

# Đánh giá hiệu quả kiểm soát LDL-c bằng rosuvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ

Lê Tân Tố Anh<sup>1</sup>, Trần Quốc Luận<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ

<sup>2</sup> Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai yếu tố nguy cơ tim mạch thường song hành và làm gia tăng các biến cố tim mạch nguy hiểm. Rosuvastatin là statin được khuyến cáo sử dụng phổ biến ở nhiều nước trên thế giới và việc được đánh giá rõ hơn về hiệu quả cũng như độ an toàn của thuốc trên đối tượng bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn máu là cần thiết.

**Mục tiêu:** 1) Mô tả đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. 2) Đánh giá hiệu quả kiểm soát LDL-C máu bằng Rosuvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát và tỷ lệ các tác dụng phụ của thuốc.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 116 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2020 đến tháng 9/2020.

**Kết quả:** Tuổi trung bình  $62,75 \pm 8,3$  tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,9/1, tỷ lệ tăng nồng độ Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C lần lượt là 93,1%; 80,17% và 93,97%. Giảm nồng độ HDL-c là 21,56%. Sau 12 tuần điều trị với Rosuvastatin 20mg, cholesterol TP, Triglycerid, LDL-C giảm trung bình lần lượt 1,98mmol/L; 0,45mmol/L và 1,69mmol/L;

HDL-c tăng trung bình 0,07 mmol/L so với trước điều trị, sự thay đổi có ý thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ tăng nồng độ Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C sau điều trị lần lượt là 25,59%; 31,9% và 81,03%. Giảm nồng độ HDL-c là 9,45%. Tỷ lệ bệnh nhân có LDL-C đạt mục tiêu điều trị  $< 1,8$ mmol/L là 25,86%. Tỷ lệ giảm LDL-C  $> 50\%$  là 63,79%. Tác dụng phụ: tỷ lệ tăng men ALT trên 3 lần bình thường là 1,72%.

**Kết luận:** Bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có tỷ lệ rối loạn lipid máu cao, cần được tăng cường tầm soát. Điều trị Rosuvastatin cường độ cao ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có nguy cơ tim mạch từ trung bình đến rất cao nên xem xét một cách thường quy vì hiệu quả đã được chứng minh và cân theo dõi ALT sau mỗi 3 tháng mặc dù độ an toàn của thuốc đã được chứng minh.

**Từ khóa:** Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, LDL-C, Rosuvastatin.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu là hai trong số các yếu tố nguy cơ tim mạch thường kết hợp nhau trên lâm sàng. Tăng huyết áp khi kết hợp với rối loạn lipid máu làm gia tăng các biến chứng nguy hiểm như: hội chứng mạch vành cấp, bệnh mạch máu não. Hội Tim mạch học Quốc gia

Việt Nam cũng như nhiều tổ chức y tế khác trên thế giới đều thống nhất đưa ra khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu bằng phương pháp thay đổi lối sống, tiết chế và dùng thuốc, trong đó statin là thuốc được lựa chọn hàng đầu. Khả năng thuốc đã được nghiên cứu chứng minh có hiệu quả trong việc kiểm soát rối loạn lipid máu và hiện nay atorvastatin đang được sử dụng rộng rãi [3]. Tuy nhiên, rosuvastatin là một trong những thuốc thuộc nhóm statin, đã được sử dụng phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cho thấy có hiệu lực và an toàn cao hơn trong điều trị tăng cholesterol máu, tăng LDL-C và trong chừng mực nhất định làm giảm triglycerid máu và làm tăng HDL-C [2]. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài “Đánh giá hiệu quả kiểm soát LDL-C bằng Rosuvastatin ở bệnh nhân Tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ” với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát.
2. Đánh giá hiệu quả kiểm soát LDL-C máu bằng Rosuvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát và tỷ lệ các tác dụng phụ của thuốc.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân tăng huyết

áp nguyên phát có rối loạn lipid máu đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ từ tháng 4/2020 đến tháng 9/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân THA thứ phát; bệnh nhân có thai, cho con bú; bệnh nhân đang mắc các bệnh lý: nhiễm trùng cấp tính, suy giáp, cường giáp, hội chứng thận hư, đang sử dụng corticoid, cyclosporin; Bệnh nhân có các chống chỉ định với Rosuvastatin.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Cỡ mẫu:** 116 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu. Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ, thuận tiện, không xác suất.

**Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung: tuổi; giới; các yếu tố nguy cơ tim mạch: hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2, bệnh mạch vành, bệnh động mạch ngoại biên, bệnh mạch máu não, bệnh thận mạn.

Đặc điểm rối loạn lipid máu trước và sau 12 tuần điều trị bằng Rosuvastatin 20mg.

Đạt mục tiêu điều trị LDL-C < 1,8mmol/L hoặc giảm hơn 50% giá trị ban đầu.

Tác dụng phụ: tăng men ALT > 3 lần, đau mỗi cơ.

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm Stata 14.0.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới nữ (n,%)</b>	76	65,52
<b>Tuổi (năm)</b>	62,75±8,3	
< 60 tuổi	43	37,07
≥ 60 tuổi	73	62,93

## ► NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

<b>Đặc điểm về tiền sử bệnh</b>		
Bệnh thận mạn giai đoạn 3 (n, %)	8	7,00
Hút thuốc lá (n, %)	24	20,69
Đột quỵ (n, %)	25	21,55
Bệnh mạch vành (n, %)	29	25,00
Đái tháo đường (n, %)	66	56,89

Tuổi trung bình của 116 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu là  $62,75 \pm 8,3$  tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi chiếm tỷ lệ 62,93%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,9/1.

Bệnh nhân mắc đái tháo đường 56,89% (66 trường hợp), bệnh mạch vành 25% (29 trường hợp), tỷ lệ tiền sử đột quỵ 21,55% (25 trường hợp), tỷ lệ hút thuốc lá 20,69% (24 trường hợp nam giới). Bệnh thận mạn giai đoạn 3 có 8 trường hợp, chiếm tỷ lệ 7%.

Bảng 2. Giá trị bilan lipid máu trước khi điều trị

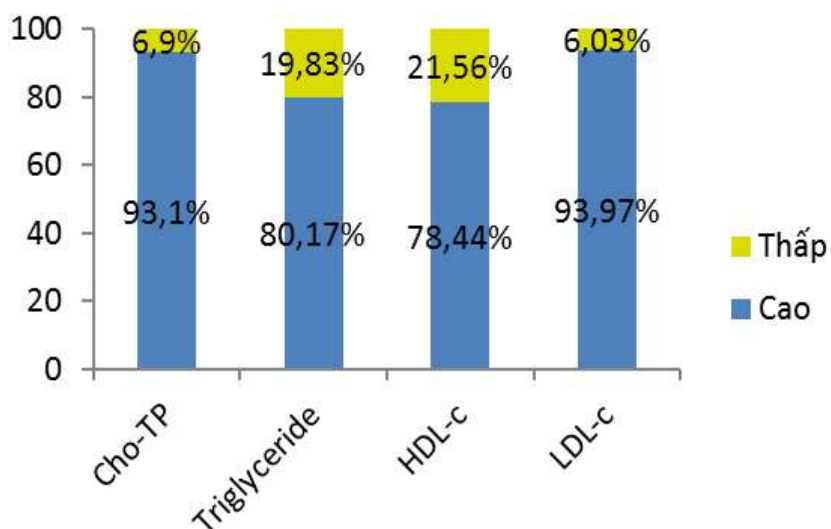
<b>Lipid máu</b>	<b>TB <math>\pm</math> ĐLC (nhỏ nhất - lớn nhất) (mmol/L)</b>
Cholesterol toàn phần	$6,39 \pm 1,14$ (2,7 - 11,4)
Triglyceride	$2,75 \pm 1,71$ (0,8 - 13,1)
HDL-c	$1,49 \pm 0,44$ (0,9 - 4,4)
LDL-C	$4,19 \pm 0,67$ (3,1 - 6)

Các chỉ số lipid máu trước điều trị của bệnh nhân đều cao, giá trị trung bình của Cholesterol toàn phần, LDL-C lần lượt là  $6,39 \pm 1,14$  (mmol/L) và  $4,19 \pm 0,67$  (mmol/L).

Bảng 3. Đặc điểm về mức độ rối loạn lipid máu của bệnh nhân theo NCEP - ATP III

<b>Chỉ số lipid máu của bệnh nhân</b>	<b>Tần số (n)</b>	<b>Tỷ lệ (%)</b>
<b>Cholesterol toàn phần</b>		
Bình thường ( $< 200\text{mg/dL}$ ) ( $< 5,2\text{mmol/L}$ )	8	6,9
Cao giới hạn ( $200-239\text{mg/dL}$ ) ( $5,3-6,1\text{mmol/L}$ )	45	45,69
Cao ( $\geq 240\text{mg/dL}$ ) ( $\geq 6,2\text{mmol/L}$ )	63	54,31
<b>Triglycerid</b>		
Bình thường ( $< 150\text{mg/dL}$ ) ( $< 1,7\text{mmol/L}$ )	23	19,83
Cao giới hạn ( $150-199\text{mg/dL}$ ) ( $1,7-2,2\text{mmol/L}$ )	34	29,31

Cao (200-499mg/dL) (2,3-5,6mmol/L)	53	45,69
Rất cao ( $\geq 500$ mg/dL) ( $\geq 5,7$ mmol/L)	6	5,17
<b>HDL-c</b>		
Thấp (<40mg/dL) ( $\leq 0,9$ mmol/L)	25	21,56
Bình thường (40-60mg/dL) (1,0 -1,5mmol/L)	45	38,79
Cao ( $\geq 60$ mg/dL) ( $\geq 1,6$ mmol/L)	46	39,65
<b>LDL-C</b>		
Tối ưu (<100mg/dL) (<2,6mmol/L)	0	0
Gần tối ưu (100-129mg/dL) (2,6-3,4mmol/L)	7	6,03
Cao giới hạn (130-159mg/dL) (3,5-4,0mmol/L)	50	43,1
Cao (160-189mg/dL) (4,1-4,8mmol/L)	44	87,07
Rất cao ( $\geq 190$ mg/dL) ( $\geq 4,9$ mmol/L)	15	12,93



Biểu đồ 1. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân theo từng chỉ số theo NCEP-ATPIII

Có sự rối loạn trong tất cả các trị số lipid máu trước điều trị, trong đó tăng Cholesterol toàn phần ở mức rất cao 93,1%. Triglyceride tăng cao và rất cao chiếm tỷ lệ 80,17%. Giảm HDL-c chiếm 21,56%. Chưa có bệnh nhân nào đạt mức kiểm soát điều trị về LDL-C theo hướng dẫn của châu Âu năm 2019 (<100mg/dL) (<2,6mmol/L).

**3.2. Kết quả kiểm soát LDL-C điều trị bằng Rosuvastatin 20mg**

*Bảng 4. Giá trị bilan lipid máu sau điều trị*

Lipid máu	TB ± ĐLC (nhỏ nhất – lớn nhất) (mmol/L)
Cholesterol toàn phần	4,41 ± 1,17 (1,5 - 8,1)
Triglycerid	2,29 ± 1,16 (0,7 - 8,3)
HDL-c	1,56 ± 0,37 (0,9 - 2,1)
LDL-c	2,5 ± 0,86 (1,1 - 6,2)

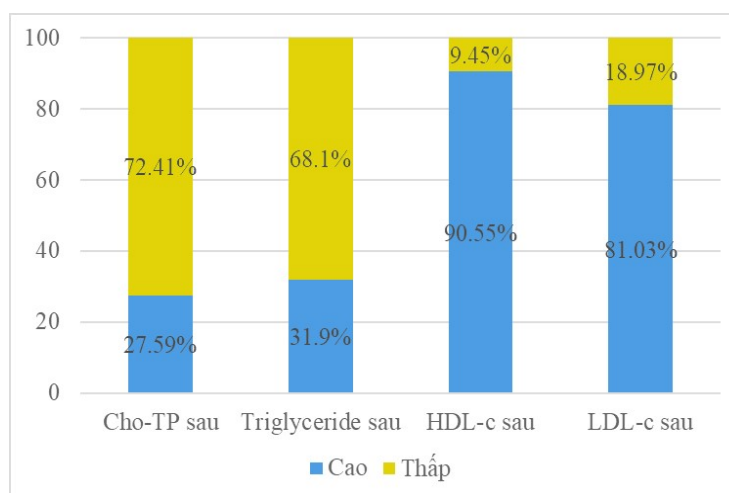
Kết quả từ bảng 2 và bảng 4 cho thấy các chỉ số Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C đều giảm và HDL-c có tăng sau 12 tuần điều trị Rosuvastatin 20mg so với trước khi điều trị.

*Bảng 5. Thay đổi giá trị lipid máu trước và sau điều trị*

Lipid máu	TB±ĐLC (mmol/L)		Khác biệt TB (KTC 95%)	P
	Trước	Sau		
Cholesterol TP	6,39±1,14	4,41±1,17	1,98 (1,68-2,28)	<b>&lt;0,001</b>
Triglycerid	2,75±1,71	2,29±1,16	0,45 (0,72-0,83)	<b>0,02</b>
HDL-c	1,49 ± 0,44	1,56±0,37	0,142 (0,03- 0,19)	<b>0,0053</b>
LDL-C	4,19±0,67	2,5±0,86	1,69 (1,49-1,89)	<b>&lt;0,0001</b>

\* **Nhận xét:** Cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL-c giảm trung bình lần lượt 1,98 mmol/L; 0,45mmol/L, 1,69 mmol/L. Ngược lại, chỉ số HDL-c tăng trung bình 0,07 mmol/L.

Tất cả sự thay đổi trên đều có ý thống kê (p<0,05).



*Biểu đồ 2. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân theo từng chỉ số theo NCEP-ATPIII sau điều trị*

Bảng 6. Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C <70mg% (1,8mmo/L) sau điều trị

	Tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-c sau điều trị <70mg% (1,8mmo/L)	
	Đạt (n,%)	Không đạt (n,%)
<b>LDL-c</b>	30 (25,86)	86 (74,1)

\* **Nhận xét:** LDL-C đạt mục tiêu điều trị <1,8mmo/L sau 12 tuần là 25,86%.

Bảng 7. Tỷ lệ giảm >50% LDL-C sau điều trị

	Tỷ lệ giảm >50% LDL-c	
	Đạt (n, %)	Không đạt (n,%)
<b>LDL-c</b>	74 (63,79)	42 (36,21)

\* **Nhận xét:** Tỷ lệ giảm LDL-C >50% sau 12 tuần điều trị là 63,79%.

### 3.3. Tác dụng phụ của Rosuvastatin

Bảng 8. Tỷ lệ tăng men ALT sau điều trị

Tăng men gan	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng men ALT ≥ 3 lần	2	1,72
Không tăng hoặc tăng <3 lần	114	98,28
<b>Tổng</b>	116	100

\* **Nhận xét:** Sau quá trình điều trị bằng Rosuvastatin 20mg sau 12 tuần có 2 bệnh nhân tăng men ALT trên 3 lần bình thường chiếm tỷ lệ 1,72%.

Theo nghiên cứu chưa ghi nhận được triệu chứng đau cơ ở bệnh nhân.

## 4. BÀN LUẬN

Khảo sát trên 116 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu ghi nhận nữ giới chiếm 65,52% cao hơn so với nam giới là 34,48%, tỷ lệ nữ cao gấp 1,9 lần nam. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 62,75 ± 8,3 tuổi. Nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm 62,93%, dưới 60 tuổi chiếm 37,07%. Kết quả tương tự của tác giả Dương Hoàng Vũ khi thực hiện nghiên cứu rối loạn lipid máu trên bệnh nhân bệnh mạch vành mạn điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ năm 2018 [6] và tương đồng nghiên cứu của Phạm Thanh Bình ghi nhận nhóm tuổi 60-79 chiếm 57,9%, tuổi trung bình 65,23 tuổi [1].

Qua nghiên cứu, ghi nhận đa số bệnh nhân có mắc đái tháo đường chiếm tỷ lệ 56,89% (66 trường hợp), bệnh mạch vành là 25% (29 trường hợp), tỷ lệ tiền sử đột quỵ 21,55% (25 trường hợp), tỷ lệ hút thuốc lá 20,69% (24 trường hợp nam giới). Bệnh thận mạn giai đoạn 3 có 8 trường hợp, chiếm tỷ lệ 7%. Kết quả cho thấy bệnh nhân tăng huyết áp thường đi kèm với nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh lý tim mạch khác.

Giá trị bilan lipid máu của bệnh nhân tăng huyết áp trước điều trị, chúng tôi ghi nhận: cholesterol toàn phần 6,39 ± 1,14mmol/L, triglyceride 2,75 ± 1,71mmol/L, LDL-C 4,19 ± 0,67mmol/L, HDL-C 1,49 ± 0,44mmol/L. Nồng

độ Cholesterol TP, triglyceride và LDL-C ở bệnh nhân đều ở giới hạn cao và rất cao trước khi bước vào nghiên cứu. Kết quả này tương tự kết quả của Phạm Thanh Bình [1], Huỳnh Minh Ngọc [4] nhưng lại cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu CEPHEUS SA của tác giả Frederick Raal [12], sự khác biệt trên có thể là do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn.

Về tình hình rối loạn lipid máu, qua nghiên cứu được ghi nhận như sau: tỷ lệ tăng Cholesterol TP, Triglyceride, HDL-c, LDL-C lần lượt là 93,1%; 80,17%; 78,44% và 93,97%. Kết quả trong nghiên cứu của Phạm Thanh Bình cho thấy mức độ rối loạn từng thành phần lipid máu cụ thể như sau: tăng cholesterol ở mức cao giới hạn là 25,0%, mức cao 11,5%; tăng triglyceride ở mức cao giới hạn 20,4%, mức cao 23,0%, rất cao 1,8%; giảm HDL-c 27,2%, tăng LDL-C ở mức cao giới hạn 19,3%, mức cao 5,3% và mức rất 2,6% [1]. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc [4].

Về kết quả kiểm soát lipid máu khi điều trị bằng Rosuvastatin 20mg, qua 12 tuần điều trị, nồng độ trung bình cholesterol từ  $6,39 \pm 1,14$  mmol/L giảm xuống còn  $4,41 \pm 1,17$  mmol/L, trung bình giảm được 1,98 mmol/L ( $p < 0,001$ ); Nồng độ trung bình triglyceride trước điều trị  $2,75 \pm 1,71$  mmol/L giảm còn  $2,29 \pm 1,16$  với  $p = 0,02$ . Theo nghiên cứu của Phạm Thanh Bình thì nồng độ trung bình cholesterol trước điều trị  $4,92 \pm 1,07$  mmol/L và sau điều trị còn  $4,84 \pm 0,89$  mmol/L; triglyceride trước điều trị  $1,89 \pm 1,13$  mmol/L và tăng lên sau điều trị  $1,96 \pm 0,93$  mmol/L [1]; tác giả Huỳnh Minh Ngọc ghi nhận nồng độ trung bình cholesterol trước điều trị bằng rosuvastatin là  $6,57 \pm 0,75$  mmol/L và sau điều trị giảm còn  $4,17 \pm 0,73$  mmol/L; triglyceride trước điều trị là  $2,99 \pm 0,96$  mmol/L, sau điều trị giảm còn  $2,09 \pm 0,81$  mmol/L [4].

Nồng độ HDL-c sau 12 tuần điều trị bằng rosuvastatin thay đổi từ  $1,49 \pm 0,44$  mmol/L tăng lên  $1,56 \pm 0,37$  mmol/L với giá trị trung bình tăng thêm 0,142 mmol/L, sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả trong nghiên cứu của

chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả sau: Phạm Thanh Bình [1] và tác giả Huỳnh Minh Ngọc [4] và có sự khác biệt với tác giả Dương Hoàng Vũ nồng độ trung bình HDL-c trước điều trị  $1,44 \pm 0,85$  mmol/L sau điều trị giảm xuống  $1,26 \pm 0,26$  mmol/L [6].

Nồng độ trung bình LDL-C giảm đáng kể sau 12 tuần điều trị bằng Rosuvastatin 20mg, trước điều trị là  $4,19 \pm 0,67$  mmol/L và sau điều trị là  $2,5 \pm 0,86$  mmol/L, giảm trung bình 1,69 mmol/L ( $p < 0,0001$ ). Kết quả này phù hợp và tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Dương Hoàng Vũ từ  $3,56 \pm 0,78$  mmol/L giảm còn  $1,68 \pm 0,57$  mmol/L, giảm trung bình là 1,87 mmol/L ( $p < 0,05$ ) [6]; Tác giả Huỳnh Minh Ngọc từ  $4,18 \pm 0,43$  mmol/L sau điều trị giảm còn  $2,40 \pm 0,49$  mmol/L [4];

Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-C  $< 70$  mg% (1,8 mmol/L) là 25,86% hoặc giảm được hơn 50% giá trị LDL-C so với ban đầu là 63,79%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Bình tỷ lệ đạt là 14,9% [1].

Trong nghiên cứu, ghi nhận có 2 bệnh nhân tăng ALT trên 3 lần giá trị bình thường (1,72%) sau 12 tuần điều trị Rosuvastatin 20mg. Chưa ghi nhận trường hợp nào bệnh nhân có triệu chứng đau cơ. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phạm Thanh Bình ghi nhận có tăng men ALT sau 06 tuần điều trị, tỷ lệ tăng men ALT  $> 3$  lần so với trị số bình thường là 1,75%. Không có trường hợp nào ghi nhận triệu chứng đau mỏi cơ [1]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Huỳnh Minh Ngọc ghi nhận có tăng men ALT là 11,8%, không có trường hợp nào tăng men gan trên 3 lần so với trị số bình thường. Đồng thời không có trường hợp nào xảy ra tác dụng phụ viêm cơ [4].

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 116 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Tim mạch thành phố Cần Thơ từ 4/2020 đến 09/2020, chúng tôi ghi nhận một

số kết quả như sau: tuổi trung bình là  $62,75 \pm 8,3$  tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,9/1. Tỷ lệ tăng nồng độ Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C lần lượt là 93,1%; 80,17% và 93,97%. Giảm nồng độ HDL-c là 21,56%.

Kết quả kiểm soát lipid máu bằng Rosuvastatin 20mg sau 12 tuần điều trị: ghi nhận Cholesterol TP giảm trung bình 1,98mmol/L; Triglyceride giảm trung bình 0,45mmol/L; LDL-C giảm trung

bình 1,69mmol/L; HDL-c tăng trung bình 0,07 mmol/L so với trước điều trị, sự thay đổi có ý thống kê ( $p < 0,05$ ).

LDL-C đạt mục tiêu  $< 1,8$ mmo/L là 25,86%. Tỷ lệ giảm LDL-C  $> 50\%$  là 63,79%.

Về tác dụng phụ của thuốc ghi nhận: tỷ lệ tăng men ALT trên 3 lần bình thường là 1,72%. Chưa ghi nhận được triệu chứng đau cơ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

## ABSTRACT

### EVALUATE THE EFFICACY OF CONTROLLING LDL-C WITH ROSUVASTATIN IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION AND DYSLIPIDEMIA AT CAN THO CARDIOVASCULAR HOSPITAL

**Background:** Hypertension and dyslipidemia are two cardiovascular risk factors that often combine in clinical practice and increase acute coronary syndrome and cerebrovascular disease complications. Rosuvastatin is the most commonly recommended statin in many countries. Conducting a study to evaluate its effectiveness and safety in patients with primary hypertension and dyslipidemia is necessary.

**Objectives:** 1) Characterization of dyslipidemia in primary hypertensive patients; 2) Evaluate the effect on controlling LDL cholesterol and side effects of rosuvastatin in patients with primary hypertension.

**Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional study, conducted on 116 primary hypertensive patients with dyslipidemia at the Department of Examination – Can Tho Cardiovascular Hospital from 4/2020 to 9/2020.

**Results:** The average age is  $62.75 \pm 8.3$  years, the female/male ratio is 1.9/1. The rate of increase in the concentration of Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C, respectively, is 93.1%; 80.17% and 93.97%. Reducing the concentration of HDL-c is 21.56%. After 12 weeks of treatment with Rosuvastatin 20mg, cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C decreased on average by 1.98mmol/L; 0.45mmol/L and 1.69mmol/L; HDL-c increased on average by 0.07 mmol/L compared to before treatment, the change was statistically significant ( $p < 0.05$ ). The increasing concentration of Cholesterol TP, Triglyceride, LDL-C after treatment is 25.59%, 31.9% and 81.03%, respectively. The reducing concentration of HDL-c is 9.45%. The proportion of patients with LDL-C reaching the treatment target  $< 1.8$ mmol/L is 25.86%. The reduction rate of LDL-C  $> 50\%$  is 63.79%. Side effects: the rate of ALT increase above 3 times normal is 1.72%.

**Conclusion:** Patients with primary hypertension have a high incidence of dyslipidemia and need enhanced screening. Intensive rosuvastatin therapy in these patients with high and very high cardiovascular risk should be routinely reviewed because of proven efficacy and need for ALT monitoring every 3 months, although this drug is highly safe.

**Keywords:** Hypertension, dyslipidemia, LDL-C, Rosuvastatin.



### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thanh Bình (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bằng Rosuvastatin trong kiểm soát LDL-C ở bệnh nhân bệnh động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
2. *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu năm 2015*.
3. *Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp năm 2018*.
4. Huỳnh Minh Ngọc (2014), *Nghiên cứu rối loạn lipid máu và đánh giá kết quả điều trị bằng rosuvastatin ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại bệnh viện Đa khoa trung ương Cần Thơ*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
5. Dương Hoàng Vũ (2018), “*Nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu và kết quả kiểm soát LDL-C bằng Simvastatin kết hợp Ezetimibe trên bệnh nhân bệnh động mạch vành tại bệnh viện Tim mạch Cần Thơ năm 2017- 2018*”, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. American Diabetes Association (2019), “Standards of Medical Care in Diabetes—2019”, *Diabetes Care*, 42(Supplement 1).
7. Binbre A. S., Elis A., Al-Zaibag M., *et al.* (2016), “*Rosuvastatin versus atorvastatin in achieving lipid goals in patients at high risk for cardiovascular disease in clinical practice: A randomized, open-label, parallel-group, multicenter study (DISCOVERY Alpha study)*”, *Curr Ther Res Clin Exp.* 67(1), pp. 21-43.
8. D’Agostino R. B., Sr., R. S. Vasan, *et al.* (2008), “*General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study*”, *Circulation*, 117(6), pp. 743-753.
9. François Mach, Colin Baigen *et al.* (2019), ff“*ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) Atherosclerosis Society (EAS)*”, *European Heart Journal*, 41(1), pp. 111– 88.
10. Grundy S. M., Becker D., Clark L. T., *et al.* (2002), “*Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report*”, *Circulation.* 106(25), pp. 3143-3421.
11. Raal F., Schamroth C., Blom D., *et al.* (2011), “*CEPHEUS SA: a South African survey on the undertreatment of hypercholesterolemia*”, *Cardiovascular Journal Of Africa.* 22(5), pp. 234-240.