

# DYSLIPIDEMIA CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT TAN PHU GENERAL HOSPITAL

Luong Van Sinh\*, Vo Thi Thu Ha, Bui Thi Nhi, Lê Thị Hong Tham, Luu Thi Thanh Binh

Tan Phu General Hospital - 609-611 Au Co, Phu Trung ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 19/03/2026

Revised: 29/03/2026; Accepted: 28/04/2026

## ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the characteristics of dyslipidemia and treatment outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus at the Outpatient Department of Tan Phu General Hospital.

**Subjects and methods:** A prospective descriptive study with before-after comparison was conducted on 107 patients with type 2 diabetes mellitus who required treatment for dyslipidemia from April to September, 2024. Lipid profiles were assessed at baseline and after 3 months of treatment. Treatment outcomes were evaluated based on LDL-C targets according to cardiovascular risk stratification. Data were analyzed using Stata 15.1.

**Results:** The mean age was  $61 \pm 10$  years and 57.01% were female. Most patients were classified as high or very high cardiovascular risk (99.09%). The prevalence of dyslipidemia was 89.72%, with hypertriglyceridemia (69.16%), elevated non-HDL-C (58.88%) and low HDL-C (42.06%) being the most common abnormalities. After 3 months of treatment, 16.82% of patients achieved LDL-C targets. Moderate-intensity Statin were the most commonly prescribed therapy (71.96%). Duration of diabetes and lipid-lowering therapy were significantly associated with LDL-C control ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Dyslipidemia is highly prevalent among patients with type 2 diabetes mellitus, while the proportion achieving LDL-C targets remains low. Optimizing Statin intensity and appropriate combination therapy according to cardiovascular risk may improve lipid control.

**Keywords:** Dyslipidemia, type 2 diabetes mellitus, LDL-C, Statin.

---

\*Corresponding author

Email: drsinh2001@gmail.com Phone: (+84) 903646173 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.5007



# ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂN PHÚ

Lương Văn Sinh\*, Võ Thị Thu Hà, Bùi Thị Nhi, Lê Thị Hồng Thắm, Lưu Thị Thanh Bình

Bệnh viện Đa khoa Tân Phú - 609-611 Âu Cơ, phường Tân Phú, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 19/03/2026

Ngày chỉnh sửa: 29/03/2026; Ngày duyệt đăng: 28/04/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm và kết quả điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Tân Phú.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả so sánh trước và sau điều trị trên 107 bệnh nhân đái tháo đường type 2 có chỉ định điều trị rối loạn lipid máu từ tháng 4-9 năm 2024. Bệnh nhân được xét nghiệm lipid máu trước điều trị và sau điều trị 3 tháng. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên mục tiêu LDL-C theo phân tầng nguy cơ tim mạch. Số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 15.1.

**Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $61 \pm 10$  tuổi; nữ chiếm 57,01%. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao (99,09%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu là 89,72%, tăng triglyceride (69,16%), tăng non-HDL-C (58,88%) và giảm HDL-C (42,06%). Sau 3 tháng điều trị, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C là 16,82%. Statin cường độ trung bình được sử dụng chủ yếu (71,96%). Thời gian mắc bệnh đái tháo đường type 2 và loại thuốc điều trị có liên quan đến kết quả kiểm soát LDL-C ( $p < 0,05$ ).

**Kết luận:** Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 chiếm tỷ lệ cao, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C sau điều trị còn thấp. Việc tối ưu hóa cường độ Statin và phối hợp điều trị phù hợp với phân tầng nguy cơ tim mạch có thể giúp cải thiện hiệu quả kiểm soát lipid máu.

**Từ khóa:** Rối loạn lipid máu, đái tháo đường type 2, LDL-C, Statin.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Rối loạn lipid máu gặp khoảng 72-85% ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2, biểu chứng chính của rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 là bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, làm tăng tỷ lệ tử vong do biến cố tim mạch [1]. Do đó, việc phát hiện sớm và kiểm soát hiệu quả rối loạn lipid máu có vai trò quan trọng trong quản lý toàn diện bệnh nhân ĐTĐ type 2.

Các hướng dẫn hiện nay về điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân ĐTĐ type 2 nhằm phòng ngừa biến chứng bệnh tim mạch do xơ vữa động mạch, khuyến cáo mạnh mẽ bên cạnh điều chỉnh lối sống, việc sử dụng Statin (cường độ trung bình hoặc cao) như lựa chọn điều trị đầu tay. Trường hợp không dung nạp Statin hoặc chưa đạt được mục tiêu LDL-C khi sử dụng Statin liều tối đa dung nạp được, có thể thêm Ezetimibe hoặc chất ức chế PCSK9. Mục tiêu điều trị LDL-C và lựa chọn cường độ Statin phụ thuộc phân tầng nguy cơ tim mạch của từng bệnh nhân.

Trong thực tế lâm sàng, tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị rối loạn lipid máu vẫn còn thấp, có thể liên quan đến đặc điểm rối loạn lipid máu, yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm cũng như chiến lược điều trị. Tại Bệnh viện Đa khoa Tân Phú hiện chưa có nghiên cứu đánh giá toàn diện đặc điểm và kết quả điều

trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 ngoại trú. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu và kết quả điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Tân Phú với 2 mục tiêu: đánh giá đặc điểm và kết quả điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Tân Phú.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ĐTĐ type 2 tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Tân Phú, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ type 2 và có chỉ định điều trị rối loạn lipid máu theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2020) [2].

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính hoặc tình trạng cấp cứu, có chống chỉ định sử dụng thuốc điều trị rối loạn lipid máu.

### 2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Tiến cứu, mô tả, so sánh kết quả trước và sau 3 tháng điều trị.

- Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể:

\*Tác giả liên hệ

Email: drsinh2001@gmail.com Điện thoại: (+84) 903646173 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD5.5007

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

Với mức ý nghĩa  $\alpha = 0,05$ , có  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ;  $p$  là tỷ lệ điều trị rối loạn lipid máu đạt kết quả, lấy  $p = 0,63$  theo nghiên cứu của Hoàng Đức Thái và cộng sự [3];  $d$  là sai số cho phép, lấy  $d = 0,1$ .

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu tối thiểu là 90 bệnh nhân.

- Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Từ tháng 4-9 năm 2024 chúng tôi thu nhận được 107 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

### 2.3. Biến số nghiên cứu

- Biến số chính: cholesterol toàn phần, LDL-cholesterol (LDL-C), HDL-cholesterol (HDL-C), non-HDL-C, triglyceride được đo tại hai thời điểm trước và sau 3 tháng điều trị. Kết quả điều trị rối loạn lipid máu được đánh giá dựa trên mức LDL-C đạt mục tiêu hoặc giảm  $\geq 50\%$  so với ban đầu. Rối loạn lipid máu được định nghĩa là sự bất thường của một hoặc nhiều thành phần lipid máu, bao gồm: tăng cholesterol toàn phần, LDL-C và/hoặc tăng triglyceride, và/hoặc giảm HDL-C [4].

- Biến số khác: các yếu tố nguy cơ tim mạch chính bao gồm: tuổi, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì [2], bệnh tim mạch do xơ vữa, mức lọc cầu thận, HbA1c và thời gian mắc bệnh; thuốc điều trị rối loạn lipid máu để phân tích mối liên quan giữa rối loạn lipid máu và kết quả điều trị.

Sau đánh giá ban đầu, bệnh nhân được điều trị rối loạn lipid máu theo phác đồ điều trị. Sau 3 tháng điều trị, bệnh nhân được chỉ định xét nghiệm cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglyceride và HbA1c. Kết quả được so sánh với trước điều trị để đánh giá hiệu quả điều trị.

Số liệu thu thập được nhập, xử lý trên phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm Stata 15.1.

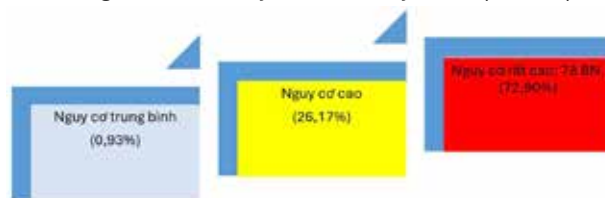
## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân rối loạn lipid máu (n = 107)**

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	61 ± 10
	Min-max (tuổi)	32-87
	< 50 tuổi	13   12,15
	≥ 50 tuổi	94   87,85
Giới tính	Nam	46   42,99
	Nữ	61   57,01
Hút thuốc lá	Không	95   88,79
	Có	12   11,21
Béo phì	Không	101   94,39
	Có	6   5,61
Tăng huyết áp	Không	25   23,36
	Có	82   76,64
Thời gian mắc bệnh ĐĐT type 2	< 5 năm	46   42,99
	5-10 năm	30   28,04
	> 10 năm	31   28,97

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
HbA1c trước điều trị	< 7%	56   52,34
	≥ 7%	51   47,66
Mức lọc cầu thận	Độ 1	4   3,74
	Độ 2	84   78,50
	Độ 3	19   17,76
Bệnh tim mạch do xơ vữa	Không	81   75,70
	Có	26   24,30
Số yếu tố nguy cơ tim mạch	Không	1   0,93
	1 yếu tố	2   1,87
	2 yếu tố	34   31,78
	3 yếu tố	61   57,01
	4 yếu tố	9   8,41

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 61 ± 10 tuổi (nhỏ nhất 32 tuổi, lớn nhất 87 tuổi), nhóm ≥ 50 tuổi chiếm đa số (87,85%); nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (57,01% so với 42,99%); tăng huyết áp chiếm 76,64%; thời gian mắc ĐĐT dưới 5 năm chiếm 42,99%; HbA1c < 7% chiếm 52,34%. Đa số có từ 2-3 yếu tố nguy cơ tim mạch, trong đó nhóm có 3 yếu tố chiếm tỷ lệ cao (57,01%).



**Hình 1. Phân tầng nguy cơ tim mạch (n = 107)**

Phân tầng nguy cơ tim mạch cao và rất cao chiếm đa số (26,17% và 72,90%).

**Bảng 2. Đặc điểm rối loạn lipid máu (n = 107)**

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ mắc rối loạn lipid máu	Không	11   10,28
	Có	96   89,72
Các loại rối loạn lipid máu (theo Hội Nội tiết và ĐĐT Việt Nam) [4]	Tăng cholesterol toàn phần	37   34,58
	Tăng LDL-C	34   31,78
	Giảm HDL-C	45   42,06
	Tăng triglyceride	74   69,16
	Tăng non-HDL-C	63   58,88

Rối loạn lipid máu chiếm 89,72%. Tăng triglyceride, non-HDL-C, giảm HDL-C chiếm tỷ lệ cao (69,16%, 58,88% và 42,06%); còn lại tăng cholesterol toàn phần chiếm 34,58% và tăng LDL-C chiếm 31,78%.



**Hình 2. Chi số rối loạn lipid máu trên 1 bệnh nhân**

Phần lớn bệnh nhân có rối loạn lipid máu 1 và 2 chỉ số chiếm tỷ lệ cao nhất (22,43% và 24,3%).

**Bảng 3. Kết quả điều trị rối loạn lipid máu (n = 107)**

Kết quả		Tần số	Tỷ lệ (%)
Điều trị rối loạn lipid máu	Statin liều trung bình	77	71,96
	Statin liều cao	9	8,41
	Statin phối hợp Ezetimibe	12	11,21
	Statin phối hợp Fibrate	3	2,80
	Fibrate	6	5,61
Kết quả điều trị đạt mục tiêu LDL-C hoặc giảm LDL-C ≥ 50%	Không đạt mục tiêu	89	83,18
	Đạt mục tiêu	18	16,82

Statin sử dụng chủ yếu trong điều trị rối loạn lipid máu (94,39%). Statin liều trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (71,96%), Statin liều cao và Statin phối hợp Ezetimibe còn thấp (8,41% và 11,21%). Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-C hoặc giảm ≥ 50% LDL-C so với ban đầu là 16,82%.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu**

Yếu tố		Kết quả điều trị rối loạn lipid máu				p
		Không đạt mục tiêu		Đạt mục tiêu		
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	< 50 tuổi (n = 14)	11	78,57	3	21,43	0,701*
	≥ 50 tuổi (n = 93)	78	83,87	15	16,13	
Giới tính	Nam (n = 46)	42	91,30	4	8,70	0,068*
	Nữ (n = 61)	47	77,05	14	22,95	
Hút thuốc	Không (n = 95)	77	81,05	18	18,95	0,212*
	Có (n = 12)	12	100	0	0	
Béo phì	Không (n = 101)	86	85,15	15	14,85	0,058*
	Có (n = 6)	3	50,00	3	50,00	
Điều trị tăng huyết áp	Không đạt mục tiêu (n = 23)	20	86,96	3	13,04	0,758*
	Đạt mục tiêu (n = 84)	69	82,14	15	17,86	
Thời gian mắc bệnh ĐTD type 2	< 5 năm (n = 46)	35	76,09	11	23,91	0,04*
	5-10 năm (n = 30)	24	80,00	6	20,00	
	> 10 năm (n = 31)	30	96,77	1	3,23	

Yếu tố		Kết quả điều trị rối loạn lipid máu				p
		Không đạt mục tiêu		Đạt mục tiêu		
		Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
HbA1c sau điều trị	< 7% (n = 63)	51	80,95	12	19,05	0,462**
	≥ 7% (n = 44)	38	86,36	6	13,64	
Mức lọc cầu thận	Độ 1 (n = 4)	3	75,00	1	25,00	0,292*
	Độ 2 (n = 84)	68	80,95	16	19,05	
	Độ 3 (n = 19)	18	94,74	1	5,26	
Thuốc điều trị	Statin liều trung bình (n = 77)	70	90,91	7	9,09	0,001*
	Statin liều cao (n = 9)	4	44,44	5	55,56	
	Statin phối hợp Ezetimibe (n = 12)	7	58,33	5	41,67	
	Statin phối hợp Fibrate (n = 3)	2	66,67	1	33,33	
	Fibrate (n = 6)	6	100	0	0	

**Ghi chú:** \*Phép kiểm Fisher's exact; \*\* Phép kiểm Chi-square.

Nhóm mắc bệnh ĐTD type 2 dưới 5 năm và nhóm sử dụng Statin liều cao hoặc Statin phối hợp Ezetimibe có tỷ lệ đạt mục tiêu cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61 ± 10 tuổi, nhóm ≥ 50 tuổi chiếm đa số (87,85%), nữ chiếm 57,01%. Kết quả của chúng tôi tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Quốc Khởi và cộng sự: tuổi trung bình là 61 ± 11, nhóm ≥ 50 tuổi chiếm 84,96%, nữ chiếm đa số với 63,91% [5].

Ngoài rối loạn lipid máu, các yếu tố nguy cơ tim mạch gồm bệnh nhân ≥ 50 tuổi (87,85%), bệnh tăng huyết áp (76,64%), hút thuốc lá (11,21%); béo phì (5,61%). Phần lớn bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ tim mạch trở lên, trong đó nhóm có ≥ 3 yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất (57,01%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Cúc và cộng sự có tỷ lệ tương đồng về rối loạn lipid máu (91,8%), hút thuốc lá (16,5%) và 2 yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm ưu thế [6]. Tuy nhiên, tỷ lệ tăng huyết áp và béo phì có khác biệt giữa hai nghiên cứu, có thể liên quan đến sự khác nhau về đặc điểm mẫu nghiên cứu.

Bệnh tim mạch do xơ vữa chiếm tỷ lệ 24,3%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy và cộng sự tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định (hội chứng mạch vành mạn 47,8%, đột quỵ 2,5% và bệnh động mạch ngoại biên 0,6%) [7]. Sự

khác biệt do nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy và cộng sự thực hiện tại bệnh viện tuyến cuối và tại chuyên khoa nội tiết - tim mạch nên tập trung nhiều bệnh nhân nguy cơ tim mạch cao hơn.

Về chức năng thận, mức lọc cầu thận độ 2 cao nhất (78,50%), tiếp đến là độ 3 (17,76%) và độ 1 (3,74%). Tuy nhiên, nghiên cứu của Trịnh Quốc Khởi và cộng sự ghi nhận bệnh thận mạn giai đoạn 3a, 3b chiếm tỷ lệ cao, tương ứng 60,53% và 24,56%; giai đoạn 5 chiếm tỷ lệ rất nhỏ (0,88%) [5]. Sự khác biệt có thể liên quan đến đặc điểm dân số nghiên cứu và tiêu chí lựa chọn mẫu.

Thời gian mắc bệnh ĐTĐ type 2 dưới 5 năm chiếm tỷ lệ cao (42,99%), từ 5-10 năm và trên 10 năm chiếm tỷ lệ 28,04% và 28,97%, tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Quốc Khởi và cộng sự (lần lượt là 40,06%, 29,57% và 29,83% [5]). Rối loạn lipid máu thường xuất hiện ngay tại thời điểm chẩn đoán hoặc thậm chí trong giai đoạn tiền ĐTĐ.

Phân tầng nguy cơ tim mạch rất cao chiếm 72,73%, nguy cơ cao 26,36% và nguy cơ trung bình 0,91%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Lan Anh và cộng sự: nhóm nguy cơ trung bình chiếm 10,5%, nguy cơ cao chiếm 54,5%, nguy cơ rất cao chiếm 35% [8]. Sự khác biệt này có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn ( $61 \pm 10$  so với  $55 \pm 12$ ), tỷ lệ bệnh tăng huyết áp cao hơn (76,64% so với 48%).

#### 4.2. Đặc điểm rối loạn lipid máu

Có 89,72% bệnh nhân rối loạn lipid máu gồm tăng triglyceride, non-HDL-C và giảm HDL-C chiếm tỷ lệ cao (69,16%, 58,88% và 42,06%), còn lại tăng cholesterol toàn phần chiếm 34,58%, tăng LDL-C chiếm 31,78%. Chúng tôi cũng ghi nhận bệnh nhân có rối loạn lipid máu 1 và 2 chỉ số chiếm tỷ lệ cao nhất (22,43 và 24,30%), phù hợp với y văn: rối loạn lipid máu do ĐTĐ type 2 là một nhóm các bất thường về lipid và lipoprotein trong huyết tương, có mối liên hệ chuyển hóa với nhau, bao gồm tăng triglyceride, tăng non-HDL-C và giảm HDL-C [9].

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê các đặc điểm chung và rối loạn lipid máu. Có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế.

#### 4.3. Kết quả điều trị rối loạn lipid máu

Sau 3 tháng điều trị, LDL-C đạt mục tiêu (giảm  $\geq 50\%$  nồng độ ban đầu và/hoặc đạt mục tiêu LDL-C theo phân tầng nguy cơ) là 16,82%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Thị Lan Anh và cộng sự: bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C chiếm 17% [8], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Đức Thái và cộng sự (62,68%) [3]. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm bệnh nhân và việc sử dụng thuốc điều trị.

Sử dụng Statin đơn trị liệu hoặc phối hợp chiếm 94,39%, phù hợp với các khuyến cáo là sử dụng Statin trong điều trị rối loạn lipid máu với mục tiêu giảm LDL-C. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có phân tầng nguy cơ tim mạch cao và rất cao chiếm 99,07%, nhưng Statin liều trung bình vẫn được sử dụng chủ yếu (71,96%), Statin liều cao chỉ chiếm 8,18% và Statin phối hợp Ezetimibe chiếm 10,91%, cho thấy việc điều trị chưa phù hợp với các khuyến cáo hiện nay.

Mặc khác, có 6 bệnh nhân được sử dụng đơn độc Fibrate chiếm 5,45%. Theo khuyến cáo điều trị triglyceride, bệnh nhân có

nguy cơ cao đã đạt mục tiêu LDL-C mà mức triglyceride  $> 2,3$  mmol/L ( $> 200$  mg/dL) thì Fenofibrate hoặc Bezafibrate có thể được xem xét kết hợp với Statin [10].

#### 4.4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị rối loạn lipid máu

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian mắc bệnh ĐTĐ type 2 và sử dụng thuốc với kết quả điều trị:

- Thời gian mắc bệnh ĐTĐ type 2 có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị, kết quả điều trị giảm dần, nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm đạt kết quả điều trị cao nhất (23,39%), nhóm mắc bệnh 5-10 năm chiếm 20%, nhóm mắc bệnh trên 10 năm có tỷ lệ thấp nhất (3,13%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,04$ ). Tăng glucose mạn tính trong thời gian dài gây nên những rối loạn chuyển hóa carbohydrate, protid, lipid, gây tổn thương ở nhiều cơ quan khác nhau, đặc biệt ở tim, mạch máu và thận [4], nên việc kiểm soát đường huyết thường khó khăn hơn, giảm hiệu quả của thuốc hạ lipid máu.

- Thuốc điều trị rối loạn lipid máu: nhóm bệnh nhân được sử dụng Statin có cường độ cao đạt kết quả điều trị cao nhất (55,56%), Statin phối hợp Ezetimibe đạt 41,67%, Statin phối hợp Fibrate đạt 33,33%, điều trị bằng Fibrate có tỷ lệ đạt kết quả thấp nhất (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,001$ ). Kết quả điều trị của chúng tôi phù hợp với y văn: Statin cường độ cao có thể làm giảm LDL-C khoảng 50% hoặc hơn, cường độ trung bình có thể làm giảm LDL-C khoảng 30-50%, sử dụng kết hợp với Ezetimibe để đạt được hiệu quả giảm LDL-C đáng kể [10]. Việc sử dụng Fibrate đơn độc để điều trị rối loạn lipid máu không được khuyến cáo, chỉ những bệnh nhân có nguy cơ cao đã đạt mục tiêu LDL-C mà mức triglyceride  $> 2,3$  mmol/L ( $> 200$  mg/dL) thì Fenofibrate hoặc Bezafibrate mới có thể được xem xét kết hợp với Statin [10].

### 5. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $61 \pm 10$  tuổi, trong đó nhóm  $\geq 50$  tuổi chiếm đa số (87,85%), nữ giới chiếm 57,01%. Phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao (26,17% và 72,92%).

Bệnh nhân có rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ cao (89,72%), thường gặp nhất là tăng triglyceride, tăng non-HDL-C và giảm HDL-C. Rối loạn 1 hoặc 2 chỉ số lipide máu chiếm tỷ lệ cao nhất. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa rối loạn lipid máu với tuổi, hút thuốc lá, tăng huyết áp, BMI, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, HbA1c và mức lọc cầu thận.

Sau 3 tháng điều trị, bệnh nhân đạt mục tiêu LDL-C còn thấp (16,82%). Điều trị Statin đơn trị liệu hoặc phối hợp chiếm 94,39%. Statin liều trung bình được sử dụng phổ biến nhất, trong khi Statin liều cao và Statin phối hợp Ezetimibe chiếm tỷ lệ thấp. Hiệu quả điều trị có liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc bệnh ĐTĐ type 2 và loại thuốc điều trị rối loạn lipid máu, trong đó nhóm sử dụng Statin cường độ cao hoặc phối hợp Ezetimibe đạt tỷ lệ kiểm soát LDL-C cao hơn.

#### Hạn chế của nghiên cứu và khuyến nghị:

Nghiên cứu được thực hiện với cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi chỉ 3 tháng nên chưa phản ánh đầy đủ

hiệu quả điều trị lâu dài rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTD type 2. Cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện hiệu quả điều trị và các yếu tố liên quan.

Từ kết quả nghiên cứu, cần tăng cường sàng lọc và quản lý rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTD type 2. Việc lựa chọn liều Statin cần phù hợp với phân tầng nguy cơ tim mạch nhằm đạt mục tiêu LDL-C theo khuyến cáo.

## 6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jialal I et al. Management of diabetic dyslipidemia. *World J Diabetes*, 2019, 10 (5): 280-290. doi: 10.4239/wjd.v10.i5.280.
- [2] Bộ Y tế. Quyết định số 5481/QĐ-BYT, ngày 30 tháng 12 năm 2020, về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2”.
- [3] Hoàng Đức Thái và cộng sự. Kết quả điều trị rối loạn lipid máu trên bệnh nhân đái tháo đường type 2. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 2022, 63, (2). doi: 10.52163/yhc.v63i2.289.
- [4] Hội Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam. Khuyến cáo: Chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường, 2019.
- [5] Trịnh Quốc Khởi, Dương Phúc Lam, Phạm Thị Nhã Trúc. Tỷ lệ đái tháo đường type 2 có biến chứng thận và thực trạng phòng, chống biến chứng thận ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đa khoa Cái Nước năm 2022-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, 531 (1B): 290-294. doi: 10.51298/vmj.v531i1B.7074.
- [6] Nguyễn Thị Thu Cúc và cộng sự. Khảo sát thực trạng kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có nguy cơ tim mạch cao. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam*, 2022, 39, 66-74. doi: 10.47972/vjcts.v39i.804.
- [7] Nguyễn Thị Thu Thủy và cộng sự. Nguy cơ tim mạch và bệnh lý tim mạch trên người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học cộng đồng*, 2023, 64 (6): 125-130. doi: 10.52163/yhc.v64i6.820.
- [8] Lê Thị Lan Anh và cộng sự. Thực trạng điều trị rối loạn lipid máu theo phân tầng nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường*, 2024, 66, tr. 56-62. doi: 10.47122/VJDE.2023.66.8.
- [9] Knuuti J et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, 2020, 41 (3): 407-477. doi: 10.1093/eurheartj/ehz425.
- [10] Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam. Khuyến cáo Điều trị rối loạn lipid máu, 2024.