Ứng dụng kết quả nghiên cứu trong chỉnh hình răng mặt. Sự sai lệch giữa kế hoạch điều trị ban đầu và kết quả điều trị trên lâm sàng có thể bắt nguồn từ các yếu tố liên quan đến bệnh nhân (mức độ tuân thủ điều trị, yếu tố cá nhân), và cũng có thể liên quan đến việc dự đoán không chính xác lực tác dụng lên răng. Trong quá trình tự sản xuất khay chỉnh nha tại phòng khám, sự không đồng nhất về độ dày sau quá trình định hình nhiệt nên được xem xét như một yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Khay chỉnh nha sau quá trình định hình nhiệt có sự giảm đáng kể về độ dày và sự giảm này là khác nhau tùy răng và tùy vị trí trên thân răng. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dày của khay chỉnh nha tự sản xuất tại các răng khác nhau. Bên cạnh đó, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dày của khay chỉnh nha tự sản xuất tại tại các vị trí đo khác nhau trên bề mặt răng. Các vị trí MT và CRT có độ dày cao hơn đáng kể so với MN và CRN, trong đó vị trí CRN là điểm mỏng nhất của khay. Về khía cạnh lâm sàng, những chênh lệch độ dày này liên quan trực tiếp đến lực của khay tác động lên răng và đây được xem xét như một yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị chỉnh nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AlMogbel A.** Clear Aligner Therapy: Up to date review article. J Orthod Sci. 2023;12(1). doi:10.4103/jos.jos_30_23.
2. **Shah MJ, Kubavat AK, Patel KV, Prajapati NH.** Fabrication of in-house aligner- A review. J Contemp Orthod. 2022;6(3): 120-124. doi:10.18231/j.jco.2022.022.
3. **Cengiz SM, Goymen M.** The effectiveness of orthodontic treatment with clear aligners in different thicknesses. Sci Rep. 2025;15(1). doi:10.1038/s41598-025-86345-9.
4. **Upadhyay M, Arqub SA.** Biomechanics of clear aligners: hidden truths & first principles. J World Fed Orthod. 2022; 11:12-21. doi:10.1016/j.ejwf.2021.11.002.
5. Li N, Wang C, Yang M, et al. Effects of different tooth movement patterns and aligner thicknesses on maxillary arch expansion with clear aligners: a three-dimensional finite element study. Front Bioeng Biotechnol. 2024;12. doi:10.3389/fbioe.2024.1424319.
6. **Ihssen BA, Kerberger R, Rauch N, Drescher D, Becker K.** Impact of Dental Model Height on Thermoformed PET-G Aligner Thickness—An In Vitro Micro-CT Study. Appl Sci. 2021;11(15):6674. doi:10.3390/app11156674.
7. **Krey K, Behyar M, Hartmann M, Corteville F, Ratzmann A.** Behaviour of monolayer and multilayer foils in the aligner thermoforming process. J Aligner Orthod. 2019;3:139-45.
8. **Elkholy F, Schmidt F, Jäger R, Lapatki BG.** Forces and moments delivered by novel, thinner PET-G aligners during labiopalatal bodily movement of a maxillary central incisor: An in vitro study. Angle Orthod. 2016;86:883-90.

HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT HBA1C VÀ LIPID MÁU SAU 3 THÁNG SỬ DỤNG STATIN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y-DƯỢC HUẾ

Dương Thị Ngọc Lan[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Statin là thuốc lựa chọn hàng đầu, nhưng ảnh hưởng đến HbA1C vẫn còn nhiều tranh cãi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả – phân tích so sánh trước – sau trên 80 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 điều trị statin 10mg tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Các chỉ số HbA1C và lipid máu được đo tại thời điểm trước và sau 3 tháng điều trị. Phân tích hồi quy tuyến tính được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng. **Kết quả:** HbA1C trung bình giảm 1,07% (p < 0,001), LDL-C giảm 0,86 mmol/L (p < 0,001). HbA1C ban đầu, sự biến đổi LDL-C và MMAS-8 là yếu tố ảnh hưởng chính đến sự biến đổi HbA1C. LDL-C cải thiện nhiều hơn ở người có LDL nền cao, BMI thấp, học vấn cao và tuân thủ tốt. **Kết luận:** Statin liều 10mg giúp cải thiện cả HbA1C và lipid máu sau 3 tháng. Cần chú trọng tuân thủ điều trị và các yếu tố cá nhân hoá để tối ưu hiệu quả.

Từ khoá: Đái tháo đường típ 2, statin, HbA1C, LDL-C, tuân thủ điều trị.

[1]*Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Thị Ngọc Lan
Email: dtnlan@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025
Ngày duyệt bài: 17.6.2025

SUMMARY

EFFICACY OF HbA1C AND LIPID CONTROL AFTER 3 MONTHS OF STATIN USE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Dyslipidemia is a major cardiovascular risk factor in patients with type 2 diabetes. Statins are the drug of choice, yet their effects on glycemic control remain controversial. **Methods:** A prospective, descriptive–analytical study on 40 patients with type 2 diabetes receiving 10mg statin therapy at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. HbA1C and lipid profiles were measured before and after 3 months. Linear regression was used to identify related factors. **Results:** Mean HbA1C decreased by 1.07% ($p < 0.001$), LDL-C decreased by 0.86 mmol/L ($p < 0.001$). Baseline HbA1C, ΔLDL-C and MMAS-8 score significantly affected ΔHbA1C. Greater LDL-C reduction was found in patients with higher initial LDL, lower BMI, higher education, and better adherence. **Conclusion:** Low-dose statins improve both HbA1C and lipid levels after 3 months. Emphasis should be placed on adherence and personalized factors to optimize outcomes. ***Keywords:*** Type 2 diabetes, statin, HbA1C, LDL-C, medication adherence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 (ĐTĐ típ 2) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF), đến năm 2021, có khoảng 537 triệu người trưởng thành sống chung với ĐTĐ, và dự báo con số này sẽ tăng lên 643 triệu vào năm 2030 [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ hiện mắc ĐTĐ ngày càng gia tăng, đặc biệt tại các thành phố lớn. Ước tính cứ 10 người trưởng thành thì có ít nhất 1 người có nguy cơ mắc ĐTĐ hoặc tiền ĐTĐ [2].

Rối loạn lipid máu là một rối loạn chuyển hóa phổ biến ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2, đặc trưng bởi tăng triglycerid, giảm HDL-C và tăng LDL-C nhỏ, đậm đặc – hình thái dễ gây tổn thương nội mạc và hình thành mảng xơ vữa. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ tại Việt Nam dao động từ 60–80% tuỳ theo từng nghiên cứu [3]. Đây là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây các biến cố tim mạch lớn như nhồi máu cơ tim và đột quỵ.

Statin là nhóm thuốc hạ lipid máu được khuyến cáo hàng đầu trong điều trị rối loạn lipid máu, đặc biệt ở bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao như ĐTĐ típ 2 [4]. Nhờ khả năng ức chế enzym HMG-CoA reductase, statin làm giảm tổng hợp cholesterol nội sinh và tăng biểu hiện thụ thể LDL receptor, từ đó làm giảm đáng kể LDL-C huyết tương. Tuy nhiên, có nhiều tranh luận về ảnh hưởng của statin đến kiểm soát đường huyết. Một số nghiên cứu ghi nhận statin làm tăng nhẹ HbA1C hoặc nguy cơ mắc ĐTĐ mới khởi phát, trong khi các nghiên cứu khác không cho thấy sự khác biệt đáng kể [5].

Do đó, việc đánh giá hiệu quả thực tế của statin trong kiểm soát cả lipid máu và đường huyết ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 là cần thiết. Đồng thời, việc xác định các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ cải thiện lipid và HbA1C như tuân thủ điều trị, thời gian mắc bệnh, BMI… cũng góp phần xây dựng chiến lược điều trị toàn diện và cá thể hoá hơn. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: (1) đánh giá sự thay đổi HbA1C và lipid máu sau 3 tháng sử dụng statin 10mg; (2) xác định các yếu tố liên quan đến sự cải thiện các chỉ số HbA1C và LDL-C.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 theo tiêu chuẩn ADA 2024, đã được chẩn đoán trước đó và đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế.
- Được chỉ định bắt đầu điều trị statin liều 10mg (Atorvastatin hoặc Rosuvastatin).
- Không sử dụng statin ≥ 2 tuần trước khi bắt đầu nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả – phân tích có so sánh trước – sau can thiệp.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh gan nặng, thận mạn giai đoạn cuối, ung thư.
- Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

2.4. Cỡ mẫu. Tính theo công thức so sánh hai trung bình có đối chiếu:

$n = [(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 \times 2\sigma^2] / \Delta^2$. Trong đó: $Z\alpha/2 = 1,96$ (với $\alpha = 0,05$); $Z\beta = 0,84$ (với $\beta = 0,20$); σ: độ lệch chuẩn HbA1C trước can thiệp (ước lượng khoảng 1,5%); Δ: mức thay đổi kỳ vọng có ý nghĩa lâm sàng (1%). Thay vào công thức: $n = [(1,96 + 0,84)^2 \times 2 \times (1,5)^2] / (1)^2 = 33,6 \rightarrow$ Làm tròn thành 34 bệnh nhân. Nghiên cứu thực hiện trên 80 bệnh nhân để tăng độ tin cậy.

2.5. Biến số nghiên cứu chính

- HbA1C trước và sau điều trị 3 tháng.
- Các chỉ số lipid máu: cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, triglycerid.
- Sự thay đổi HbA1C (ΔHbA1C): được tính bằng hiệu số giữa HbA1C trước và sau điều trị, nhằm phản ánh mức độ cải thiện đường huyết.
- Sự thay đổi LDL-C (ΔLDL-C): tương tự, được tính bằng hiệu số giữa LDL-C trước và sau điều trị, đại diện cho mức đáp ứng lipid với statin.
- Mức độ tuân thủ điều trị: đánh giá bằng thang điểm MMAS-8.
- Các biến khác: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, BMI, bệnh kèm (THA...), loại thuốc điều trị ĐTĐ.

2.6. Bộ công cụ đánh giá tuân thủ

- MMAS-8 (Morisky Medication Adherence Scale): thang 8 câu hỏi, đánh giá tuân thủ thuốc statin. Thang được phát triển bởi Morisky năm

2008, phiên bản tiếng Việt do Nguyễn Thị Hương dịch và hiệu chỉnh năm 2017 [6], có độ tin cậy Cronbach's alpha = 0,75. Cách đánh giá: Tổng điểm từ 0–8, chia làm 3 mức: tuân thủ thấp (<6 điểm), trung bình (6–7), cao (8 điểm).

2.7. Quy trình nghiên cứu (hiện tại trong tài liệu). Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn mẫu liên tục tại Phòng khám ngoại trú. Ghi nhận thông tin cơ bản, bệnh sử, các biến số nhân khẩu học và lâm sàng. Đánh giá mức độ tuân thủ điều trị thuốc statin bằng MMAS-8. Làm xét nghiệm HbA1C và lipid trước điều trị. Sau 3 tháng dùng statin 10mg và các thuốc điều trị đái tháo đường, tăng huyết áp... thực hiện xét nghiệm lại bilan lipid và HbA1C.

2.8. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả được sử dụng để tính giá trị trung bình ± SD, tần suất (%). Kiểm định phân phối chuẩn các biến định lượng bằng Shapiro-Wilk test trước khi lựa chọn phương pháp thống kê phù hợp. So sánh trước – sau sử dụng paired t-test (vì dữ liệu có phân phối gần chuẩn). Phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến và đa biến để xác định yếu tố ảnh hưởng. Mức ý nghĩa thống kê p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm định lượng của đối tượng nghiên cứu

Biến số	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	55,7	9,13
BMI (kg/m^2)	21,67	3,29
Số năm mắc bệnh đái tháo đường	8,8	5,45
Biến số	**Phân nhóm**	**N (tỷ lệ %)**
Giới	Nữ	56 (70,0%)
	Nam	24(30,0%)
Tăng huyết áp	Có	40 (50,0%)
	Không	40 (50,0%)
Bệnh kèm	Có	44 (55,0%)
	Không	36 (45,0%)
Loại thuốc điều trị đái tháo đường	Insulin	34 (42,5%)
	Thuốc uống	24 (30,0%)
	Kết hợp thuốc ống và Insulin	22 (27,5%)

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình 55,7 ± 9,13 tuổi, thời gian mắc ĐTĐ trung bình gần 9 năm, Tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (70%), một nửa bệnh nhân có tăng huyết áp và hơn 55% có bệnh kèm. Về điều trị, gần 43% dùng insulin đơn thuần, còn lại sử dụng thuốc uống hoặc phối hợp insulin và thuốc uống.

Bảng 2. Mức độ tuân thủ thuốc statin (MMAS-8)

Mức độ tuân thủ MMAS-8	Tần suất (%)
Thấp	32 (40,0%)
Trung bình	36 (45,0%)
Cao	12 (15,0%)
Trung bình: 6,5 ± 1,2	

Nhận xét: Điểm trung bình MMAS-8 là 6,5 ± 1,2. Tỷ lệ bệnh nhân có mức tuân thủ thấp vẫn chiếm cao chiếm 40%, cho thấy cần tăng cường can thiệp cải thiện hành vi tuân thủ điều trị ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ.

3.2. Sự thay đổi chỉ số HbA1C và Cholesterol sau 3 tháng điều trị

Bảng 3. So sánh các chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị

Chỉ số	Trước điều trị		Sau điều trị		Chênh lệch TB	p
	TB	SD	TB	SD		
HbA1C (%)	8,6	1,13	7,53	1,02	1,07	< 0,001
Chol (mmol/L)	5,91	0,6	5,3	0,5	0,61	0,003
LDL-C (mmol/L)	3,65	0,52	2,78	0,39	0,86	0,001
HDL-C (mmol/L)	1,07	0,21	1,18	0,24	-0,1	0,08
TG (mmol/L)	2,13	0,52	1,81	0,54	0,32	0,015

Paired t-test

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị statin 10mg, các chỉ số HbA1C, cholesterol toàn phần, LDL-C và triglycerid đều giảm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Trong đó, HbA1C giảm trung bình 1,07%, LDL-C giảm 0,86 mmol/L. HDL-C tăng nhẹ nhưng không đạt ý nghĩa thống kê (p = 0,08). Cholesterol toàn phần và triglycerid cũng giảm đáng kể.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự cải thiện các chỉ số HbA1C và LDL-C máu sau 3 tháng

Bảng 4. Hồi quy tuyến tính đa biến (biến thiên HbA1C sau 3 tháng điều trị)

Biến độc lập	Hệ số β	p	CI 95% thấp	CI 95% cao
HbA1C trước điều trị	0,674	0,000	0,450	0,899
Biến thiên LDL-C	0,267	0,093	-0,045	0,580
MMAS-8	-0,278	0,021	-0,510	-0,045
BMI (kg/m^2)	-0,034	0,557	-0,151	0,084
Số năm đái tháo đường	-0,043	0,115	-0,097	0,011
Trình độ học vấn	0,116	0,339	-0,125	0,357

Multivariate linear regression

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, HbA1C ban đầu là yếu tố dự báo mạnh nhất cho mức giảm HbA1C (β = 0,674; p

= 0,000). Tuân thủ điều trị thuốc đái tháo đường (MMAS-8) cũng có ảnh hưởng rõ rệt (β = –0,278; p = 0,021), cho thấy sự tuân thủ tốt giúp cải thiện kiểm soát đường huyết. Sự biến thiên LDL-C có xu hướng liên quan đến sự biến thiên HbA1C (p = 0,093), gợi ý mối liên hệ chuyển hóa giữa lipid máu và đường huyết. Các yếu tố khác như BMI, thời gian mắc bệnh, trình độ học vấn không có ý nghĩa thống kê trong mô hình này.

Bảng 5. Hồi quy tuyến tính đa biến (biến phụ thuộc là biến thiên LDL-C sau 3 tháng)

Biến độc lập	Hệ số β	p	CI 95% thấp	CI 95% cao
LDL trước điều trị	0,733	0,000	0,524	0,943
Biến thiên HbA1C	0.048	0.601	-0.134	0.230
MMAS8	-0.202	0,033	-0,388	-0,016
BMI (kg/m^2)	-0,068	0,024	-0,127	-0,009
Số năm đái tháo đường	0,033	0,174	-0,015	0,082
Trình độ học vấn	-0,214	0,011	-0,377	-0,051

Multivariate linear regression

Nhận xét: Mức LDL-C ban đầu là yếu tố dự báo chính cho sự giảm LDL-C sau điều trị (β = 0,733; p = 0,000). Ngoài ra, các yếu tố như tuân thủ thuốc (MMAS-8) (β = –0,202; p = 0,033), BMI (p = 0,024), và trình độ học vấn (p = 0,011) đều có ý nghĩa thống kê, cho thấy vai trò quan trọng của đặc điểm nhân khẩu học và hành vi điều trị. Sự biến thiên HbA1C không có ý nghĩa trong mô hình này (p = 0,601).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự thay đổi HbA1C và lipid máu sau 3 tháng sử dụng statin 10mg. Kết quả cho thấy HbA1C trung bình sau 3 tháng điều trị giảm ý nghĩa từ 8,5% xuống 7,4%, LDL-C giảm từ 3,6 mmol/L xuống 2,8 mmol/L. Sự cải thiện này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Một tổng quan hệ thống gần đây cho thấy việc giảm mỗi 1 mmol/L LDL-C giúp giảm 22% nguy cơ biến cố tim mạch lớn [18]. Cơ chế sinh lý của statin được biết đến với vai trò ức chế enzym HMG-CoA reductase – enzym chính trong quá trình tổng hợp cholesterol tại gan. Qua đó, statin làm giảm tổng hợp cholesterol nội sinh và tăng biểu hiện LDL receptor trên bề mặt tế bào gan, từ đó tăng bắt giữ LDL-C từ máu ngoại vi và làm giảm nồng độ LDL-C trong huyết tương. Ngoài ra, một số dữ liệu gần đây cho thấy statin còn có thể cải thiện tình trạng viêm mạn tính mức độ thấp – yếu tố nền tảng trong cơ chế sinh bệnh của xơ vữa mạch ở bệnh nhân ĐTĐ. Nghiên cứu ROSE2 năm 2024 kết hợp statin với obicetrapib đã ghi nhận giảm LDL-C đến 63,4%, cho thấy triển vọng của các liệu pháp kết hợp mới [7]. Trong khi đó, ảnh hưởng của statin đến đường huyết vẫn là vấn đề được bàn cãi. Tuy nhiên, một nghiên cứu đoàn hệ ở Thái Lan không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về HbA1C sau 6 tháng điều trị statin ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 [8].

Trong nghiên cứu này, dù sử dụng statin, nhóm bệnh nhân vẫn ghi nhận cải thiện HbA1C sau điều trị. Điều này có thể được lý giải bởi sự phối hợp hợp lý giữa thuốc hạ đường huyết nền, mức độ tuân thủ điều trị cao, kiểm soát ban đầu chưa tốt và sự hỗ trợ tư vấn dinh dưỡng. Đây là bằng chứng quan trọng để củng cố quan điểm rằng hiệu quả lâm sàng không chỉ phụ thuộc vào dược lý học mà còn vào bối cảnh chăm sóc đa chiều.

4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự cải thiện HbA1C và lipid. Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy HbA1C ban đầu là yếu tố dự báo mạnh nhất cho sự cải thiện HbA1C (β = 0,674; p < 0,001), đồng thời MMAS-8 có ý nghĩa thống kê (p = 0,021), cho thấy tuân thủ điều trị tốt có vai trò thiết yếu. Ngoài ra, sự biến thiên LDL-C có xu hướng liên quan (p = 0,093), cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa chuyển hóa lipid và glucose đã được chứng minh trong các nghiên cứu sinh lý học và dịch tễ học trước đây. Đối với sự biến thiên LDL-C, LDL ban đầu là yếu tố quyết định mạnh nhất (β = 0,733; p < 0,001), phù hợp với các nghiên cứu trước [9]. Các yếu tố như MMAS-8, trình độ học vấn và BMI cũng cho thấy ảnh hưởng đáng kể (p < 0,05), điều này khẳng định vai trò của giáo dục sức khỏe và hành vi điều trị đối với hiệu quả kiểm soát lipid.

Nghiên cứu tại Mỹ năm 2022 ghi nhận bệnh nhân tuân thủ statin tốt đạt LDL-C mục tiêu cao hơn (74% so với 58%) [10]. Trong khi đó, phân tích dữ liệu từ 12 quốc gia châu Á năm 2021 cho thấy BMI cao và thời gian mắc bệnh dài hơn liên quan âm với mức cải thiện HbA1C. Điều này được lý giải bằng cơ chế mất dần chức năng tế bào β và tăng đề kháng insulin theo thời gian cũng như tích tụ mỡ nội tạng.

Trong nghiên cứu này, các yếu tố như giới, tuổi và loại thuốc điều trị ĐTĐ chưa có ảnh hưởng rõ rệt, tuy nhiên có thể do cỡ mẫu giới hạn. Những yếu tố này vẫn cần được xem xét thêm trong các nghiên cứu đa trung tâm quy mô lớn hơn. Như vậy, nghiên cứu nhấn mạnh rằng hiệu quả cải thiện HbA1C và lipid máu không chỉ phụ thuộc vào thuốc, mà còn phụ thuộc mạnh vào hành vi bệnh nhân, mức độ kiểm soát ban đầu và sự phối hợp đa mô thức trong điều trị. Đây là cơ sở khoa học để đẩy mạnh các chương trình giáo dục cá thể hóa và tăng cường theo dõi

sau kê đơn trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy liệu pháp statin liều 10mg có hiệu quả cải thiện đáng kể cả HbA1C và lipid máu sau 3 tháng điều trị ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Mức HbA1C trung bình giảm 1,1%, LDL-C giảm 0,86 mmol/L. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự cải thiện HbA1C bao gồm HbA1C nền cao hơn, mức tuân thủ điều trị thuốc tốt và xu hướng giảm LDL-C. Trong khi đó, LDL-C cải thiện mạnh hơn ở bệnh nhân có mức LDL-C ban đầu cao, BMI thấp hơn, có trình độ học vấn cao và tuân thủ thuốc tốt.

VI. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề xuất một số kiến nghị nhằm nâng cao hiệu quả kiểm soát lipid máu và đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 như sau: Cần tăng cường phát hiện và điều trị sớm rối loạn lipid máu ở nhóm bệnh nhân này, đặc biệt thông qua sàng lọc định kỳ tại các cơ sở y tế ban đầu. Việc đánh giá HbA1C và các chỉ số lipid máu nên được thực hiện định kỳ để theo dõi hiệu quả can thiệp và kịp thời điều chỉnh phác đồ điều trị phù hợp. Đồng thời, các chương trình can thiệp hành vi và giáo dục sức khỏe cần được triển khai đồng bộ nhằm nâng cao mức độ tuân thủ điều trị, cả đối với statin lẫn thuốc điều trị đái tháo đường. Cuối cùng, để củng cố và mở rộng tính khái quát của kết quả, các nghiên cứu trong tương lai nên được thiết kế với cỡ mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và được thực hiện tại nhiều trung tâm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas, 10th edition. 2021.
2. **Nguyễn Văn Tuấn.** Tình hình mắc bệnh đái tháo đường ở Việt Nam. Tạp chí Nội tiết & Đái tháo đường Việt Nam. 2020;25(4):203–209.
3. **Trần Thị Hồng.** Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2. Y học TP.HCM. 2021;25(2):155–162.
4. **American Diabetes Association.** Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care. 2023;46(Suppl 1):S1–S291.
5. **Yamada T, et al.** Effects of statins on glycemic control in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. Cardiovasc Diabetol. 2023;22(1):101.
6. **Nguyễn Thị Hương.** Hiệu chỉnh thang đo MMAS-8 tiếng Việt và ứng dụng trong nghiên cứu tuân thủ thuốc điều trị. Tạp chí Y học Thực hành. 2017;11(1043):123–127.
7. **Kastelein JJP, et al.** ROSE2 study: Obicetrapib in combination with statins. N Engl J Med. 2024;390:1124–1132.
8. **Rattanasompattikul M, et al.** Statins and glycemic control in Thai diabetic population. Diab Res Clin Pract. 2022;190:110038.
9. **Wang W, et al.** Statin adherence and outcomes in Asia: real-world data. Diabetes Care. 2021;44(6):1340–1347.
10. **Zhang H, et al.** Predictors of LDL-C goal attainment among patients on statins. Am J Cardiol. 2022;182:1–8.

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM OAKLAND Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Ngô Văn Đức[1], Ngô Văn Truyền[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các thang điểm tiên lượng diễn tiến bệnh trong XHTH dưới giúp phân tầng và xác định những bệnh nhân nguy cơ cao, từ đó hỗ trợ việc theo dõi và điều trị tích cực từ giai đoạn sớm, cải thiện kết cục điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên, các dữ liệu hiện có vẫn chưa có sự thống nhất, đặc biệt tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định giá trị tiên lượng của thang điểm Oakland trong xuất huyết tiêu hóa dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 38 bệnh nhân XHTHD điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, tỷ lệ nam/nữ=1,38, độ tuổi trung bình là 58,68 ± 21,60, phần lớn trên 40 tuổi (79%). Tỷ lệ thừa cân-béo phì là 15,8%. Về bệnh nền, có 65,7% bệnh nhân có các bệnh lý về khớp, 39,5% có thiếu máu cục bộ cơ tim và 36,8% có đái tháo đường. Đáng lưu ý, có đến 44,7% có tiền sử xuất huyết tiêu hóa dưới trước đó. Tỷ lệ sử dụng aspirin hoặc clopidogrel là 42,1%. Về kết cục lâm sàng, có 63,2% bệnh nhân cần truyền máu, 15,8% can thiệp nội soi đơn thuần, 18,4% truyền máu kết hợp can thiệp nội soi. Kết cục lâm sàng nặng chiếm 31,6%, trong đó có 21,1% xuất huyết tái phát và 2 trường hợp tử vong nội viện (5,3%). Điểm Oakland trung bình là 17,45±5,3. Tại điểm cắt = 26, khả năng dự báo tử vong có độ nhạy 67%, độ đặc hiệu 94% và AUC 98%. Tại điểm cắt = 21, khả năng dự báo xuất huyết tái phát có độ nhạy 80%, độ đặc hiệu 79% và AUC 79%. **Kết luận:** Thang điểm Oakland có giá trị phân định cao trong dự báo tử vong tại điểm cắt 26 và dự báo xuất huyết tái phát tại điểm

[1]*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Đức
Email: 23810712004@student.ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025
Ngày duyệt bài: 18.6.2025