

- Balkrishnan R.** Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:35. doi:10.1186/1477-7525-4-35
2. **García-Sánchez L, Montiel J, Vazquez Cruz E, May-Salazar A, Gutiérrez-Gabriel I, Loria J.** Quality of life in patients with psoriasis. *Gac Med Mex*. 2017;153:185-189.
  3. **García-Sánchez L, Montiel-Jarquín AJ, Vázquez-Cruz E, May-Salazar A, Gutiérrez-Gabriel I, Loria-Castellanos J.** Quality of life in patients with psoriasis. *Gac Médica México*.
  4. **Lin TY, See LC, Shen YM, Liang CY, Chang HN, Lin YK.** Quality of life in patients with psoriasis in Northern Taiwan. *Chang Gung Med J*. 2011; 34:186-196.
  5. **Krueger G, Koo J, Lebwohl M, Menter A, Stern RS, Rolstad T.** The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient-membership survey. *Arch Dermatol*. 2001;137(3):280-284.
  6. **Lê Ngọc Diệp TTMT.** Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân vẩy nến đến điều trị tại Bệnh viện Da Liễu TP.HCM từ 01/09/2010 đến 30/04/2011. *Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh*. 2012;16:284.
  7. **Quyên NTL, Quyên NTL, Van H, Trang NTT.** NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SANG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN VẢY NẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU CẦN THƠ NĂM 2017-2019.
  8. **Sampogna F, Chren MM, Melchi CF, et al.** Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *Br J Dermatol*. 2006;154(2):325-331. doi:10.1111/j.1365-2133.2005.06909.x
  9. **Rakesh SV, D'Souza M, Sahai A.** Quality of life in psoriasis: a study from south India. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008;74(6):600-606. doi:10.4103/0378-6323.45101
  10. **Çakmur H, Derviş E.** The relationship between quality of life and the severity of psoriasis in Turkey. *Eur J Dermatol EJD*. 2015;25. doi:10.1684/ejd.2014.2511

## RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỨC ĐỘ VẬN ĐỘNG THỂ LỰC Ở NGƯỜI ĐẾN KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Phan Kim Mỹ<sup>1</sup>, Phan Văn Báu<sup>2</sup>, Trần Đức Sĩ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn lipid máu (RLLM), một bệnh lý không lây đặc trưng bởi mức lipid tăng cao trong huyết tương, đang có xu hướng ngày càng tăng cao ở Việt Nam. Các biến chứng bao gồm xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, nhồi máu não. Phòng ngừa, tầm soát tình trạng RLLM và can thiệp sớm là rất quan trọng. Các phương pháp điều trị không dùng thuốc, quan trọng nhất là vận động thể lực góp phần cải thiện tình trạng RLLM. **Phương pháp nghiên cứu:** Người đến khám sức khỏe tổng quát tại phòng khám đa khoa trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch được tầm soát bilan lipid máu và khảo sát các yếu tố liên quan, phân tích mối tương quan giữa vận động thể lực (VĐTL) và RLLM. **Kết quả:** Chúng tôi thu thập và phân tích dữ liệu của 175 người trong thời gian nghiên cứu. Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu có RLLM là 77,1% (135 người). Các yếu tố liên quan tới RLLM bao gồm: nam giới, có bệnh tăng huyết áp (THA), kích thước vòng eo, chỉ số eo/hông (WHR) và các thói quen liên quan đến chế độ ăn hằng ngày. Mức độ vận động thể lực có liên quan đến các thành phần lipid máu cụ thể như TC, LDL-C, non-HDL-C (p lần lượt là 0,001; 0,001; <0,001). **Kết luận:** Tỷ

lệ RLLM trong dân số nghiên cứu cao, trong đó tăng nhiều nhất là chỉ số TG. Bên cạnh đó, non-HDL-C cũng cần được xem xét là một chỉ số quan trọng. Việc tầm soát sớm là rất quan trọng, đặc biệt là nam giới, bệnh nhân THA, những người có kích thước vòng eo, WHR lớn. Tăng cường mức độ vận động thể lực, hạn chế lối sống tĩnh tại, tăng cường thời gian vận động trung bình-cao, ngay cả đi bộ cũng có ích cho việc phòng ngừa RLLM. **Từ khóa:** Rối loạn lipid máu, vận động thể lực, khám sức khỏe tổng quát

### SUMMARY

#### DYSLIPIDEMIA AND PHYSICAL ACTIVITY IN PEOPLE TAKING GENERAL HEALTH EXAMINATION AT THE POLYCLINIC OF PHAM NGOC THACH UNIVERSITY OF MEDICINE

**Background:** Dyslipidemia, a non-communicable disease characterized by elevated lipid levels in plasma, is more common in Vietnam. Complications include atherosclerosis, coronary artery disease, myocardial infarction, and cerebral infarction. Prevention, screening for dyslipidemia and early intervention are very important. Non-drug treatments, most importantly physical activity (PA), contribute to improving the condition of cholesterol. **Method:** People coming for general health check-ups at the Polyclinic of Pham Ngoc Thach University of Medicine were screened for blood lipid profile and related factors, analyzing the correlation between PA and dyslipidemia. **Results:** We collected and analyzed data from 175 people during the study period. The prevalence of dyslipidemia in studied sample was 77.1% (135 people). Related factors included: gender,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhân dân 115

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

hypertension, waist circumference, waist-to-hip ratio (WHR) and daily diet habits. Physical activity level was related to specific blood lipid components such as TC, LDL-C, non-HDL-C (p was 0.001; 0.001; <0.001, respectively). **Conclusion:** The rate of dysfunction in the study population was high, with the highest increase being the TG index. Moreover, non-HDL-C should be considered as an important indicator. Early screening is very important, especially for men, hypertension, large waist circumference and WHR. Enhance PA levels, which limiting sedentary lifestyle, increasing moderate-high exercise time, even walking is also helpful for preventing dyslipidemia. **Keywords:** Dyslipidemia, related factors, general health check-up.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLM) là một tình trạng liên quan đến các rối loạn di truyền và mắc phải đặc trưng bởi mức lipid tăng cao trong huyết tương. Cụ thể là tăng lipoprotein tỉ trọng thấp (LDL-C), cholesterol toàn phần (TC), triglyceride (TG) hoặc giảm lipoprotein tỉ trọng cao (HDL-C). Với nồng độ LDL-C tăng cao trong máu là yếu tố nguy cơ tử vong trên thế giới đứng hàng thứ 15 vào năm 1990, tăng lên thứ 11 vào năm 2007 và thứ 8 vào năm 2019. Các biến chứng của RLLM bao gồm xơ vữa động mạch, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, nhồi máu não. [7]

Phát hiện sớm tình trạng RLLM, hạn chế các biến chứng và can thiệp sớm là rất quan trọng và các cơ sở chăm sóc ban đầu đóng vai trò then chốt trong việc dự phòng, chẩn đoán và điều trị trên bệnh nhân. Trong đó, các phương pháp điều trị không dùng thuốc, quan trọng nhất là vận động thể lực góp phần cải thiện tình trạng RLLM. Các cơ sở giải thích cho việc vận động thể lực giúp cải thiện tình trạng rối loạn lipid máu thông qua cơ chế giảm viêm, ngoài ra còn giúp tăng hoạt động của lecithin-cholesterol acyltransferase (L-CAT), một enzyme chịu trách nhiệm chuyển dạng cholesterol ester thành HDL-C; làm giảm hoạt động của cholesterol plasmatic protein chuyển este (CETP), enzyme chuyển este của HDL-C sang các lipoprotein khác. [4] Các khuyến cáo hiện nay thường duy trì ít nhất 150 phút mỗi tuần cho hoạt động cường độ trung bình hoặc 75 phút mỗi tuần cho hoạt động cường độ cao. [3]

Phòng khám Đa Khoa Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch được thành lập tháng 06/2018 trên cơ sở Phòng khám bác sĩ gia đình với nguyên lý chăm sóc bệnh nhân toàn diện, tổng quát, liên tục, lấy bệnh nhân làm trung tâm. Phát huy thế mạnh đó, tìm hiểu tỷ lệ RLLM và khảo sát các yếu tố liên quan cũng như phân tích mối tương quan giữa mức độ vận động thể lực (VĐTL) và RLLM đối với người khám sức

khỏe tổng quát tại phòng khám mang lại bằng chứng về tầm quan trọng và cái nhìn tổng quan về các yếu tố liên quan, từ đó thúc đẩy các bác sĩ chủ động tầm soát, chẩn đoán sớm bệnh theo khuyến cáo cũng như giúp xác định đối tượng nguy cơ cao, cá thể hóa việc tư vấn, giáo dục sức khỏe hiệu quả, phù hợp đặc điểm RLLM từng bệnh nhân.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang phân tích

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Người đến khám sức khỏe tổng quát tại phòng khám đa khoa trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ tháng 12/2022 đến tháng 3/2023

**2.3. Phương pháp thu thập số liệu:**

Người đến khám sức khỏe tổng quát tại Phòng khám đa khoa đáp ứng các chỉ định được tầm soát rối loạn lipid máu theo khuyến cáo của USPSTF 2014 [3] sẽ được phỏng vấn bằng câu hỏi. Kết quả khám lâm sàng và bilan lipid máu gồm có LDL-C, HDL-C, TG, TC được trích lục từ hồ sơ khám sức khỏe. Định nghĩa RLLM là khi kết quả Bilan lipid có một trong bốn chỉ số bất thường: LDL-C, TG, TC (tăng) và HDL-C (giảm so với ngưỡng bình thường). Hai yếu tố liên quan là chế độ ăn và mức độ vận động thể lực (VĐTL) được chúng tôi khảo sát và phân loại theo bảng câu hỏi REAPs [8] và IPAQ [1].

**2.4. Phương pháp xử lý và thống kê số liệu:** Dữ liệu nghiên cứu được nhập vào máy tính bằng Excel và phân tích bằng SPSS 25 cho các thống kê mô tả, test kiểm định Chi bình phương, t-test, Anova, hồi quy logistic, hồi quy tuyến tính.

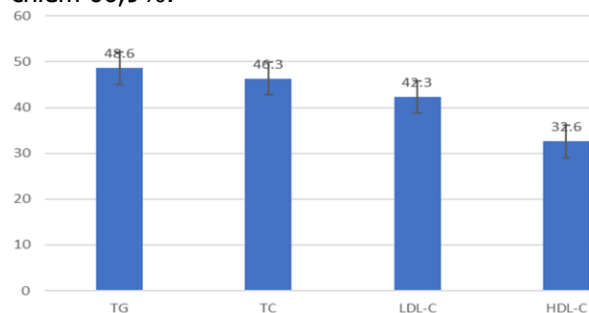
## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập và phân tích dữ liệu của 175 người trong thời gian nghiên cứu, nữ chiếm 59,4% và nam là 40,6%. Độ tuổi trung bình là  $51,35 \pm 12,498$ ; cao nhất là 79 tuổi và trẻ nhất là 20 tuổi. Đối tượng khảo sát là nhân viên văn phòng chiếm đa số (20,6%), và đa phần là có trình độ đại học (49,7%). Gần 1/2 số người đến khám (49,7%) sống tại thành phố Hồ Chí Minh và còn lại (50,3%) là từ các tỉnh thành khác.

Tỉ lệ người tham gia nghiên cứu được phát hiện có RLLM là 135 người (tương ứng 77,1%); trong đó, nữ giới là 45% và nam giới là 55%.

Cụ thể, tăng TG chiếm tỉ lệ cao nhất, 48,6%, tiếp theo là TC tăng với 46,3%. LDL-C tăng và HDL-C giảm chiếm lần lượt là 42,3% và 32,6% (Bảng 1). Trong số các đối tượng được ghi nhận RLLM phát hiện 2 thành phần lipid máu bất thường chiếm cao nhất (31,9%), 1 thành phần

bất thường là 28,9%, 3 thành phần bất thường 29,6% và cả 4 thành phần bất thường là 9,6%. Chúng tôi cũng quan tâm đến chỉ số non-HDL-C, tỷ lệ người có nồng độ non-HDL-C trên ngưỡng chẩn đoán 3,37 mmol/l (tương đương 130mg/dl) chiếm 66,9%.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ (%) bất thường thành phần lipid máu ở các đối tượng được tầm soát (N=135)**

Về các yếu tố liên quan tới RLLM, nam giới có nguy cơ rối loạn lipid máu cao gấp 2,473 lần nữ giới (95% CI:1,12-5,46,  $p=0,022$ ). Tăng huyết áp (THA), ngay cả HA tâm thu hay HA tâm trương đều có liên quan đến RLLM. Huyết áp tâm thu trung bình cao hơn ở người có RLLM so với người không có RLLM (130,14mmHg vs. 123,55mmHg) có ý nghĩa thống kê ( $p=0,024$ ); tương tự, HA tâm trương cao hơn ở nhóm người có RLLM, với giá trị trung bình là 76,43mmHg vs. 70,8mmHg, với  $p=0,01$ .

Trong khi chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa BMI và tình trạng RLLM, vòng eo và tỷ số eo/hông (WHR) lại có liên quan. Vòng eo và WHR đều cao hơn ở nhóm người có RLLM, với  $p$  lần lượt là 0,007 và 0,009.

Tỷ lệ người tham gia nghiên cứu "thường xuyên" ăn bên ngoài chiếm tỉ lệ cao (33,7%). Bên cạnh đó, "không bao giờ" tiêu thụ ngũ cốc nguyên hạt và tinh bột giàu xơ cũng rất nhiều (34,9%). Qua phân tích mối liên quan giữa chế độ ăn theo bộ câu hỏi REAPs gồm 12 câu hỏi liên

quan về thói quen tiêu thụ thực phẩm và RLLM, chúng tôi ghi nhận rằng có liên quan giữa tình trạng RLLM và các thói quen liên quan đến tiêu thụ ngũ cốc nguyên hạt và tinh bột giàu xơ ( $p<0,001$ ), tiêu thụ trái cây, nước ép nguyên chất ( $p=0,001$ ); tiêu thụ rau xanh ( $p<0,001$ ) (yếu tố bảo vệ); tiêu thụ thịt đã qua chế biến như thịt ủ muối, xúc xích, salami, xúc xích xông khói, thịt xông khói, thịt nguội, đồ hộp ( $p=0,002$ ); tiêu thụ đồ chiên ( $p=0,027$ ); tiêu thụ đồ ngọt ( $p=0,007$ ) (yếu tố nguy cơ). Đặc biệt, khi chúng tôi phân tích hồi quy logistic cho biến số tiêu thụ ngũ cốc nguyên hạt và tinh bột giàu xơ đối với RLLM, nhận thấy "thỉnh thoảng" và "thường xuyên" tiêu thụ nhóm thực phẩm này giúp giảm tình trạng RLLM. Kết quả lần lượt là  $OR=0,04$ ;  $OR=0,2$  và  $p$  lần lượt  $p<0,001$ ;  $p=0,004$ .

Người tham gia nghiên cứu được phân loại mức độ VĐTTL theo IPAQ bao gồm mức độ "trung bình" chiếm cao nhất (57,1%), tiếp đến là thụ động (32%) và mức "cao" chiếm 10,9%. Trung vị điểm Met-total theo IPAQ trong nghiên cứu của chúng tôi là 1095 Met-phút/tuần, khoảng tứ phân vị là 1113 Met-phút/tuần. Met-total thấp hơn ở những người có RLLM ( $p=0,011$ ). Mức độ VĐTTL thụ động có thành phần lipid máu như LDL-C, TC, non-HDL-C cao hơn hai nhóm còn lại (Bảng 2). Trong khi đó, Met-total cũng có tương quan nghịch chiều với LDL-C ( $p=0,002$ ;  $\rho=-0,236$ ); TC ( $p=0,002$ ;  $\rho=-0,235$ ), non-HDL-C ( $p=0,001$ ;  $\rho=-0,248$ ). Ngoài ra, lối sống tĩnh tại, phản ánh một phần qua số giờ trung bình dành cho hoạt động 'ngồi một chỗ' là  $4,47 \pm 1,39$  giờ. Chúng tôi phân tích thấy số giờ 'ngồi một chỗ' càng tăng, các thành phần lipid máu cũng tăng. Cụ thể, tăng 1 giờ ngồi sẽ làm LDL-C tăng thêm 0,216 mmol/l ( $p<0,001$ ), TG tăng thêm 0,294 mmol/l ( $p=0,007$ ), TC tăng thêm 0,272 mmol/l ( $p<0,001$ ), non-HDL-C tăng thêm 0,271 mmol/l ( $p<0,001$ ).

**Bảng 1. Mối liên quan giữa mức độ VĐTTL và RLLM**

		N	Trung bình	ĐLC	Sai số chuẩn	95% CI	p
TC	Thụ động	56	5,81	1,76	0,23	[5,34; 6,28]	0,001
	Trung bình	100	4,78	1,08	0,11	[4,56; 4,99]	
	Cao	19	5,00	1	0,23	[4,52; 5,49]	
LDL-C	Thụ động	56	3,72	1,31	0,18	[3,36; 4,06]	0,001
	Trung bình	100	2,91	0,84	0,08	[2,75; 3,08]	
	Cao	19	3,09	0,64	0,15	[2,78; 3,4]	
TG	Thụ động	56	2,56	2,69	0,36	[1,84; 3,28]	0,231
	Trung bình	100	2,08	1,66	0,17	[1,75; 2,41]	
	Cao	19	1,78	0,96	0,22	[1,32; 2,24]	
HDL-C	Thụ động	56	1,17	0,25	0,03	[1,1; 1,24]	0,907

<b>Non-HDL-C</b>	Trung bình	100	1,17	0,35	0,03	[1,1; 1,24]	<0,001
	Cao	19	1,2	0,19	0,04	[1,1; 1,3]	
	Thụ động	56	4,64	1,63	0,2	[4,21; 5,08]	
	Trung bình	100	3,61	1,03	0,1	[3,41; 3,82]	
	Cao	19	3,81	0,90	0,2	[3,37; 4,24]	

**IV. BÀN LUẬN**

Tuổi trung bình của các đối tượng tham gia nghiên cứu 51,35 ± 12,5, nữ chiếm 59,4%. So sánh với nghiên cứu về đề tài tương tự, nữ cũng chiếm tỷ lệ cao hơn trong các đối tượng. [2], [5] Có thể thấy nữ giới thường có nhu cầu khám sức khỏe tổng quát định kỳ hơn nam. Một điểm đáng chú ý là có các đối tượng đến từ nhiều tỉnh thành khác ngoài thành phố Hồ Chí Minh, chiếm đến 50,3% và trải rộng các tỉnh thành trên cả nước. Do đó, phòng khám cần củng cố, nhân rộng, đẩy mạnh dịch vụ khám tổng quát cũng như nêu bật lợi ích của việc khám tổng quát, tầm soát sớm bệnh, yếu tố nguy cơ cho người dân. Người tham gia nghiên cứu tập trung ở khối nhân viên văn phòng và có trình độ đại học chiếm ưu thế, có thể do nhận thức cao trong việc tầm soát sức khỏe tổng quát và khám thông qua khám định kỳ sức khỏe công ty.

Người tham gia nghiên cứu có RLLM được phát hiện qua khám sức khỏe tổng quát là 135 người (tương ứng 77,1%). Trong đó, nam là 45% và nữ là 55%. Con số này cao hơn so với nghiên cứu của Gebremedhin Gebreegiabiher (66,7%) ở Ấn Độ [2] và thấp hơn nghiên cứu của tác giả Pengpid S ở Jordan (81,6%) [6] vốn cũng là các nước đang phát triển. Các khác biệt này là không đáng kể. Đáng lưu ý, nghiên cứu của tác giả Pengpid S mang tính tầm soát trên toàn quốc gia với số lượng người tham gia lên đến 3132 người. Qua đó cũng có thể thấy vai trò của việc tầm soát rối loạn lipid máu theo đúng khuyến cáo rất quan trọng, giúp phát hiện sớm tình trạng bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tăng TG chiếm tỷ lệ cao nhất. Tăng TG cũng là tình trạng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của Martínez-Hernández [5] và HDL-C giảm chiếm tỷ lệ ít nhất cũng tương đồng với nghiên cứu của Gebremedhin Gebreegiabiher [2]. Bên cạnh đó, đối với non-HDL-C, một chỉ số quan trọng chúng tôi quan tâm mà các nghiên cứu trên chưa điều tra cho thấy có đến 66,9% người có non-HDL-C cao hơn 3,37 mmol/l (tương đương 130mg/dl), đây cũng là con số cần quan tâm và là mục tiêu điều trị hàng thứ hai sau LDL-C được khuyến cáo theo ADA 2023, NCEP/ATPIII.

Theo y văn nữ giới lại là yếu tố nguy cơ

RLLM cao hơn, như ở nghiên cứu của Martínez-Hernández [5]. Trong khi ở nghiên cứu này, nam giới có nguy cơ rối loạn lipid máu cao gấp 2,473 lần nữ giới. Sự khác biệt có thể do dân số nghiên cứu chủ yếu bao gồm trí thức về hưu, nhân viên văn phòng, không đại diện cho toàn thể dân số chung. Một yếu tố nguy cơ quan trọng khác của RLLM là THA cũng đã được chứng minh trong nghiên cứu này cũng như các nghiên cứu khác [5], [6]. Bên cạnh BMI, có thể nhận thấy vòng eo và WHR là hai chỉ số quan trọng trong việc đánh giá các yếu tố liên quan đến RLLM. Điều này đã được nhắc đến trong một số y văn trước đây. Hiện nay, trong các đánh giá sức khỏe toàn diện, chúng ta thường bỏ sót hai chỉ số này.

Chế độ ăn ảnh hưởng quan trọng đến chỉ số lipid máu. Chúng tôi ghi nhận rằng có sự liên quan giữa tình trạng RLLM và các thói quen tiêu thụ thực phẩm khác nhau. Hiện nay, do sự bận rộn trong công việc, đa số người chọn ăn bên ngoài cho nhanh chóng và tiện lợi. Tuy nhiên rất khó để kiểm soát vệ sinh, thành phần dinh dưỡng và khẩu phần năng lượng trong các món ăn bên ngoài. Tình trạng tăng lipid máu cũng có liên quan đến thói quen này. Trong khi đó, thói quen sử dụng ngũ cốc nguyên hạt và tinh bột giàu xơ được chứng minh có cải thiện giảm RLLM lại ít phổ biến hơn. Có lẽ do người Việt Nam vẫn chưa quen sử dụng các loại thực phẩm này trong chế độ ăn hằng ngày.

Met-total thấp hơn ở những người có RLLM (p=0,011). Phân loại mức độ VĐTTL và điểm MET-total liên quan đến thành phần LDL-C, TC và non-HDL-C. Ngoài ra, lối sống tĩnh tại đang ngày càng phổ biến trong đời sống hiện đại. Số giờ 'ngồi một chỗ' càng tăng, các thành phần lipid máu cũng tăng đáng kể. Các nghiên cứu của Gebremedhin Gebreegiabiher cũng tìm thấy mối tương quan giữa VĐTTL và RLLM, trong đó lại liên quan đến tất cả thành phần lipid máu. [2]

**V. KẾT LUẬN**

Tỷ lệ RLLM ở người đến khám sức khỏe tổng quát tại phòng khám đa khoa là 77,1%. Tăng TG được cho là chiếm tỷ lệ cao nhất. Bên cạnh đó, non-HDL-C cũng cần được xem xét là một chỉ số quan trọng.

Các yếu tố liên quan đến RLLM bao gồm giới tính nam, THA, vòng eo lớn, WHR cao, chế độ

ăn và mức độ vận động thể lực thụ động.

Việc tầm soát sớm là rất quan trọng và tập trung vào việc điều trị không dùng thuốc bao gồm một loạt các thay đổi hành vi giúp nâng cao sức khỏe. Chế độ tiêu thụ rau xanh, trái cây, ngũ cốc nguyên hạt, tinh bột giàu xơ rất hiệu quả trong việc cải thiện tình trạng RLLM. Ngoài ra, cũng cần hạn chế ăn uống hàng quán bên ngoài, tiêu thụ quá nhiều đồ hộp, thịt xông khói,... Quan trọng nhất, cần tăng cường mức độ vận động thể lực, hạn chế lối sống tĩnh tại, tăng cường thời gian vận động trung bình-cao, ngay cả đi bộ cũng có ích cho việc phòng ngừa RLLM.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blikman, T., et al.,** Reliability and validity of the Dutch version of the International Physical Activity Questionnaire in patients after total hip arthroplasty or total knee arthroplasty. *Journal of Orthopaedic Sports Physical Therapy*, 2013. 43(9): p. 650-659.
2. **Bondge, B., et al.,** Association of Physical Activity with Lipid Profile in Healthy Subjects: A Cross Sectional Study in Tertiary Care Hospital from Central Rural India. *Indian Journal of Endocrinology Metabolism: Clinical and Experimental*, 2021. 25(6): p. 520.
3. **Force, U.P.S.T.,** Final recommendation statement. *Lipid disorders in adults (cholesterol, dyslipidemia): screening*, June 2008. 2014, Current as of December.
4. **Lira, F., et al.,** The relationship between inflammation, dyslipidemia and physical exercise: from the epidemiological to molecular approach. *Current diabetes reviews*, 2014. 10(6): p. 391-396.
5. **Martínez-Hernández, A.F. and R. Chávez-Aguirre,** Prevalence of dyslipidemia in a family medicine clinic. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 2007. 45(5): p. 469-475.
6. **Pengpid, S. and K. Peltzer,** Prevalence, awareness, treatment, and control of dyslipidemia and associated factors among adults in Jordan: Results of a national cross-sectional survey in 2019. *Preventive Medicine Reports*, 2022. 28: p. 101874.
7. **Pirillo, A., et al.,** Global epidemiology of dyslipidaemias. *Nature Reviews Cardiology*, 2021. 18(10): p. 689-700.
8. **Segal-Isaacson, C., J. Wylie-Rosett, and K.M. Gans,** Validation of a short dietary assessment questionnaire: the Rapid Eating and Activity Assessment for Participants short version (REAP-S). *The Diabetes Educator*, 2004. 30(5): p. 774-781.

## ĐÁNH GIÁ CHI PHÍ – HIỆU QUẢ CỦA VANCOMYCIN TRƯỚC VÀ SAU KHI ÁP DỤNG KỸ THUẬT THEO DÕI NỒNG ĐỘ THUỐC TRONG MÁU BẰNG THÔNG SỐ AUC MỤC TIÊU TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2020-2021

Trương Thúy Quỳnh<sup>1</sup>, Huỳnh Phương Thảo<sup>1</sup>, Hà Mai Phương<sup>1</sup>,  
Châu Vinh<sup>1</sup>, Lê Thị Mỹ Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Phan Thùy Nhiên<sup>2</sup>,  
Nguyễn Văn Vĩnh Châu<sup>3</sup>, Nguyễn Thị Hải Yến<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Giám sát nồng độ thuốc trong máu (TDM) là giải pháp giúp tối ưu hóa chế độ liều vancomycin. Nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá chi phí – hiệu quả của việc chuyển đổi từ TDM C<sub>trough</sub> sang TDM AUC tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu dữ liệu người bệnh sử dụng vancomycin trong hai giai đoạn áp dụng TDM C<sub>trough</sub> (01/01/2020 – 30/06/2020) và giai đoạn TDM AUC (01/01/2021 – 30/06/2021) tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt

Đới. Dữ liệu thu thập ở đây bao gồm: dữ liệu về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm sử dụng vancomycin theo đợt điều trị của người bệnh, chi phí và kết quả điều trị theo đợt điều trị của người bệnh có chỉ định vancomycin. **Kết quả:** Giai đoạn TDM AUC đạt chi phí – hiệu quả so với giai đoạn TDM C<sub>trough</sub> về tiêu chí: đáp ứng lâm sàng cải thiện tại các thời điểm 24 – 48 giờ, 48 – 72 giờ và khi kết thúc sử dụng vancomycin và nguy cơ giảm độc tính trên thận. Giai đoạn TDM C<sub>trough</sub> đạt chi phí – hiệu quả so với giai đoạn TDM AUC về tiêu chí giảm thời gian điều trị vancomycin với ICER = 2.394.519 VND. **Kết luận:** Quy trình TDM AUC cần được tiếp tục triển khai thực hiện tại bệnh viện đồng thời cần điều chỉnh xây dựng mô hình được đồng học phù hợp cho dân số bệnh tại bệnh viện nói riêng và dân số Việt Nam nói chung.

**Từ khóa:** chi phí – hiệu quả, TDM vancomycin, Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới, AUC, Nồng độ đáy

### SUMMARY

#### A COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt Đới

<sup>2</sup>Đại học Y dược TP.HCM

<sup>3</sup>Sở Y Tế TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: haiyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024