

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN BỆNH LÝ RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN NĂM 2025

Huỳnh Thị Tú Lan¹, Trần Minh Nghĩa¹, Nguyễn Thị Thu Sen¹, Nguyễn Trần Vĩnh An¹, Nguyễn Tấn Lộc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lipid máu đang gia tăng đáng kể tại Việt Nam, đặc biệt ở người thừa cân béo phì, trở thành gánh nặng sức khỏe cộng đồng do liên quan mật thiết đến bệnh tim mạch và tử vong sớm. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm làm sáng tỏ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân có rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn từ tháng 4/2025 đến 6/2025. **Kết quả:** Trong 150 bệnh nhân rối loạn lipid máu, phần lớn có lối sống ít vận động (92%), béo phì (76,7%), tăng huyết áp (76,7%), đái tháo đường (66,7%) và vòng bụng lớn (66,7%). Rối loạn lipid phổ biến nhất là tăng triglyceride (58%), tiếp theo là tăng LDL-c (14,7%) và giảm HDL-c (8%). Béo phì làm tăng nguy cơ tăng triglyceride (OR = 20,10; p < 0,001) và LDL-c (OR = 7,60; p = 0,024). Vòng bụng lớn và tỷ lệ mỡ nội tạng cao cũng liên quan có ý nghĩa với tăng triglyceride và LDL-c (p < 0,01). Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dấu gai đen, gan nhiễm mỡ với tăng LDL-c, p > 0,05. **Kết luận:** Tăng triglyceride là rối loạn lipid phổ biến nhất (chiếm 58%), tiếp đến là tăng LDL-cholesterol (14,7%) và giảm HDL-cholesterol (8%). Các yếu tố béo phì toàn thân và béo bụng làm tăng rõ rệt nguy cơ rối loạn lipid máu, p < 0,05). Đặc biệt, tăng tỷ lệ mỡ nội tạng làm tăng nguy cơ tăng LDL-c với OR = 15,32; KTC 95%: 2,00 – 117,45, p = 0,001. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, yếu tố ảnh hưởng, rối loạn lipid máu.

SUMMARY

AN EVALUATION OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND INFLUENCING FACTORS OF DYSLIPIDEMIA AT VO TRUONG TOAN UNIVERSITY HOSPITAL IN 2025

Background: Dyslipidemia is increasingly prevalent in Vietnam, particularly among individuals with overweight and obesity. This condition has emerged as a significant public health burden due to its strong association with cardiovascular diseases and premature mortality. **Objectives:** This study aimed to elucidate the clinical characteristics, paraclinical

features, and contributing factors associated with dyslipidemia at Vo Truong Toan University Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 patients diagnosed with dyslipidemia at Vo Truong Toan University Hospital from April 2025 to June 2025. **Results:** Among the 150 patients with dyslipidemia, the majority exhibited a sedentary lifestyle (92%), obesity (76.7%), hypertension (76.7%), type 2 diabetes mellitus (66.7%), and increased waist circumference (66.7%). The most prevalent lipid abnormality was hypertriglyceridemia (58%), followed by elevated low-density lipoprotein cholesterol (14.7%) and reduced high-density lipoprotein cholesterol (8%). Obesity significantly increased the risk of hypertriglyceridemia (OR = 20.10; p < 0.001) and elevated low-density lipoprotein cholesterol (OR = 7.60; p = 0.024). Both increased waist circumference and elevated visceral fat percentage were significantly associated with elevated triglycerides and low-density lipoprotein cholesterol (p < 0.01). No statistically significant association was found between acanthosis nigricans, hepatic steatosis, and elevated low-density lipoprotein cholesterol (p > 0.05). **Conclusion:** Hypertriglyceridemia was the most common lipid disorder (58%), followed by elevated low-density lipoprotein cholesterol (14.7%) and decreased high-density lipoprotein cholesterol (8%). General obesity and abdominal obesity markedly increased the risk of dyslipidemia (p < 0.05). Notably, a high visceral fat ratio was associated with a significantly increased risk of elevated low-density lipoprotein cholesterol (OR = 15.32; 95% confidence interval: 2.00–117.45, p = 0.001).

Keywords: clinical characteristics, paraclinical features, contributing factors, dyslipidemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu là tình trạng có một hoặc nhiều thông số lipid máu bất thường, chẳng hạn như tăng cholesterol toàn phần, tăng triglyceride, tăng LDL-cholesterol hoặc giảm HDL-cholesterol. Đây là yếu tố nguy cơ chính của bệnh lý tim mạch và ngày càng phổ biến trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tăng lipid máu có liên quan đến 48% các trường hợp đột quỵ và 56% ca nhồi máu cơ tim trên toàn cầu, góp phần gây ra khoảng 28 triệu ca tử vong mỗi năm do các bệnh lý liên quan [1]. Tại Việt Nam, hơn 29% người trưởng thành mắc rối loạn lipid máu, đặc biệt ở khu vực thành thị tỷ lệ này lên tới 44,3%. Điều này cho thấy rối loạn lipid máu là một vấn đề

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Tú Lan

Email: minimeowmeow16@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

sức khỏe cộng đồng đáng lo ngại. Trong bối cảnh hiện đại hóa, lối sống ít vận động cùng chế độ ăn giàu năng lượng đang làm gia tăng tình trạng thừa cân béo phì – một nguyên nhân quan trọng dẫn tới rối loạn lipid máu [6]. Béo phì, đặc biệt là béo bụng, được Tổ chức Y tế Thế giới xếp vào nhóm bệnh mạn tính hàng đầu, và tình trạng này làm tăng nguy cơ đồng thời của rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường cùng các bệnh tim mạch [8]. Những năm gần đây, tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu ở mức cao trong các nhóm đối tượng khác nhau. Chẳng hạn, Đỗ Thùy Dung và cộng sự (2024) báo cáo có 61,8% đối tượng khám sức khỏe định kỳ tại Ninh Thuận bị rối loạn lipid máu [3]. Tương tự, nghiên cứu của Nguyễn Trường Đông và cộng sự (2024) thực hiện trên bệnh nhân nội trú tại Kiên Giang cũng cho thấy 69,0% bệnh nhân có rối loạn lipid máu [4]. Tuy nhiên, đặc điểm rối loạn lipid máu có thể khác biệt giữa các vùng địa lý và nhóm dân số. Do đó, khảo sát tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn sẽ góp phần bổ sung dữ liệu đặc hiệu về lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan trong bối cảnh địa phương. Mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định các yếu tố ảnh hưởng đến bệnh lý rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn năm 2025, từ đó góp phần định hướng chiến lược dự phòng và quản lý hiệu quả căn bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý rối loạn lipid máu và điều trị tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn trong năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh rối loạn lipid máu và điều trị tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn Từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân Phụ nữ có thai và đang cho con bú. Bệnh nhân đang hôn mê do biến chứng đái tháo đường, tăng huyết áp, xuất huyết não,... Bệnh nhân không thể giao tiếp bằng lời.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện được chẩn đoán và điều trị bệnh lý rối loạn lipid máu tại bệnh viện đại học Võ Trường Toàn trong năm 2025. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 150 đối tượng thoả tiêu chuẩn và đưa vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi (<30, 30-60 và >60), giới tính (nam/nữ), nơi cư trú (thành thị, nông thôn), thói quen (hút thuốc lá, uống rượu/bia, lối sống ít vận động), tiền sử bệnh (tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử xơ vữa mạch máu, có người thân mắc rối loạn lipid máu, có người thân mắc bệnh tim mạch).

Đặc điểm lâm sàng: dấu gai đen, béo phì, tăng vòng bụng (Nam > 120 cm, nữ > 88 cm) [1].

Đặc điểm cận lâm sàng: Triglyceride (TG), Lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-c), lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-c), đơn vị mmol/L.

Các yếu tố ảnh hưởng đến rối loạn lipid máu: béo phì, tăng vòng bụng, dấu gai đen, gan nhiễm mỡ, tăng tỷ lệ mỡ nội tạng.

Thu thập dữ liệu: Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được thu thập đầy đủ thông tin cá nhân, bệnh sử và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết vào một phiếu thu thập số liệu thống nhất.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0. Thống kê mô tả tần số, tần suất, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Võ Trường Toàn. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 4/2025 đến 6/2025, chúng tôi thu thập được 150 bệnh nhân mắc bệnh lý rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $60,5 \pm 12,20$ dao động từ 24 đến 97 tuổi, nhóm tuổi ≥ 60 chiếm đa số (56%). Đa số đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là nữ (70%), chủ yếu sống ở nông thôn (86,7%).

Bảng 1. Đặc điểm về tiền sử bệnh và thói quen

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Uống rượu/bia	41	27,3
Hút thuốc lá	30	20,0
Lối sống ít vận động	138	92,0
Tăng huyết áp	115	76,7
Đái tháo đường	100	66,7
Tiền sử xơ vữa mạch máu	75	50
Có người thân mắc RLLP máu	50	33,3
Có người thân mắc bệnh tim mạch	26	17,3

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có lối sống ít vận động chiếm ưu thế rõ rệt (92%), theo sau là tăng huyết áp (76,7%) và đái tháo đường (66,7%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dấu gai đen	31	20,7
Béo phì	115	76,7
Tăng vòng bụng	100	66,7

Nhận xét: Trong nghiên cứu, tỷ lệ béo phì chiếm đa số (76,7%) và tăng vòng bụng (66,7%).

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn các thành phần lipid máu

	Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
TG	Tăng	87	58
	Bình thường	63	42
LDLc	Tăng	22	14,7
	Bình thường	128	85,3
HDLc	Giảm	12	8
	Bình thường, cao	138	92

Nhận xét: Trong ba thành phần lipid máu, rối loạn phổ biến nhất là tăng triglyceride (TG) với tỷ lệ 58%, tiếp theo là tăng LDL-c (14,7%) và giảm HDL-c (8%). Đáng chú ý, phần lớn bệnh nhân có mức LDL-c và HDL-c trong giới hạn bình thường hoặc cao (lần lượt 85,3% và 92%).

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng Triglyceride

Đặc điểm	Triglyceride		OR	p
	Tăng	Không tăng		
Béo phì	Có	83 (72,2%)	20,10 (6,57 – 61,50)	<0,001**
	Không	4 (11,4%)		
Tăng vòng bụng	Có	83 (83%)	1,12 (0,69 – 1,65)	<0,001**
	Không	4 (8%)		
Dấu gai đen	Có	19 (61,3%)	0,84 (0,38-1,89)	0,677*
	Không	68 (57,1%)		
Gan nhiễm mỡ	Có	73 (57%)	1,32 (0,52 – 3,36)	0,562*
	Không	14 (63,6%)		
Tăng tỷ lệ mỡ nội tạng	Có	83 (87,4%)	1,32 (0,52 – 3,36)	<0,001**
	Không	4 (7,3%)		

Nhận xét: Béo phì làm tăng nguy cơ tăng triglycerid máu với OR = 20,10 (KTC 95%: 6,57 – 61,50), p < 0,001. Tăng vòng bụng cũng liên quan có ý nghĩa với tình trạng tăng triglycerid, OR = 1,12 (KTC 95%: 0,69 – 1,65), p < 0,001

*Chi-square test, Fisher's exact test và tăng tỷ lệ mỡ nội tạng (OR = 1,32; KTC 95%: 0,52 – 3,36; p < 0,001). Ngược lại, các yếu tố như dấu gai đen (OR = 0,84; KTC 95%: 0,38 – 1,89; p = 0,677), gan nhiễm mỡ (OR = 1,32; KTC 95%: 0,52 – 3,36; p = 0,562).

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tăng LDL-c

Đặc điểm	LDLc		OR	p
	Tăng	Không tăng		
Béo phì	Có	21 (18,3%)	7,60 (0,99 – 58,66)	0,024**
	Không	1 ((2,9%)		
Tăng vòng bụng	Có	20 (20%)	6,00 (1,34 – 26,81)	0,009**
	Không	2 (4%)		
Dấu gai đen	Có	3 (9,7%)	1,77 (0,49 – 6,43)	0,569**
	Không	19 (16,0%)		
Gan nhiễm mỡ	Có	16 (12,5%)	2,63 (0,90 – 7,69)	0,098*
	Không	6 (27,3%)		
Tăng tỷ lệ mỡ nội tạng	Có	21 (22,1%)	15,32 (2,00 – 117,45)	0,001**
	Không	1 (1,8%)		

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng tăng LDL-c bao gồm: béo phì (OR = 7,60; KTC 95%: 0,99 – 58,66; p = 0,024), tăng vòng bụng (OR = 6,00; KTC 95%: 1,34 – 26,81; p = 0,009), và tăng tỷ lệ mỡ nội tạng (OR = 15,32; KTC 95%: 2,00 – 117,45; p =

*Chi-square test, Fisher's exact test 0,001). Chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dấu gai đen, gan nhiễm mỡ với tăng LDL-c, p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hiện tại đã thu thập dữ liệu của 150 bệnh nhân rối loạn lipid máu, ghi nhận được một số kết quả đáng chú ý, trong ba thành phần

lipid máu, rối loạn phổ biến nhất là tăng TG với tỷ lệ 58%, tiếp theo là tăng LDL-c (14,7%) và giảm HDL-c (8%). Chúng tôi ghi nhận béo phì và tăng vòng bụng làm tăng nguy cơ tăng TG và LDL-c có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy mô hình rối loạn lipid máu ưu thế tăng triglyceride, phù hợp với xu hướng ghi nhận tại một số nơi khác. So với nghiên cứu của Đỗ Thùy Dung và cộng sự (2024) trên đối tượng khám sức khỏe tại Ninh Thuận, tỷ lệ tăng triglyceride trong nghiên cứu này cao hơn rõ rệt (58% so với 43,1%), trong khi tỷ lệ tăng LDL-c (14,7% so với 21,1%) và giảm HDL-c (8% so với 25,2%) lại thấp hơn [3]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số: nghiên cứu của Đỗ Thùy Dung chủ yếu gồm nam giới trẻ tuổi (trung vị 29 tuổi), trong khi nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu mắc các bệnh chuyển hóa mạn tính như béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường. Tương tự, nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trên bệnh nhân hội chứng vành cấp cũng ghi nhận tăng triglyceride là rối loạn phổ biến nhất (55,4%), vượt trội so với tăng LDL-c (25,9%). Tuy nhiên, tỷ lệ giảm HDL-c ở nhóm này lại rất cao (46,1%) so với nghiên cứu hiện tại [5]. Điều này có thể phản ánh đặc điểm bệnh cảnh: bệnh nhân hội chứng vành cấp thường là nam giới lớn tuổi, hút thuốc, có nguy cơ xơ vữa cao và tình trạng giảm HDL-c kéo dài; trong khi đó, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu này dù có béo phì nhưng vẫn duy trì mức HDL-c trong giới hạn bình thường hoặc cao (92% không giảm HDL-c), có thể nhờ chưa tiến triển đến giai đoạn bệnh lý nặng hoặc đã được can thiệp điều trị. Những khác biệt này cho thấy mô hình rối loạn lipid máu phụ thuộc đáng kể vào đặc điểm quần thể (tuổi, giới, bệnh lý nền) và bối cảnh lâm sàng (tầm soát ngoại trú hay điều trị nội trú bệnh lý nặng), từ đó nhấn mạnh tầm quan trọng của việc khảo sát đặc thù từng nhóm dân số trong chiến lược phòng ngừa và điều trị bệnh tim mạch [7].

Phân tích của chúng tôi khẳng định vai trò nổi bật của béo phì và béo bụng trong cơ chế bệnh sinh rối loạn lipid máu. Người béo phì có nguy cơ tăng triglyceride máu cao gấp khoảng 20 lần so với người không béo phì (OR = 20,10; KTC 95%: 6,57–61,50; $p < 0,001$). Tương tự, vòng bụng lớn (OR = 11,2; $p < 0,001$) và tỷ lệ mỡ nội tạng cao (OR = 1,32; $p < 0,001$) cũng là các yếu tố nguy cơ có ý nghĩa. Những dữ liệu này phù hợp với cơ chế bệnh sinh đã được biết đến: tình trạng đề kháng insulin và tăng axit béo tự do trong béo phì làm tăng tổng hợp VLDL tại

gan, kéo theo tăng triglyceride máu và thường kèm theo giảm HDL-c. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với báo cáo của Zheng và cộng sự (2024) tại Trung Quốc, cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid tăng rõ rệt ở người béo phì toàn diện (58,8%) so với nhóm không béo phì (39,3%), và nguy cơ cao nhất ở nhóm "béo phì hỗn hợp" – kết hợp béo toàn thân và béo bụng. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận béo phì làm tăng nguy cơ LDL-c cao (OR = 7,60; $p = 0,024$), với vòng bụng lớn (OR = 6,00; $p = 0,009$) và mỡ nội tạng cao (OR = 15,32; $p = 0,001$) cũng là yếu tố liên quan chặt chẽ [9]. Những phát hiện này củng cố giả thuyết rằng béo phì, đặc biệt là béo bụng, có liên hệ mật thiết với rối loạn chuyển hóa lipid, thông qua việc tăng sản xuất apoB và giảm thanh thải LDL tại gan. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hải và cộng sự (2025) cũng ghi nhận nam giới có tăng cholesterol và triglyceride có nguy cơ nhồi máu cơ tim cao hơn, gián tiếp củng cố mối liên quan giữa rối loạn lipid do béo phì và bệnh tim mạch [5]. Do đó, kiểm soát cân nặng và vòng bụng cần được xem là trọng tâm trong chiến lược phòng ngừa và điều trị rối loạn lipid máu.

Đáng chú ý, 92% bệnh nhân trong nghiên cứu có lối sống ít vận động – một tỷ lệ rất cao và đáng lo ngại. Sự tĩnh tại này là yếu tố thuận lợi cho thừa cân, tăng triglyceride và rối loạn lipid máu nói chung. Tăng triglyceride thường gặp ở người ít vận động, béo phì, uống rượu bia hoặc mắc đái tháo đường. Vì vậy, thay đổi lối sống vẫn là biện pháp nền tảng trong điều trị rối loạn lipid máu, bên cạnh dùng thuốc. Tỷ lệ đồng mắc tăng huyết áp (76,7%) và đái tháo đường type 2 (66,7%) trong nhóm rối loạn lipid cũng rất cao, phản ánh mối liên hệ nội tạng trong hội chứng chuyển hóa. Theo Nguyễn Trường Đông và cộng sự (2024), tiền sử gia đình rối loạn lipid và uống rượu quá mức cũng là các yếu tố nguy cơ quan trọng. Mặc dù nghiên cứu hiện tại không thu thập dữ liệu chi tiết về rượu bia, phần lớn bệnh nhân nam thừa cân kéo dài có thể phản ánh lối sống dư năng lượng, bao gồm cả việc tiêu thụ rượu [4]. Các kết quả trên nhấn mạnh tầm quan trọng của điều trị toàn diện – giảm cân, tăng vận động, kiểm soát huyết áp và đường huyết – ở bệnh nhân rối loạn lipid máu [8].

Một số đặc điểm lâm sàng như dấu gai đen và gan nhiễm mỡ không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với tình trạng tăng triglyceride hoặc LDL-c ($p > 0,05$). Mặc dù các yếu tố này thường được xem là biểu hiện của hội chứng chuyển hóa, kết quả âm tính trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu giới hạn hoặc ảnh hưởng bị che lấp bởi tỷ lệ béo phì cao. Ngoài ra,

siêu âm – công cụ chẩn đoán gan nhiễm mỡ được sử dụng – có thể chưa đủ nhạy để phát hiện các mức độ tích tụ mỡ có liên quan đến rối loạn lipid. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Trường Đông và cộng sự (2024) [4] – nhóm tác giả ghi nhận mối liên quan giữa tiền sử gia đình và uống rượu với rối loạn lipid máu – cho thấy sự khác biệt có thể bắt nguồn từ thiết kế nghiên cứu và đối tượng: nghiên cứu của Đông thực hiện trên bệnh nhân nội trú với bệnh cảnh cấp tính, trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào bệnh nhân ngoại trú mạn tính [2]. Nhìn chung, cả hai nghiên cứu đều nhấn mạnh rằng rối loạn lipid máu là kết quả của nhiều yếu tố kết hợp: di truyền, lối sống và tình trạng béo phì – tất cả đều góp phần định hình các chỉ số lipid máu và nguy cơ tim mạch của từng cá nhân [6].

Nghiên cứu của chúng tôi có ưu điểm nổi bật là thu thập đồng thời các dữ liệu nhân trắc học (BMI, vòng bụng, tỷ lệ mỡ nội tạng), bệnh sử và lối sống, cho phép đánh giá toàn diện các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu trong nhóm bệnh nhân ngoại trú thực tế tại tuyến bệnh viện đại học. Tuy nhiên, nghiên cứu vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu cắt ngang đơn trung tâm với cỡ mẫu còn khiêm tốn, do đó khả năng khái quát hóa cho quần thể rộng hơn còn hạn chế. Thứ hai, do thiết kế mô tả nên chưa thể xác định quan hệ nhân quả giữa các yếu tố nguy cơ và rối loạn lipid máu – chẳng hạn, chưa thể phân định liệu lối sống ít vận động dẫn đến rối loạn lipid hay ngược lại.

V. KẾT LUẬN

Tăng triglyceride là rối loạn lipid phổ biến nhất (chiếm 58%), tiếp đến là tăng LDL-cholesterol (14,7%) và giảm HDL-cholesterol (8%). Phần lớn bệnh nhân có kèm béo phì (76,7%), vòng bụng lớn (66,7%) và lối sống ít vận động (92%). Các yếu tố béo phì toàn thân và béo bụng làm tăng rõ rệt nguy cơ rối loạn lipid máu, béo phì có nguy cơ tăng triglyceride và LDL-c cao hơn nhóm không béo phì (OR lần lượt khoảng 20 và 7,6; $p < 0,05$). Đặc biệt, tăng tỷ lệ mỡ nội tạng làm tăng nguy cơ tăng LDL-c với OR = 15,32; KTC 95%: 2,00 – 117,45, $p = 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alloubani A, Nimer R, Samara R.** Relationship between Hyperlipidemia, Cardiovascular Disease and Stroke: A Systematic Review. *Curr Cardiol Rev.* 2021;17(6): e051121189015. doi:10.2174/1573403X16999201210200342.
2. **Abera, A., Worede, A., Hirigo, A. T., Alemayehu, R., & Ambachew, S.** (2024). Dyslipidemia and associated factors among adult cardiac patients: a hospital-based comparative cross-sectional study. *European journal of medical research*, 29(1), 237. <https://doi.org/10.1186/s40001-024-01802-x>.
3. **Đỗ Thuỳ Dung, Lê Huy Thạch và cộng sự** (2024), Bước đầu nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu ở đối tượng khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận, *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 80, 24-29, <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i80.2997>.
4. **Nguyễn Trường Đông và cộng sự** (2024). Tỷ lệ rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội, Trung tâm Y tế huyện An Minh năm 2023. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 533(1), 93-98. DOI: 10.51298/vmj.v533i1.7793.
5. **Nguyễn Hoàng Hải và cộng sự** (2025). Nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 551(3), 76-82. DOI: 10.51298/vmj.v551i3.14770.
6. **Ho, N. T., Tran, M. T., Tran, C. T. D., Vanderbloemen, L., Pham, T. T., Hoang, L. B., Nguyen, Q. V., Dorn, J., Trevisan, M., Shu, X. O., & Le, L. C.** (2024). Prevalence of metabolic syndrome among Vietnamese adult employees. *Nutrition, metabolism, and cardiovascular diseases: NMCD*, 34(2), 326–333. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2023.10.002>.
7. **Pappan N, Awosika AO, Rehman A.** Dyslipidemia. [Updated 2024 Mar 4]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560891/>
8. **Yin, H., Lu, B., Zeng, K. et al.** Prevalence and factors associated with dyslipidemia in patients with first hospitalization for major depressive disorder: a large sample cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 24, 396 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05848-3>.
9. **Zheng, C., Liu, Y., Xu, C. et al.** Association between obesity and the prevalence of dyslipidemia in middle-aged and older people: an observational study. *Sci Rep* 14, 11974 (2024). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-62892-5>.