

KHẢO SÁT RỐI LOẠN LIPID, LIPOPROTEIN MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

ThS. BS. Võ Thanh Thư, khoa Nhiễm, BVĐKTT An Giang

TÓM TẮT:

Trong 2 năm 2002 - 2004, có 160 bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành được chẩn đoán bằng chụp động mạch vành qua da, tại bệnh viện Chợ rẫy thành phố Hồ Chí Minh. Kết quả khảo sát bilan lipid như sau:

- Về tỉ lệ thì rối loạn các thành phần lipid, lipoprotein máu giảm dần theo trình tự: tăng TG chiếm 71,9%, tăng CT chiếm 64,4%, tăng LDL-C chiếm 43,1% và giảm HDL-C chiếm 37,5%.
- Về trị số trung bình(độ lệch chuẩn)(mg/dl) của các thành phần lipid, lipoprotein máu, khi so sánh với 1 nghiên cứu trên người bình thường ở miền nam Việt Nam (Phạm Thị Mai, n=2640) ta có: **TG** (237,3(126,8) so với 78,5(34,5); **p<0,0001**); **CT** (215,9(49,3) so với 190,5(30); **p<0,0001**); **HDL-C** (42,6(9,5) so với 51,4(12); **p<0,0001**) và **LDL-C** (125,3(45,5) so với 121,4(32); p=0,27).

Kết luận: trên bệnh nhân bệnh động mạch vành thì rối loạn lipid, lipoprotein máu thường gặp nhất là tăng TG, kế đến là tăng CT và giảm HDL-C, còn tăng LDL-C thì cũng chiếm tỉ lệ khá cao nhưng mức độ tăng không đáng kể.

SUMMARY

In two years 2002-2004, there were 160 patients, who were diagnosed with coronary artery disease by percutaneous coronary arteriography at Chợ rẫy hospital in Hồ Chí Minh city. Our survey about bilan of lipidemia had results as follow:

- About ratio: disorders of lipidemia, lipoproteinemia components that decreases gradually respectively: elevated TG accounts for 71.9%, elevated CT accounts for 64.4%, elevated LDL-C accounts for 43.1% and decreased HDL-C accounts for 37.5%.
- About mean value (standard deviation)(mg/dl) of lipidemia, lipoproteinemia components, when comparing ours with the results of the study in healthy Vietnamese in the South (Phạm Thị Mai, n=2640) we had: **TG** (237.3(126.8) versus 78.5(34.5); **p<0.0001**); **CT** (215.9(49.3) versus 190.5(30); **p<0.0001**); **HDL-C** (42.6(9.5) versus 51.4(12); **p<0.0001**) and **LDL-C** (125.3(45.5) versus 121.4(32); p=0.27).

Conclusion: in coronary artery disease patients the most frequent disorder of lipidemia, lipoproteinemia is elevated TG, the next is elevated CT and decreased HDL-C, although elevated LDL-C also withholds moderately high ratio, this elevated level is insignificant.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (BĐMV) hiện là vấn đề y tế toàn cầu, chiếm một tỉ lệ mắc bệnh cao nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển[7],[9],[10]. Tuy nhiên tỉ lệ tử vong trong vòng 3 thập niên gần đây đã giảm đi gần phân nửa, mặc dù số lượng mắc vẫn tiếp tục gia tăng (do tuổi thọ tăng), là do có sự phát triển vượt bậc về khoa học kỹ thuật, sự nhận thức được tầm quan trọng, mức độ nguy hiểm của BĐMV vì thế nhiều chương trình giáo dục, công trình nghiên cứu về BĐMV có giá trị đã ra đời[10].

Tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam thì số lượng BĐMV ngày càng gia tăng nhanh chóng. Điều này được lý giải do sự phát triển nhanh chóng về kinh tế-xã hội ở các nước này, dẫn đến một chế độ ăn quá thừa làm cholesterol/máu tăng[7],[10].

Biểu hiện nặng nề nhất của BĐMV là hội chứng vành cấp, nó có nguyên nhân chủ yếu là do sự vỡ hay nứt ra của các mảng xơ vữa(MXV), tiếp đến là quá trình hình thành huyết khối do tiểu cầu và co thắt mạch[4],[7],[10]. Trong đó rối loạn chuyển hóa là nguồn gốc của sự hình thành và phát triển của bệnh xơ vữa động mạch (XVĐM), chủ yếu là chuyển hóa lipid, vì vậy rối loạn lipid là yếu tố trực tiếp kết hợp sự biến đổi nội mạc mạch máu để hình

thành mảng XVĐM[4]. Nhưng thực tế XVĐM không có điều trị đặc hiệu, do đó phát hiện, chẩn đoán sớm và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ (YTNC) để phòng ngừa tiên phát, cũng như phòng thứ phát BĐMV, nhằm góp phần ngăn ngừa những hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra. Vì vậy bài viết này nhằm: *Khảo sát rối loạn lipid, lipoprotein máu ở bệnh nhân BĐMV* được xác định bằng chụp động mạch vành qua da

PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Phương pháp: nghiên cứu cắt ngang mô tả, từ năm 2002 đến 2004 tại bệnh viện Chợ rẫy(BVCR) thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh : tất cả bệnh nhân(BN) nhập BVCR vì bệnh lý mạch vành trong thời gian nghiên cứu, có chỉ định chụp động mạch vành qua da và được thực hiện tại phòng chụp mạch máu BVCR bằng máy DIGITEX 2400(SHIMAZU) với kỹ thuật chọc mạch qua da SELDINGER ở động mạch đùi hoặc động mạch quay để chẩn đoán xác định BĐMV

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN đang ở trong tình trạng có thể làm thay đổi mức độ lipid, lipoprotein máu như: đang trong tình trạng viêm nhiễm cấp tính, chấn thương, phẫu thuật, bệnh lý ác tính, tâm thần; đang dùng thuốc để điều trị rối loạn lipid, lipoprotein hoặc những thuốc làm ảnh hưởng đến lipid, lipoprotein máu như: thiazide, chẹn alpha, chẹn beta, các thuốc chứa nội tiết tố sinh dục ...

Cách tiến hành: tất cả BN đều được ghi nhận theo mẫu bệnh án có sẵn như khai thác tiền sử, bệnh sử và khám lâm sàng toàn diện; cận lâm sàng được thực hiện tại khoa Xét nghiệm của BVCR, trong đó bilan lipid/máu: CT(cholesterol total), TG(triglyceride), HDL-C(cholesterol trong HDL), LDL-C(cholesterol trong LDL) thực hiện trên máy Hitachi Automatic analyze với thuốc thử của hãng Hitachi. Lấy máu khi BN nhịn đói hơn 12giờ (qua đêm) lấy vào lúc 7giờ30 sáng. Nếu BN có biểu hiện NMCT cấp thì chỉ chọn những BN có thực hiện xét nghiệm này trong vòng 24giờ đầu để tránh thay đổi lipid, lipoprotein máu do bệnh lý cấp tính.

Xử lý và phân tích số liệu: các dữ liệu và thông số đo được, được xử lý bằng phương pháp toán thống kê Y sinh học(% , TBC, ĐLC). So sánh về tỉ lệ (phép kiểm χ^2 có hiệu chỉnh Yates). So sánh về các biến số định lượng(phép kiểm T). Độ tin cậy >95% ($p < 0.05$) và >99% ($p < 0.001$). Thông qua phần mềm Epi info 6.04 và phần mềm SPSS 10.0 for windows.

KẾT QUẢ

Trong thời gian 2 năm từ 2002 đến 2004 có 160 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu có tổn thương ĐMV qua kết quả chụp động mạch vành qua da, kết quả thu được như sau:

Đặc điểm chung của BN

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới tính:

Giới tính Nhóm tuổi	Nam(%)	Nữ(%)	Tổng số
<40	9(7,3)	0(0)	9(5,6)
40-49	41(33,9)	7(18,9)	48(30)
50-59	36(29,3)	5(13,5)	41(25,6)
60-69	28(22,8)	7(18,9)	35(21,9)
>69	9(7,3)	18(48,6)	27(16,9)
Tổng số	123(76,9)	37(23,1)	160(100)

TB(năm) ± DLC	53,7 ± 11	65,6 ± 12,9	56,5 ± 12,5
Giới hạn	25-82	41-86	25-86
P	< 0,0001		

Nhận xét: tỉ lệ nam nhiều hơn 3,3 lần so với nữ, trong đó nam ở nhóm tuổi 40-49 và nữ ở tuổi sau 69 chiếm tỉ lệ cao nhất. Tuổi TB của nam thấp hơn nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$).

Đặc điểm về lipid/máu của BN: trong 160tr.h có 13tr.h (8,1%) các thành phần lipid/máu ở mức bình thường và **147tr.h(91,9%)** có ít nhất 1 thành phần lipid/máu bất thường.

Bảng 2. Các mức và nồng độ CT/máu theo nhóm tuổi và giới tính

Nhóm Tuổi	CT(mg/dl) của nam					CT (mg/dl) của nữ					P(1)&(2)
	<200	200-239	>239	TB±ĐLC(1)	n	<200	200-239	>239	TB±ĐLC(2)	n	
< 40	4	2	3	234,8±78,7	9	0	0	0	0	0	
40-49	12	17	12	226,1±54,4	41	2	2	3	223±54,1	7	0,89
50-59	14	15	7	212±36,2	36	3	1	1	191,2±34,1	5	0,23
60-69	11	12	5	205±47,6	28	0	3	4	239,7±36,4	7	0,08
> 69	3	5	1	196,1±43,2	9	8	3	7	212,3±51,3	18	0,42
Toàn bộ	44	51	28	215,6±49,9	123	13	9	15	216,7±47,9	37	0,91
P				0,44					0,53		
Tỉ lệ(%)	35,8	41,5	22,8			35,1	24,3	40,5			
		64,2	64,9								
P	0,9										
Toàn nhóm	n=160; tăng: 103tr.h(64,4%); TB(ĐLC) = 215,9(49,3) mg/dl .										

Nhận xét: tỉ lệ rối loạn CT ở nam so với nữ là như nhau ($p=0,9$) và chiếm tỉ lệ cao (64,4%). Không có khác biệt về trị số TB CT/máu: giữa các nhóm tuổi ở mỗi giới ($p_{\text{nam}}=0,435$; $p_{\text{nữ}}=0,53$), giữa nam và nữ ($p = 0,91$) cũng như giữa nam và nữ trong cùng nhóm tuổi.

Bảng 3. Các mức và nồng độ HDL-C/máu theo nhóm tuổi và giới tính:

Nhóm Tuổi	HDL-C (mg/dl) của nam					HDL-C (mg/dl) của nữ					P ^{(1)&(2)}
	<40	40-59	>59	TB±ĐLC(1)	n	<40	40-59	>59	TB±ĐLC(2)	n	
< 40	6	2	1	38,1±10,3	9	0	0	0	0	0	
40-49	14	25	2	42,9±9,2	41	1	6	0	46,6±7,5	7	0,32
50-59	9	26	1	42,8±7,6	36	3	1	1	41,4±17,9	5	0,33
60-69	16	11	1	40,9±9,5	28	1	6	0	45,6±8,5	7	0,24
> 69	3	6	0	40,2±6,5	9	7	8	3	45,5±12	18	0,23
Toàn bộ	48	70	5	41,8±8,7	123	12	21	4	45,2±11,3	37	0,09
P				0,51					0,96		
Tỉ lệ(%)	39	56,9	4,1			32,4	56,8	10,8			
P	0,59										

Toàn nhóm	n=160; thấp: 60tr.h(37,5%); TB(ĐLC)=42,6(9,5) mg/dl .
-----------	--

Nhận xét: tỉ lệ rối loạn HDL-C ở nam so với nữ như nhau ($p=0,59$). Không có khác biệt về trị số TB HDL-C/máu: giữa các nhóm tuổi ở mỗi giới ($p_{\text{nam}}=0,51$; $p_{\text{nữ}}=0,96$), giữa nam và nữ ($p=0,09$) cũng như giữa nam và nữ trong cùng nhóm tuổi.

Bảng 4. Các mức và nồng độ LDL-C/máu theo nhóm tuổi và giới tính:

Nhóm Tuổi	LDL-C (mg/dl) của nam						LDL-C (mg/dl) của nữ						P(1)&(2))
	<100	100-129	130-159	>159	TB±ĐLC(1)	n	<100	100-129	130-159	>159	TB±ĐLC(2)	n	
< 40	3	2	1	3	152,1±86,3	9	0	0	0	0	0	0	
40-49	14	8	14	5	124,8±46,3	41	1	1	3	2	138,6±47,5	7	0,47
50-59	10	12	7	7	124,1±39,8	36	3	0	2	0	106,8±39,1	5	0,37
60-69	9	8	6	5	120,2±45,2	28	2	0	3	2	142,4±45,7	7	0,25
> 69	2	5	2	0	116,2±29,7	9	4	7	4	3	121,5±34,8	18	0,7
Toàn bộ	38	35	30	20	124,9±47,1	123	10	8	12	7	126,7±40,1	37	0,83
P					0,98						0,54		
Tỉ lệ(%)	30,9	28,5	24,4	16,2			27	21,6	32,4	18,9			
	59,4		40,6				48,6		51,4				
P	0,34												
Toàn nhóm	n=160; tăng: 69tr.h(43,1%); TB(ĐLC)=125,3(45,5) mg/dl .												

Nhận xét: tỉ lệ đạt LDL-C ở mức tối ưu chiếm 30%(48/160). Tỉ lệ rối loạn LDL-C ở nam so với nữ như nhau ($p=0,34$). Trị số TB LDL-C/máu không có khác biệt có ý nghĩa: giữa các nhóm tuổi ở mỗi giới ($p_{\text{nam}}=0,98$; $p_{\text{nữ}}=0,54$), giữa nam và nữ ($p=0,83$) cũng như giữa nam và nữ trong cùng nhóm tuổi.

Bảng 5. Các mức và nồng độ TG/máu theo nhóm tuổi và giới tính:

Nhóm Tuổi	TG (mg/dl) của nam						TG (mg/dl) của nữ						P _{(1)&(2)}
	<150	150-199	200-499	>499	TB±ĐLC(1)	n	<150	150-199	200-499	>499	TB±ĐLC(2)	n	
< 40	2	2	5	0	220±86	9	0	0	0	0	0	0	
40-49	9	5	23	4	288±160	41	3	2	1	1	207±147	7	0,22
50-59	9	7	19	1	229±121	36	1	1	3	0	233±93	5	0,94
60-69	8	6	13	1	228±108	28	2	2	3	0	220±112	7	0,86
> 69	4	1	4	0	177±75	9	7	4	7	0	212±103	18	0,38
Toàn bộ	32	21	64	6	244±132	123	13	9	14	1	215±109	37	0,23
P					0,2						0,99		
Tỉ lệ(%)	26	17,1	52	4,9			35,1	24,3	37,8	2,7			
		74		64,9									
P	0,38												
Toàn nhóm	n=160; tăng: 115tr.h(71,9%); TB(ĐLC)=237,3(126,8) mg/dl .												

Nhận xét: tỉ lệ BN có TG>150mg/dl chiếm rất cao 71,9%, trong đó 6Tr.h(chiếm 4,9% nam và 2,7% nữ) có trị số TG ở mức rất cao(>499). Tỉ lệ rối loạn TG ở nam so với nữ như nhau ($p=0,38$). Trị số TB TG/máu không có khác biệt có ý nghĩa: giữa các nhóm tuổi ở mỗi giới ($p_{\text{nam}}=0,2$; $p_{\text{nữ}}=0,99$), giữa nam và nữ ($p=0,23$) cũng như giữa nam và nữ trong cùng nhóm tuổi.

BÀN LUẬN:

1. Tuổi và giới tính là những yếu tố nguy cơ BĐMV mà không thể sửa chữa được. Số Tr.h mắc BĐMV nhiều nhất từ 45 đến 60 tuổi (Bảng 1), trong đó BN nam tập trung ở lứa tuổi 40-50 tuổi, còn nữ thì ở lứa tuổi sau 70, đồng thời tuổi TB của nữ cao hơn hẳn so với nam ($p < 0,0001$). Tương tự như ghi nhận của Po-Hsien Chu[12]: nam $61,5 \pm 10,7$ so với nữ $87,1 \pm 11,7$; $p < 0,0001$; Phạm Văn Cự[3]: tuổi TB 65,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nam chiếm 77% (nam/nữ=3,3 lần); phù hợp với Phan Văn Cự[3] là $240/67=3,58$; Trần Thị Mỹ Liên[5]: 3,4; Po-Hsien Chu[12]: 3,01 (277/92); Braunwald[13]: nam 70%.

2. Rối loạn lipid/máu là một trong các yếu tố chủ yếu gây XVĐM. Tỷ lệ rối loạn lipid của chúng tôi là 91,9%, tương tự như Hà Thị Anh[1] là 90% (108/120), Trần Thị Mỹ Liên là 84,2%, cao hơn Trương Quang Bình[2] là 66,59%. Trong kết quả của chúng tôi thì tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid/máu giảm dần từ TG (71,9%) (bảng 5), CT (64,4%) (bảng 2), LDL-C (43,1%) (bảng 4) và HDL-C (37,5%) (bảng 3); so với kết quả của các nghiên cứu khác như: Trần Thị Mỹ Liên CT>TG>LDL-C>HDL-C, sự khác nhau này có thể được lý giải là do có khác nhau về cách phân loại mức bất thường của các thành phần Lipid/máu. Theo ATP III[11] thì mức TG bình thường là $<150\text{mg/dl}$, nếu chọn TG $<200\text{mg/dl}$ thì rối loạn TG của chúng tôi là 52,5%, lúc đó sẽ có kết quả tương tự với Trần Thị Mỹ Liên.

Khi xử lý kết quả có được chúng tôi so sánh với kết quả của Phạm Thị Mai[6] trên người Việt Nam bình thường.

2.1. Về CT: sự liên quan giữa nồng độ CT huyết thanh và tỷ lệ mắc BĐMV, tỷ lệ tử vong do BĐMV đã được minh chứng đầy thuyết phục qua nhiều công trình nghiên cứu như MRFIT[15]: nguy cơ BĐMV vành gấp đôi ở người có CT 240mg/dl so với người CT 200mg/dl , gấp ba ở người có CT 300mg/dl so với người CT 200mg/dl ; đồng thời cũng đã được y văn ghi nhận[14]: Việc hạ thấp nồng độ cholesterol sẽ làm hạ nguy cơ biến cố mạch vành mới ở BN có BĐMV mạn, cũng như giảm nguy cơ BĐMV mạn tiến triển ở người có tăng cholesterol máu. Tỷ lệ tăng CT của chúng tôi là 64,4% trong đó nam và nữ gần như nhau (bảng 2), tương tự như Trần Thị Mỹ Liên 65,1%, cao hơn Trương Quang Bình là 31,25%. Trị số TB CT/máu của chúng tôi là $215,9(49,3)\text{mg/dl}$, trong đó nam giới có trị số TB tăng rất sớm (<40 tuổi) và giảm dần theo tuổi gần đạt giá trị bình thường ở tuổi sau 70 ($196,1\text{mg/dl}$). Điều này tương tự như nhận định của Trương Quang Bình và Phạm Thị Mai. Riêng ở nữ thì không theo qui luật này, đó có thể là do số BN nữ của chúng tôi còn ít. Khi so sánh trị số TB CT chung của cả nam và nữ cao hơn hẳn Phạm Thị Mai ($215,9(49,3)\text{mg/dl}$ so với $190,5(30)\text{mg/dl}$; $p < 0,0001$).

Như vậy rối loạn CT là một rối loạn thường gặp ở BN mắc BĐMV (chiếm 64,4%), có trị số TB cao hơn so với người Việt Nam bình thường ($p < 0,0001$).

2.2. Về HDL-C: HDL-C là một YTNC độc lập của BĐMV, khi tăng HDL sẽ làm giảm nguy cơ BĐMV, thông qua sự tham gia vận chuyển các cholesterol có liên quan trong quá trình xơ vữa, phân bố chúng đến gan để đào thải, cũng như ức chế oxy hóa của LDL. Qua bảng 3 cho thấy tỷ lệ giảm HDL-C chiếm 37,5% và trị số TB là $42,6(9,5)\text{mg/dl}$, trong đó tỷ lệ cũng như trị số TB HDL-C thì không khác nhau giữa hai giới ($p > 0,05$). Kết quả ghi nhận được tương tự với Hà Thị Anh: giảm HDL-C chiếm 48,3% và trị số TB là $43,93\text{mg/dl}$, Trương Quang Bình: tỷ lệ và trị số TB của HDL-C lần lượt là 36,8% và $41,95\text{mg/dl}$ ($p > 0,05$); thấp hơn hẳn so với Phạm Thị Mai ($51,39(12)\text{mg/dl}$; $p < 0,0001$).

Tóm lại: trị số TB HDL-C của BN mắc BĐMV thấp hơn so với người bình thường.

2.3. Về LDL-C: LDL-C là một YTNC độc lập của BĐMV, ngày nay LDL-C đã được chứng minh là yếu tố quan trọng trong tiến trình XVĐM, gây nên nhiều bệnh lý mạch máu nguy hiểm trong đó có BĐMV, trị số LDL-C cũng là mục tiêu đầu tiên cần đạt trong điều trị rối loạn lipid/máu. Qua bảng 4 chúng ta nhận thấy: tỷ lệ tăng LDL-C là 43,1%, trong đó có 7,5% (12/160 tr.h) có mức LDL-C rất cao (>189). Tương tự như ghi nhận của Trần Thị Mỹ Liên: 46,1%; Nguyễn Thị Kim Thúy[8]: 48,65%; nhưng cao hơn Trương Quang Bình: 20,22%. Trị số TB LDL-C là $125,3(45,5)\text{mg/dl}$ (bảng 4), tương tự như ghi nhận của Hà Thị

Anh: 128,8mg/dl; khi so với kết quả Trương Quang Bình (130,8(47,8)mg/dl) và Phạm Thị Mai (121,4(32)mg/dl) thì không khác nhau ($p>0,05$).

Từ những kết quả trên cho thấy tỉ lệ tăng LDL-C của nhóm BN mắc BDMV cũng khá cao (43,1%) nhưng về trị số TB LDL-C thì không tăng hơn nhiều so với người Việt Nam bình thường. Đây có thể là đặc điểm rối loạn lipid/máu trên BN BDMV ở nước ta.

4.2.4. Về TG: TG là YTNC độc lập của BDMV, tăng TG sẽ làm tăng khả năng mắc BDMV. Tỉ lệ tăng TG của nhóm chúng tôi rất cao 71,9%, trong đó có 4,4%(7/160tr.h) có nồng độ TG rất cao(>499mg/dl), tương tự như ghi nhận của Trương Quang Bình là 66,59%; Trần Thị Mỹ Liên là 59,6%; Nguyễn Thị Kim Thúy 62,7%. Qua bảng 5 cho thấy không có sự khác biệt về trị số TB TG/máu giữa nam và nữ($p>0,05$), tương tự như ghi nhận của Hà Thị Anh: 235,33mg/dl; nhưng cao hơn hẳn so với Phạm Thị Mai(237,3(126,8)mg/dl so với 78,46(34,5)mg/dl; $p<0,0001$). Đây cũng là một trong những đặc điểm nổi bật về kiểu rối loạn lipid máu ở BN mắc BDMV ở nước ta.

Tóm lại: rối loạn TG là một rối loạn lipid/máu thường gặp nhất ở BN mắc BDMV và trị số TB TG cao hơn hẳn so với người Việt Nam bình thường.

KẾT LUẬN

Qua khảo sát 160 tr.h chụp mạch vành có tổn thương ở BVCR thành phố Hồ Chí Minh từ năm 2002 đến năm 2004, chúng tôi rút ra được một số kết luận về rối loạn lipid/máu trên bệnh nhân BDMV ở khu vực miền nam Việt Nam như sau :

- Rối loạn lipid/máu trong BDMV: chiếm tỉ lệ rất cao 91,9% các Tr.h
 - ⊕ Về tỉ lệ thì rối loạn thường gặp nhất là tăng TG(71,9%), kế đến tăng CT(64,4%), sau nữa là tăng LDL-C(43,1%) và cuối cùng là giảm HDL-C(37,5%).
 - ⊕ Về trị số TB của các thành phần lipid/máu: so với người Việt Nam bình thường thì TG tăng rất cao, kế đến là giảm HDL-C và tăng CT, còn tăng LDL-C thì không đáng kể.
- Trong mẫu nghiên cứu bệnh nhân BDMV của chúng tôi, không có sự khác biệt về tỉ lệ cũng như về trị số trung bình các thành phần lipid/máu giữa các nhóm tuổi, cũng như giữa nam và nữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Hà Thị Anh (2002), *Khảo sát rối loạn chuyển hóa lipid trên bệnh nhân xơ vữa động mạch*, Luận văn thạc sĩ y học.
- [2] Trương Quang Bình (2001), *Nghiên cứu các rối loạn lipid, lipoprotein ở bệnh nhân bệnh động mạch vành*, Luận án tiến sĩ y học.
- [3] Phạm Văn Cự, Phạm Tử Dương và cs (1999), “Vị trí chi tiết của nhồi máu cơ tim”, *Kỷ yếu toàn văn báo cáo khoa học của hội nghị khoa học chuyên ngành tim mạch và tăng huyết áp lần thứ IV*, tr. 34-40.
- [4] Nguyễn Huy Dung (2000), “Chứng đau thắt ngực”, *22 bài giảng chọn lọc nội khoa tim mạch*, NXB Y học, Hà nội, tr. 8 – 11.
- [5] Trần Thị Mỹ Liên (2002), *Rối loạn lipid, lipoprotein trên bệnh nhân bệnh mạch vành ở người có tuổi tại bệnh viện Thống nhất*, Luận văn thạc sĩ y học.
- [6] Phan Thị Mai (1990), “Sự thay đổi nồng độ lipid và lipoprotein huyết thanh theo tuổi và giới”, *Kỷ yếu công trình khoa học của bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh*, tr. 53 – 56.
- [7] Thạch Nguyễn và cs (2001), “Thay đổi các yếu tố nguy cơ để phòng ngừa bệnh mạch vành”, *Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch 2001*, NXB Y học, Hà nội, tr. 163 – 184.
- [8] Nguyễn Thị Kim Thúy, Nguyễn Thị Hạnh, Lê Hồng Nga (1996), “Tìm hiểu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp và bệnh lý mạch vành”, *Hội nghị khoa học hội nội khoa bộ phận phía nam lần thứ III*, tr. 25-32.

- [9] Atman E. M., Braunwald E. (2001), "Acute myocardial infarction", *Harrison's principles of internal medicine*, 15th edition, McGraw-Hill, pp. 1385 – 1399.
- [10] John A. K., Antonio M. G., (1996) "Dyslipidemia and other risk factors for coronary artery disease", *Heart disease, A textbook of cardiovascular medicine*, W. B. Saunders, Philadelphia, pp. 1126 – 1160.
- [11] NIH news release, (5/ 2001), "NCEP issues major new cholesterol guidelines".
- [12] Po-Hsien Chu, Cheng-Wen Chiang, Yu-Lin Ko, et al., (1998), "Sex-related differences in baseline variables, therapies and outcomes in Chinese patients with acute myocardial infarction", *Atherosclerosis*, Official Journal of the European atherosclerosis society Affiliated with the international atherosclerosis society, pp.54.
- [13] Selwyn A. P., Braunwald E., (2001), "Ischemic heart disease", *Harrison's principles of internal medicine*, 15th edition, McGraw-Hill, pp. 1399 – 1409.
- [14] Stacy C. Smith and Anne C. Goldberg, (2001), "Hyperlipidemia in patients with ischemic heart disease", *The Washington manual of medical therapeutics*, 30th edition, Lippincott Williams and Wilkins, pp. 126 – 130.
- [15] Stemler J, Wentworth D and Neaton JD, for the MRFIT research group (1986), "Is relationship between cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Finding in 356222 primary screenees of the MRFIT". *JAMA*, (256), pp. 2823.