

KHẢO SÁT RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở CÁN BỘ CAO CẤP MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Văn Triệu^{1*}, Nguyễn Xuân Đông²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu và xác định một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường típ 2 thuộc đối tượng cán bộ cao cấp trong quân đội.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 người bệnh đái tháo đường típ 2 là cán bộ cao cấp quân đội, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 6/2025-12/2025. Đánh giá tình trạng rối loạn lipid máu qua biến đổi các chỉ số lipid máu. Xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu qua phân tích hồi quy logistic đa biến.

Kết quả: Người bệnh nghiên cứu phần lớn từ 60 tuổi trở lên (88,0%), tuổi trung bình là $68,33 \pm 7,48$ tuổi và đa số là nam giới (98,3%). Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung là 93,3%; trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất là tăng triglycerid (60,3%), tiếp theo là tăng cholesterol toàn phần (47,7%) và chiếm tỉ lệ thấp nhất, là giảm HDL-C (20,0%). Tỷ lệ người bệnh đạt mục tiêu điều trị LDL-C rất thấp (16,3%). Người bệnh có BMI ≥ 25 kg/m² thì có nguy cơ rối loạn lipid máu cao hơn so với nhóm BMI < 25 kg/m² (OR = 2,282; KTC 95%: 1,010-5,158; $p = 0,047$). Người tập có thể dục, thể thao đều đặn thì có nguy cơ rối loạn lipid máu thấp hơn so với nhóm không hoặc ít vận động (OR = 0,388; KTC 95%: 0,155-0,973; $p = 0,044$).

Kết luận: Rối loạn lipid máu ở người bệnh đái tháo đường típ 2 thuộc đối tượng cán bộ cao cấp trong quân đội rất phổ biến (93,3%), trong khi tỉ lệ đạt mục tiêu điều trị LDL-C còn thấp (16,3%). Các yếu tố liên quan độc lập với rối loạn lipid máu là chỉ số khối cơ thể và hoạt động thể lực. Cần tăng cường sàng lọc rối loạn lipid máu và đẩy mạnh can thiệp lối sống nhằm giảm nguy cơ tim mạch ở nhóm người bệnh này.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu, cán bộ cao cấp.

DYSLIPIDEMIA AND ASSOCIATED FACTORS AMONG SENIOR OFFICIALS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To investigate the prevalence of dyslipidemia and identify associated factors among senior military officers with type 2 diabetes mellitus receiving outpatient care at 108 Military Central Hospital.

Subjects and methods: A descriptive cross-sectional study was conducted in 300 senior military officers with type 2 diabetes mellitus from June 2025 to December 2025. Lipid abnormalities were assessed using serum lipid indices, and multivariable logistic regression analysis was performed to identify factors associated with dyslipidemia.

Results: The mean age was 68.33 ± 7.48 years; most participants were aged 60 years or older (88.0%) and the majority were male (98.3%). The overall prevalence of dyslipidemia was 93.3%. Hypertriglyceridemia was the most common abnormality (60.3%), followed by hypercholesterolemia (47.7%), whereas low HDL-C was the least common (20.0%). The proportion of patients achieving the LDL-C treatment target was very low (16.3%). Multivariable logistic regression showed that patients with BMI ≥ 25 had a higher likelihood of dyslipidemia than those with BMI < 25 (OR = 2.282; 95% CI: 1.010-5.158; $p = 0.047$). In contrast, regular physical exercise was associated with a lower likelihood of dyslipidemia (OR = 0.388; 95% CI: 0.155-0.973; $p = 0.044$).

Conclusions: Dyslipidemia was highly prevalent among senior military officers with type 2 diabetes mellitus (93.3%), whereas attainment of the LDL-C treatment target remained low (16.3%). Body mass index and physical activity were independently associated with dyslipidemia. Strengthening lipid screening and lifestyle interventions may help reduce cardiovascular risk in this high-risk population.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia, senior military officers.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Văn Triệu, Email: trieunv@dainam.edu.vn

Ngày nhận bài: 25/2/2026; mời phản biện khoa học: 3/2026; chấp nhận đăng: 21/8/2026.

¹Trường Đại học Đại Nam; ²Viện Y học dự phòng Quân đội.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số người mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) gia tăng nhanh chóng và đã trở thành một thách thức lớn đối với y tế công cộng. Theo Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF), trên toàn cầu năm 2024 có khoảng 589 triệu người ở độ tuổi 20-79 mắc ĐTĐ và hơn 1,1 tỉ người có rối loạn dung nạp glucose. Dự báo đến năm 2050, số người mắc ĐTĐ có thể tăng lên 853 triệu người [1]. Ở người bệnh (NB) ĐTĐ, mắc kèm bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế và tử vong. Rối loạn lipid máu là một trong những yếu tố nguy cơ chính của bệnh tim mạch ở NB ĐTĐ. Đặc trưng của rối loạn lipid máu trong ĐTĐ là tăng triglycerid huyết tương, giảm HDL-C và tăng LDL-C [2, 3]. Nguy cơ tim mạch ở NB ĐTĐ thường là kết quả của sự phối hợp nhiều yếu tố như béo phì, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỉ lệ biến cố tim mạch gia tăng khi glucose máu, huyết áp và lipid máu chưa được kiểm soát tốt. Qua đó, các nghiên cứu đều nhấn mạnh tầm quan trọng của chiến lược điều trị toàn diện.

Khoa Khám bệnh cán bộ cao cấp quân đội (Bệnh viện Trung ương Quân đội 108) hiện đang quản lý và điều trị nhiều NB ĐTĐ là cán bộ cao cấp trong quân đội. Việc khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu và các yếu tố liên quan ở nhóm đối tượng NB này có ý nghĩa thực tiễn quan trọng, góp phần định hướng các biện pháp quản lý, dự phòng biến cố tim mạch. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát tình trạng rối loạn lipid máu ở NB ĐTĐ típ 2 thuộc đối tượng cán bộ cao cấp quân đội đang điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở nhóm NB này.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

300 NB ĐTĐ típ 2 thuộc đối tượng cán bộ cao cấp trong quân đội, đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh cán bộ cao cấp quân đội, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 6/2025 đến tháng 12/2025.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB đủ năng lực giao tiếp và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB ĐTĐ ĐTĐ thai kỳ; NB đồng mắc bệnh cấp tính, mạn tính hoặc đang dùng các thuốc có ảnh hưởng đến chuyển hóa glucose; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán ĐTĐ típ 2: theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2026 [2], khi có 1 trong 4 tiêu chuẩn sau: (a) glucose huyết tương lúc đói (FPG) ≥ 126 mg/dL ($\geq 7,0$ mmol/L) sau khi nhịn ăn ít nhất 8 giờ; (b) glucose huyết tương sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống 75 g (OGTT) ≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L); (c) HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol); (d) có triệu chứng kinh điển hình của tăng glucose máu và glucose huyết tương bất kỳ ≥ 200 mg/dL ($\geq 11,1$ mmol/L).

+ Chẩn đoán rối loạn lipid máu chung (theo khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2024 [4]) khi có ít nhất 1 rối loạn: cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/L; triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L; LDL-C $\geq 3,4$ mmol/L; HDL-C $\leq 0,9$ mmol/L.

+ Mục tiêu LDL-C: sử dụng ngưỡng LDL-C $< 1,8$ mmol/L như mục tiêu tối thiểu ở NB ĐTĐ típ 2 có nguy cơ tim mạch cao (NB ĐTĐ típ 2 có bệnh tim mạch do xơ vữa thuộc nhóm nguy cơ rất cao; có thể cần mục tiêu thấp hơn, thường $< 1,4$ mmol/L và giảm ít nhất 50% so với ban đầu) [2, 3].

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của NB: tuổi, giới tính.

+ Đặc điểm các chỉ số lipid máu: cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-C, HDL-C, rối loạn lipid máu chung.

+ Mối liên quan giữa một số yếu tố đến tình trạng rối loạn lipid máu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0. Biểu diễn các biến định tính bằng tần số và tỉ lệ %; các biến định lượng bằng giá trị $\pm$ SD. Đánh giá mối liên quan độc lập bằng phân tích hồi quy logistic đa biến có kiểm soát các yếu tố nhiễu. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Trung ương Quân đội 108; không gây ảnh hưởng đến NB và quá trình điều trị. NB được giải thích rõ mục đích nghiên cứu, có quyền từ chối tham gia và được bảo mật các thông tin thu thập.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố NB theo tuổi và giới tính

Biến số (n = 300)		Giá trị
Tuổi	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (năm)	68,3 $\pm$ 7,48
	Nhỏ nhất-lớn nhất (năm)	48-94
	Nhóm < 60 tuổi (n, %)	36 (12,0)
	Nhóm ≥ 60 tuổi (n, %)	264 (88,0)
Giới tính	Nam giới (n, %)	295 (98,3)
	Nữ giới (n, %)	5 (1,7)

NB phân bố từ 48-94 tuổi, trung bình $68,3 \pm 7,48$ tuổi. Chiếm đa số là NB thuộc nhóm tuổi từ 60 trở lên (88,0%) và giới tính nam (98,3%).

Bảng 2. Đặc điểm các chỉ số lipid máu của NB ĐTD tip 2 nghiên cứu

Chỉ số lipid máu (n = 300)		Số NB (n, %)	$\bar{X} \pm SD$
Cholesterol toàn phần	Bình thường	157 (52,3)	$4,39 \pm 1,27$
	Tăng cholesterol	143 (47,7)	
Triglycerid	Bình thường	119 (39,7)	$2,02 \pm 1,26$
	Tăng triglycerid	181 (60,3)	
LDL-C	Đạt mục tiêu điều trị ($< 1,8$ mmol/L)	49 (16,3)	$2,78 \pm 1,67$
	Chưa đạt mục tiêu điều trị ($\geq 1,8$ mmol/L)	251 (83,7)	
HDL-C	HDL-C giảm	60 (20,0)	$1,17 \pm 0,28$
	HDL-C bình thường	240 (80,0)	
Rối loạn lipid máu chung	Có rối loạn lipid máu	280 (93,3)	

Tỉ lệ rối loạn lipid máu chung ở NB nghiên cứu là 93,3%. Tỉ lệ tăng triglycerid và chưa đạt mục tiêu điều trị LDL-C lần lượt là 60,3% và 83,7%. Tỉ lệ tăng cholesterol và giảm HDL-C là 47,7% và 20,0%.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu

Các yếu tố liên quan	OR	p	KTC95%
Nhóm tuổi	0,590	0,330	0,204-1,708
Thời gian mắc đái tháo đường	0,769	0,510	0,351-1,683
Chỉ số BMI	2,282	0,047	1,010-5,158
Chỉ số HbA1c	1,244	0,493	0,667-2,320
Glucose máu lúc đói	1,450	0,276	0,743-2,833
Tập thể dục	0,388	0,044	0,155-0,973
Tuân thủ chế độ ăn	0,775	0,480	0,381-1,573
Hằng số (constant)	12,727	0,001	

Trong mô hình hồi quy logistic đa biến, có hai yếu tố liên quan độc lập với rối loạn lipid máu ở mức ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) là: NB có BMI ≥ 25 kg/m² thì có nguy cơ rối loạn lipid máu cao gấp 2,282 lần so với nhóm BMI < 25 kg/m²; NB có tập thể dục, thể thao thì có nguy cơ rối loạn lipid máu thấp hơn nhóm không tập hoặc ít tập, với mức giảm nguy cơ khoảng 61,2%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm và kiểu hình rối loạn lipid máu

Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ rối loạn lipid máu chung rất cao (93,3%), với giá trị trung bình của cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-C và HDL-C lần lượt là $4,39 \pm 1,27$; $2,02 \pm 1,26$; $2,78 \pm 1,67$ và $1,17 \pm 0,28$ mmol/L. Tăng triglycerid chiếm ưu thế, trong khi giảm HDL-C gặp ở 20,0% NB. Kiểu hình này phù hợp với rối loạn lipid máu do kháng insulin ở ĐTD tip 2: tăng dòng acid béo tự do về gan làm tăng tổng hợp VLDL, tích tụ lipoprotein giàu triglycerid, giảm HDL-C và tạo các hạt LDL nhỏ, đậm đặc, có tính sinh xơ vữa cao [5]. Vì vậy,

mức LDL-C không quá cao vẫn không đồng nghĩa nguy cơ xơ vữa thấp.

Kết quả tương đồng với nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế về tần suất cao của rối loạn lipid máu ở NB ĐTD tip 2 [6-10]. Trần Thanh Bình [7] ghi nhận: ở NB ĐTD tip 2 cao tuổi, trung bình cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-C và LDL-C lần lượt là $4,93 \pm 1,07$; $2,10 \pm 1,25$; $1,08 \pm 0,29$ và $2,73 \pm 0,98$ mmol/L. Viên Quang Mai [8] thấy tỉ lệ tăng cholesterol 65,4%, tăng triglycerid 61,4%, tăng LDL-C 58,7% và giảm HDL-C 19,3%. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do các yếu tố tuổi, thời gian mắc ĐTD, tình trạng béo phì, mức độ kiểm soát glucose máu, bệnh đồng mắc, tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lipid máu và tỉ lệ sử dụng thuốc hạ lipid khác nhau.

4.2. Đặc điểm rối loạn lipid máu và tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-C

Trước hết, hai chỉ số rối loạn lipid máu chung (93,3%) và tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-C (16,3%) phản ánh hai khái niệm khác nhau nên không tạo thành nghịch lý. Rối loạn lipid máu chung được xác định

khi có bất kỳ một thành phần lipid bất thường nào; do đó, NB có tăng triglycerid hoặc giảm HDL-C vẫn được xếp là rối loạn lipid máu dù LDL-C chưa tăng đến ngưỡng chẩn đoán. Ngược lại, đạt mục tiêu LDL-C là yêu cầu dự phòng tim mạch theo mức nguy cơ. Trong nghiên cứu này, ngưỡng xác định tăng LDL-C là $\geq 3,4$ mmol/L, trong khi mục tiêu điều trị là $< 1,8$ mmol/L. Như vậy, người có LDL-C từ 1,8-3,39 mmol/L không được coi là “tăng LDL-C” theo tiêu chuẩn chẩn đoán, nhưng vẫn chưa đạt mục tiêu điều trị. Khoảng chênh giữa hai ngưỡng giải thích một phần quan trọng cho việc tỉ lệ rối loạn lipid máu cao đồng thời với tỉ lệ kiểm soát LDL-C thấp.

Thứ hai, mục tiêu LDL-C ở NB ĐTD cao tuổi là mục tiêu nghiêm ngặt, vì đây là nhóm có nguy cơ tim mạch cao. Giá trị LDL-C trung bình 2,78 mmol/L cao hơn mục tiêu nghiên cứu gần 1,0 mmol/L. ADA 2026 khuyến cáo ở NB ĐTD nguy cơ cao cần giảm LDL-C ít nhất 50% và đạt $< 1,8$ mmol/L; nếu đã có bệnh tim mạch do xơ vữa, mục tiêu là $< 1,4$ mmol/L [2]. Bản cập nhật ESC/EAS 2025 tiếp tục duy trì các mục tiêu theo mức nguy cơ [3]. Do nghiên cứu sử dụng ngưỡng mục tiêu $< 1,8$ mmol/L cho toàn bộ mẫu, tỉ lệ 16,3% có thể được xem là mức đạt mục tiêu tối thiểu. Nếu phân tầng đầy đủ và áp dụng ngưỡng mục tiêu $< 1,4$ mmol/L cho những người nguy cơ rất cao, tỉ lệ đạt mục tiêu cá thể hóa có khả năng còn thấp hơn.

Thứ ba, đặc điểm sinh học của quần thể nghiên cứu góp phần làm tăng gánh nặng lipid. Có tới 88,0% NB từ 60 tuổi trở lên (tuổi cao thường đi kèm thời gian phơi nhiễm kéo dài với ĐTD, kháng insulin, giảm khối cơ, tăng mỡ nội tạng và nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch). Tỉ lệ tăng triglycerid 60,3% cho thấy rối loạn chuyển hóa giàu triglycerid còn nổi bật. Trong bối cảnh này, chỉ tập trung vào cholesterol toàn phần hoặc coi LDL-C “không quá cao” là đã an toàn có thể dẫn tới đánh giá thấp nguy cơ thực sự.

Thứ tư, kết quả có thể gợi ý khoảng trống giữa khuyến cáo và thực hành điều trị. Các nguyên nhân thường gặp trong thực tế gồm chưa sử dụng statin cường độ cao ở người phù hợp, chưa tăng liều đến mức tối đa dung nạp, chậm phối hợp ezetimibe hoặc thuốc hạ LDL-C khác, lo ngại tác dụng không mong muốn ở người cao tuổi, đa bệnh lý và đa thuốc, cũng như tuân thủ điều trị chưa tối ưu. Các nghiên cứu thực hành như DA VINCI và SANTORINI cho thấy chỉ khoảng một phần ba hoặc một phần năm số NB nguy cơ cao/rất cao đạt mục tiêu LDL-C theo khuyến cáo mới; việc dùng liệu pháp phối hợp còn hạn chế [11, 12]. Trong một quần thể người Trung Quốc mắc ĐTD và bệnh thận mạn tính, năm 2019, chỉ 33,3% NB điều trị dự phòng tiên phát đạt mục

tiêu LDL-C $< 1,8$ mmol/L và 21,3% NB dự phòng thứ phát đạt mục tiêu $< 1,4$ mmol/L [13]. So với các số liệu này, tỉ lệ đạt mục tiêu 16,3% trong nghiên cứu hiện tại cho thấy khoảng cách kiểm soát đáng lưu ý.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi chưa thu thập thông tin về loại thuốc hạ lipid, liều statin, thời gian điều trị, mức độ tuân thủ, tiền sử không dung nạp statin hoặc tỉ lệ sử dụng liệu pháp phối hợp trên NB ĐTD tip 2. Vì vậy, không thể kết luận trực tiếp rằng tỉ lệ đạt mục tiêu thấp là do kê đơn chưa đầy đủ hay do NB không tuân thủ. Các cơ chế nêu trên cần được xem là những giả thuyết hợp lý từ y văn và là định hướng cho nghiên cứu tiếp theo, thay vì nguyên nhân đã được chứng minh trong mẫu nghiên cứu này.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu

Chúng tôi thấy BMI ≥ 25 kg/m² làm tăng 2,282 lần khả năng rối loạn lipid máu. Thừa cân, đặc biệt tăng mỡ nội tạng, thúc đẩy kháng insulin, tăng phân giải triglycerid ở mô mỡ và tăng dòng acid béo tự do về gan. Hậu quả là tăng tổng hợp VLDL, tăng triglycerid và hình thành rối loạn lipid máu sinh xơ vữa. Kết quả này nhấn mạnh kiểm soát cân nặng là thành phần không thể tách rời của quản lý nguy cơ tim mạch ở NB ĐTD tip 2.

Hoạt động thể lực thường xuyên liên quan với giảm 61,2% khả năng rối loạn lipid máu. Tập luyện cải thiện độ nhạy insulin, tăng hoạt tính lipoprotein lipase, giảm triglycerid, hỗ trợ kiểm soát cân nặng và có thể làm tăng HDL-C. Mỗi liên quan này phù hợp với khuyến cáo ưu tiên điều chỉnh lối sống. Song do thiết kế nghiên cứu cắt ngang, chưa thể khẳng định quan hệ nhân quả hoặc loại trừ khả năng người có sức khỏe tốt hơn sẽ hoạt động thể lực nhiều hơn.

Glucose máu lúc đói và HbA1c chưa liên quan có ý nghĩa thống kê với rối loạn lipid máu. Điều này không phủ nhận vai trò của kiểm soát glucose máu, vì một lần định lượng glucose máu hoặc HbA1c có thể không phản ánh đầy đủ phơi nhiễm chuyển hóa dài hạn. Đồng thời, tác động của thuốc hạ glucose máu, thuốc hạ lipid máu, chế độ ăn và hoạt động thể lực có thể làm giảm hoặc che lấp mối liên quan. Tỉ lệ rối loạn lipid máu quá cao cũng làm số người không có rối loạn lipid máu ít, khiến ước lượng hồi quy có khoảng tin cậy tương đối rộng và cần được kiểm chứng ở mẫu nghiên cứu lớn hơn.

4.4. Ý nghĩa lâm sàng và những hạn chế của nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu này cho thấy cần chuyển từ cách tiếp cận chỉ “phát hiện rối loạn lipid máu” sang quản lý LDL-C theo mục tiêu và theo dõi có hệ thống. Ở mỗi lần tái khám, nên phân tầng nguy cơ tim mạch,

xác định rõ tiền sử bệnh tim mạch do xơ vữa, bệnh thận mạn tính và tổn thương cơ quan đích; rà soát loại và liều statin, tương tác thuốc, tác dụng không mong muốn và tuân thủ; kiểm tra lại lipid máu sau 4-12 tuần khi khởi trị hoặc thay đổi điều trị. Nếu chưa đạt mục tiêu với statin cường độ phù hợp ở liều tối đa dung nạp, cần cân nhắc phối hợp ezetimibe; ở người nguy cơ rất cao còn cách xa mục tiêu, các thuốc hạ LDL-C mạnh hơn theo chỉ định và khả năng tiếp cận [2, 3]. Đồng thời, phải kiểm soát cân nặng, tăng hoạt động thể lực, tối ưu glucose máu và tìm nguyên nhân thứ phát của tăng triglycerid.

Nghiên cứu có ưu điểm là khảo sát một quần thể đặc thù với cỡ mẫu 300 người và đánh giá đồng thời nhiều thành phần lipid. Tuy nhiên, thiết kế nghiên cứu cắt ngang, đơn trung tâm và tỉ lệ nam giới 98,3% hạn chế khả năng suy rộng. Việc chưa ghi nhận bệnh tim mạch do xơ vữa, bệnh thận mạn tính, thuốc hạ lipid máu, cường độ điều trị, mức độ tuân thủ điều trị, LDL-C ban đầu, apolipoprotein B, non-HDL-C và lipoprotein(a) làm hạn chế khả năng giải thích nguyên nhân không đạt mục tiêu và đánh giá đầy đủ nguy cơ tồn dư.

Các nghiên cứu tiếp theo nên bổ sung các biến này và theo dõi dọc để đánh giá hiệu quả của chiến lược tăng cường điều trị.

5. KẾT LUẬN

Ở 300 cán bộ cao cấp quân đội mắc đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, rối loạn lipid máu rất phổ biến (93,3%), chủ yếu là tăng triglycerid (60,3%); chỉ 16,3% đạt mục tiêu LDL-C < 1,8 mmol/L. Sự đồng thời của tỉ lệ rối loạn lipid máu cao và tỉ lệ đạt mục tiêu LDL-C thấp không mâu thuẫn, vì hai chỉ số sử dụng tiêu chí khác nhau và mục tiêu LDL-C ở người bệnh đái tháo đường nguy cơ cao nghiêm ngặt hơn nhiều so với ngưỡng chẩn đoán tăng LDL-C. BMI $\geq$ 25 kg/m² liên quan với tăng khả năng rối loạn lipid máu, trong khi hoạt động thể lực thường xuyên có vai trò bảo vệ. Cần phân tầng nguy cơ, đánh giá cường độ và tuân thủ điều trị hạ lipid máu, tăng cường điều trị theo mục tiêu và phối hợp can thiệp lối sống để thu hẹp khoảng cách kiểm soát LDL-C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas, 11th ed, Brussels: *International Diabetes Federation*; 2025.
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee, 10, Cardiovascular Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes-2026, *Diabetes Care*, 2026; 49(Suppl 1): S216-S245.

3. Mach F, Koskinas KC, Roeters van Lennep JE, et al., "Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias", *Eur Heart J.*; 46(42): 4359-4378.doi:10.1093/eurheartj/ehaf190, 2025
4. Hội Tim mạch học Việt Nam, *Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu*, 2024.
5. Karakasis P, Theofilis P, Patoulis D, et al., "Diabetes-Driven Atherosclerosis: Updated Mechanistic Insights and Novel Therapeutic Strategies", *Int J Mol Sci.*; 26(5):2196, 2025
6. Trần Thị Phần và cộng sự, "Rối loạn lipid máu và một số yếu tố nguy cơ ở NB ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Phủ Lý", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 545(2): tr. 270-274, 2024.
7. Trần Thanh Bình và cộng sự, "Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân cao tuổi ĐTĐ típ 2 tại Phòng khám A1, Bệnh viện Thống Nhất", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 23(3): tr. 237-243. 2019
8. Viên Quang Mai, Nguyễn Văn Đạt, Đỗ Thái Hùng. Tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến rối loạn lipid máu ở người trên 45 tuổi bị ĐTĐ típ 2 và tiền ĐTĐ mới được phát hiện tại tỉnh Khánh Hòa. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2017; 27(8): 288.
9. Ahmmed MS, et al, "Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among newly diagnosed type 2 diabetes mellitus patients in Kushtia, Bangladesh", *PLOS Glob Public Health.*; 1(12): e0000003, 2021
10. Li Y, Zhao L, Yu D, Ding G, "The prevalence and risk factors of dyslipidemia in different diabetic progression stages among middle-aged and elderly populations in China", *PLoS One.*; 13(10): e0205709, 2018
11. Ray KK, Molemans B, Schoonen WM, et al., "EU-Wide Cross-Sectional Observational Study of Lipid-Modifying Therapy Use in Secondary and Primary Care: the DA VINCI study", *Eur J Prev Cardiol.*; 28(11): pp. 1279-1289, doi:10.1093/eurjpc/zwaa047, 2021
12. Ray KK, Haq I, Bilitou A, et al, "Treatment gaps in the implementation of LDL cholesterol control among high- and very high-risk patients in Europe between 2020 and 2021: the multinational observational SANTORINI study", *Lancet Reg Health Eur.*; 29:100624, 2023
13. Huang Y, Yang A, Shi M, et al, "Trends of lipid-lowering drug utilization, treatment intensity and LDL-C target attainment in adults with diabetes and non-dialysis chronic kidney disease in Hong Kong", *Lancet Reg Health West Pac.*; 63:101696, 2025. □