ cholesterol toàn phần trong huyết thanh trung bình có sự khác biệt theo giới tính với ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong đó nồng độ triglyceride huyết thanh ở nam cao hơn nữ, sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê. Đối với nồng độ cholesterol toàn phần, HDL-C và LDL-C trung bình, mặc dù có sự khác biệt giữa hai giới nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

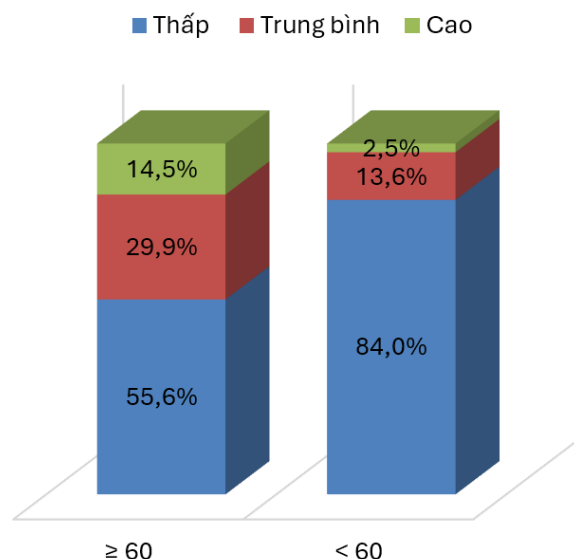
3.2. Ước tính nguy cơ bệnh tim mạch trong 10 năm theo thang điểm Framingham ở người bệnh ĐTĐ typ 2 tại BVĐK Phạm Ngọc Thạch

Bảng 3. Nguy cơ mắc bệnh tim mạch của người bệnh ĐTĐ typ2 tại BVĐK PNT

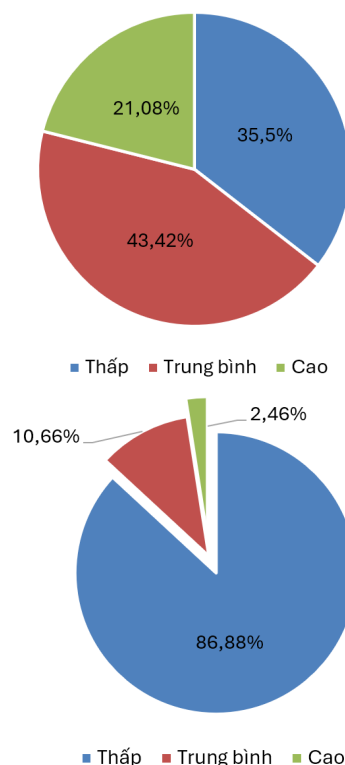
Chỉ tiêu		Tổng (n= 198)	P
Điểm nguy cơ mắc bệnh tim mạch		13,26 $\pm$ 5,5	
Phân tầng nguy cơ mắc bệnh tim mạch	Thấp	133 (67,17 %)	< 0,001 ^b
	Trung bình	46 (23,23 %)	
	Cao	19 (9,6 %)	

a: one-way ANOVA; post-hoc: Turkey; b: Chi-Square

Điểm nguy cơ mắc bệnh tim mạch trung bình trong 10 năm tới tại địa bàn nghiên cứu là 13,26 $\pm$ 5,5 nằm ở mức nguy cơ trung bình. Trong đó nhóm người bệnh ở có nguy cơ bệnh tim mạch cao chiếm 9,6%; nguy cơ trung bình chiếm 23,23% và nguy cơ thấp là 67,17% với $p < 0,001$.

**Biểu đồ 1. Nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới theo nhóm tuổi**

Tỷ lệ người bệnh đái tháo đường trên 60 tuổi có nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch chiếm 14,5%; nguy cơ trung bình chiếm 29,9%; và nguy cơ thấp chiếm 55,6%. Trong khi đó, ở nhóm dưới 60 tuổi, chỉ có 2,5% người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao, 13,6% thuộc nhóm nguy cơ trung bình, còn lại phần lớn thuộc nhóm nguy cơ thấp.

**Biểu đồ 2. Phân tầng nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm theo giới**

Khảo sát phân tầng nguy cơ mắc bệnh tim mạch theo giới tính cho thấy: Ở nam giới, sự phân bố bệnh nhân giữa các tầng nguy cơ không đồng đều, trong đó tầng nguy cơ cao chiếm 21,08% và tầng nguy cơ trung bình chiếm 43,42%. Trong khi đó, ở nữ giới, tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm nguy cơ cao chỉ chiếm 2,46%, nhóm nguy cơ trung bình chiếm 10,66%, còn lại 86,88% thuộc nhóm nguy cơ thấp.

Bảng 4. Nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới theo tuổi và giới

Tuổi	Tổng (người)	Phân tầng nguy cơ (%)		
		Thấp	Trung bình	Cao
Nam				
≥ 60	40	7,5%	57,5%	35%
< 60	36	66,67%	27,77%	5,56%
Nữ				
≥ 60	77	80,5%	15,6%	3,9%
< 60	45	97,7%	2,3%	0%

Khảo sát nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở cả nam và nữ theo các nhóm tuổi khác nhau cho thấy, ở tất cả các nhóm tuổi, tỷ lệ người bệnh nam có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn so với nữ.

Bảng 5. Nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới theo các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm			
Phân tầng nguy cơ			P
Thấp	Trung bình	Cao	
BMI (kg/m ²)			
22,87 ± 2,45	23,52 ± 2,83	22,41 ± 2,65	< 0.001 ^a
HATT (mmHg)			
122,71±13,96	128,09±15,01	141,74±17,16	0.176 ^a
Glucose (mmol/L)			
8,31 ± 4,68	7,41 ± 4,07	7,9 ± 4,28	0.158 ^a
Triglycerid (mmol/L)			
2.27 ± 1,65	3,58 ± 2,78	2,36 ± 1,83	0.009 ^a
Cholesterol (mmol/L)			
5.19 ± 2,65	5.06 ± 2,34	4,24 ± 2,24	0.002 ^a
HDL – C (mmol/L)			
1.27 ± 0.34	1,47 ± 0, 52	1.19 ± 0.16	0.456 ^a
LDL – C (mmol/L)			
1.9 ± 1,4	1,76 ± 1,29	1,95 ± 1,47	0.959 ^a

a: Stastical test: one-way ANOVA;
post-hoc test: Turkey

Kết quả đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới theo thang điểm FRS, dựa trên các đặc điểm lâm sàng của người bệnh, được trình bày trong Bảng 5. Chỉ số BMI trung bình giữa các tầng nguy cơ có sự khác biệt nhưng không theo xu hướng tăng hoặc giảm rõ rệt. Nồng độ glucose máu của bệnh nhân ở tất cả các tầng nguy cơ nhìn chung đều ở mức cao. Nồng độ cholesterol toàn phần của bệnh nhân giảm dần theo mức độ tăng nguy cơ ($p = 0,002$), trong khi nồng độ triglycerid có sự khác biệt đáng kể giữa các tầng nguy cơ ($p = 0,009$).

4. BÀN LUẬN

ĐTĐ type 2 được xem là một trong những bệnh mạn tính có tác động lớn đến hệ thống y tế công cộng do tỷ lệ mắc bệnh cao. Trong kiểm soát ĐTĐ type 2, việc xây dựng kế hoạch điều trị cá thể hóa cho người bệnh, bao gồm quản lý đường huyết, kiểm soát huyết áp và giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch cùng các biến chứng liên quan, có vai trò vô cùng quan trọng [10]. Nghiên cứu đánh giá nguy cơ mắc bệnh tim mạch ở người bệnh ĐTĐ type 2 tại BVĐK Phạm Ngọc Thạch là bước đầu giúp người bệnh nhận thức được nguy cơ tim mạch của bản thân, từ đó xây dựng chiến lược kiểm soát sức khỏe phù hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $59,86 \pm 10,08$, trong đó nhóm trên 60 tuổi chiếm ưu thế (59,1%), tương tự kết quả của Vũ Văn Nga và cộng sự (2021) và Trần Thừa Nguyên (2020). Điểm Framingham trung bình của người bệnh là $13 \pm 9\%$; trong đó, tỷ lệ thuộc nhóm nguy cơ thấp cao nhất (67,17%), nhóm nguy cơ trung bình 23,23% và nhóm nguy cơ cao 9,6%. Độ tuổi trung bình của nhóm nguy cơ cao là $66 \pm 6,75$; nam giới có tỷ lệ nguy cơ cao hơn nữ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Vũ Văn Nga (2021) trên bệnh nhân ĐTĐ type 2, cho thấy nguy cơ mắc bệnh mạch vành cao ở độ tuổi trung bình $66,31 \pm 8,88$ và tỷ lệ nam giới cao hơn nữ [5].

Bên cạnh yếu tố tuổi, huyết áp là yếu tố thứ hai góp phần ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm Framingham. Ở nhóm bệnh nhân thuộc tầng nguy cơ cao, huyết áp tâm thu trung bình là $141,74 \pm 17,16$ ($p = 0,176 > 0,05$), sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn ở nam giới trên 60 tuổi có BMI ở ngưỡng tiền cao ($23 < \text{BMI} < 24 \text{ kg/m}^2$) kèm tình trạng tăng huyết áp. Tương tự, nghiên cứu của Trần Thừa Nguyên ghi nhận BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là $23,93 \pm 2,47 \text{ kg/m}^2$ [2]. Ngược lại, chỉ số BMI trung bình của bệnh nhân ĐTĐ type 2 trong một số nghiên cứu nước ngoài khá cao. Nghiên cứu của Ruckert I.M. trên 240 bệnh nhân ĐTĐ type 2 có tiền sử tăng huyết áp được kiểm soát tốt cho thấy BMI trung bình $32,4 \pm 5,9 \text{ kg/m}^2$; ở 808 người bệnh có tăng huyết áp kiểm soát chưa tốt là

$30,7 \pm 5,0 \text{ kg/m}^2$ [10]. Theo một nghiên cứu tại Đức [6], tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ đơn độc quan trọng nhất đối với các vấn đề tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. Khảo sát huyết áp tâm thu trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự khi giá trị trung bình ở tầng nguy cơ cao đạt $141,74 \pm 17,16$ ($p = 0,176$).

Các nghiên cứu trước đây cho thấy người hút thuốc lá chủ động có nguy cơ tim mạch cao hơn, ngược lại, việc cai thuốc giúp giảm đáng kể albumin niệu, huyết áp, rối loạn lipid máu và tình trạng kháng insulin [5]. Theo số liệu khảo sát của chúng tôi, tỷ lệ nam giới hút thuốc cao hơn nữ giới, do đó nguy cơ mắc bệnh mạch vành trong 10 năm tới ở nam cao hơn nữ. Tuy nhiên, vì cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và số lượng bệnh nhân nữ nhiều hơn nam nên sự khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê, đồng thời chưa thể khẳng định hút thuốc là yếu tố quan trọng ảnh hưởng lớn đến tính toán nguy cơ theo thang điểm FRS.

Phân tích các chỉ số cận lâm sàng cơ bản của người bệnh theo từng tầng nguy cơ cho thấy nồng độ cholesterol toàn phần và triglycerid huyết thanh ở nhóm nguy cơ thấp, trung bình và cao có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Xu hướng thay đổi chưa thể hiện rõ rệt. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thị Quỳnh (2019) [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu này chưa thu thập được các thông tin liên quan đến tình trạng sử dụng thuốc điều trị tiểu đường, rối loạn lipid máu của người bệnh. Việc sử dụng nhóm thuốc này có thể ảnh hưởng đến chỉ số xét nghiệm lipid máu tại thời điểm xét nghiệm của người bệnh và ghi nhận mối liên quan giữa điểm nguy cơ và giá trị xét nghiệm. Vì lý do đó, các yếu tố như Cholesterol toàn phần và HDL-C chưa có ý nghĩa thống kê rõ ràng do sự khác biệt giữa ba tầng nguy cơ không đáng kể, đồng thời các chỉ số này vẫn nằm trong khoảng tham chiếu.

5. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở người bệnh đái tháo đường type 2 trên 60 tuổi, nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn so với nhóm dưới 60 tuổi. Đối với nam giới từ 60 tuổi trở lên, tỷ lệ phân bố theo ba tầng nguy cơ thấp, trung bình và cao lần lượt là 7,5%, 57,5% và 35%; trong khi ở nữ giới các tỷ lệ này lần lượt là 80,5%, 15,6% và 3,9%. Nam giới nhìn chung có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao hơn nữ giới. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao là $66 \pm 6,75$; phần lớn những người này có huyết áp tâm thu (HATT) $> 140 \text{ mmHg}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Vũ Văn Nga và cs. Dự đoán nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2. Tạp chí Y học Việt nam tập, tháng 8,202;(505); 67-72.
- [2] Trần Thừa Nguyên và cs Dự báo nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường, 2021 Apr 25;(44):33-42.
- [3] Pokharel DR, Khadka D, Sigdel M, Yadav NK, Sapkota LB, Kafle R, et al. Estimation of 10-Year Risk of Coronary Heart Disease in Nepalese Patients with Type 2 Diabetes: Framingham Versus United Kingdom Prospective Diabetes Study. N Am J Med Sci. 2015 Aug;7(8):347-55.
- [4] Trần Thị Trúc Linh . Nghiên cứu mối liên quan giữa biểu hiện tim với mục tiêu theo khuyến cáo ESC- EASD ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có tăng huyết áp. Luận văn tiến sĩ. Đại học Y Huế. Đại học Y Dược.2016
- [5] Pan A, Wang Y, Talaei M, Hu FB. Relation of Smoking with Total Mortality and Cardiovascular Events Among Patients with Diabetes: A Meta-Analysis and Systematic Review. Circulation. 2015 Nov 10;132(19):1795-804.
- [6] Thieme E-Journals - DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift / Abstract [Internet]. [cited 2024 Jul 25]. Available from: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0028-1123994>
- [7] Đỗ Thị Quỳnh Nga và cs. Applying Framingham Risk Score 2008 to Predict the 10-Year Risk of Cardiovascular Disease in a Group of Office Workers in Hanoi, Vietnam. VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences [Internet]. 2019 Jun 21 [cited 2024 Jul 15];35(1). Available from: <https://js.vnu.edu.vn/MPS/article/view/4164>
- [8] Nguyễn Đức Ngọc và cs. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân đái tháo đường type 2 lần đầu đến khám tại Khoa Khám bệnh Cán bộ cao cấp, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy [Internet]. 2020 Feb 20 [cited 2024 Jul 15]; Available from: <https://tcydl108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/190>
- [9] Lê Quang Min, Nguyễn Nguyên Trang. Kiểm soát glucose máu và mối liên quan với các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Tạp chí nội tiết và đái tháo đường Việt Nam. 2021;(49):25-37.
- [10] Rückert IM, Maier W, Mielck A, Schipf S, Völzke H, Kluttig A, et al. Personal attributes that influence the adequate management of hypertension and dyslipidemia in patients with type 2 diabetes. Results from the DIAB-CORE Cooperation. Cardiovasc Diabetol. 2012 Oct 5;11:120.