

## Đặc điểm rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân bệnh động mạch vành

Lâm Kim Phụng\*; Lê Công Tấn\*\*; Nguyễn Hồng Sơn\*\*

### TÓM TẮT

Nghiên cứu rối loạn chuyển hóa lipid trên 303 bệnh nhân (BN) được chụp động mạch vành (ĐMV) chưa điều trị rối loạn lipid máu (RLLPM), gồm 227 nam và 76 nữ, tuổi trung bình 57,63 ± 11,87. Kết quả:

- Về mức độ và tính chất rối loạn: tỷ lệ có RLLPM 94,8%. Các chỉ số này đều cao hơn nhóm không tổn thương ĐMV có ý nghĩa.

- Về thành phần rối loạn: sự khác biệt cholesterol (CT) của nhóm tổn thương ĐMV và không tổn thương ĐMV không có ý nghĩa.

- Về kiểu rối loạn lipid máu: rối loạn kết hợp 2, 3, 4 thành phần theo thứ tự: 33,9%; 22,7% và 22,7%. Kiểu rối loạn hay gặp: rối loạn 4 thành phần: 22,7%; tăng TG + giảm HDL-C: 22,7%; tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C: 14,2%; tăng TG: 8,7%. TG có mặt trong tất cả các kiểu rối loạn. Tỷ lệ bệnh ĐMV tăng dần theo số lượng thành phần lipid máu rối loạn.

\* Từ khóa: Rối loạn lipid máu; Chụp động mạch vành.

## Blood Lipid level disorders in coronary heart disease patients

### SUMMARY

*The cross-sectional study was carried out on 303 patients who were performed coronary artery angiography. All of them were blood tested for finding the disorder lipidaemia compositions. The data were analysed and compared between coronary heart disease (CHD) group and non CHD group.*

*Results: The ratio of blood lipide disorders (BLD) patient were 94.8%. As regards the disorder compositions: there was insignificance difference of CT between CHD group and non CHD group.*

*As regards type of BLD: The 2, 3, 4 disorder combining composition in descending order: 33.9%; 22.7% and 22.7%. The type disorder following: hypeCT + hypeTG + hypeLDL-C + hypoHDL-C: 22.7%; hypeTG + hypoHDL-C: 22.7%; hypeCT + hypeTG + hypeLDL-C: 14.2%; hypeTG: 8.7%. TG appeared in all type of disorders. The ratio of CHD elevated following up disorder compositions.*

*\* Key words: Blood lipide disorders; Coronary artery angiography.*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) đã được nghiên cứu về nhiều vấn đề: dịch tễ học quan sát, nghiên cứu can thiệp phòng ngừa

tiên phát, thứ phát đều đi đến kết luận có mối liên quan giữa RLLPM và bệnh ĐMV. Chụp ĐMV là một kỹ thuật chẩn đoán chính xác tính chất và mức độ tổn thương ĐMV. RLLPM ở BN có và không có tổn thương

\* Bệnh viện 7A

\*\* Bệnh viện 175

**Phản biện khoa học: PGS. TS. Nguyễn Oanh Oanh**

ĐMV có gì khác nhau? Tính chất và đặc điểm RLLPM ở BN có tổn thương ĐMV như thế nào và ở BN chưa được điều trị RLLPM

ra sao? Đó là mục đích của nghiên cứu này.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**NGHIÊN CỨU****1. Đối tượng nghiên cứu.**

\* *Mẫu nghiên cứu:*

303 BN, 227 nam và 76 nữ, tuổi trung bình  $57,63 \pm 11,87$ , nhận vào Khoa Tim mạch Can thiệp, Bệnh viện Chợ rẫy từ tháng 2 - 2008 đến 2 - 2009. Số BN này chưa được uống thuốc điều trị RLLPM.

\* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

Tất cả BN được chụp ĐMV theo chỉ định:

- Hội chứng vành cấp: nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có và không có sóng T chênh. Đau thắt ngực không ổn định.

- Bệnh mạch vành mạn: NMCT cũ, nghi ngờ bệnh mạch vành qua các phương pháp chẩn đoán không xâm lấn và có chỉ định chụp mạch vành để chẩn đoán.

\* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- BN tăng lipid máu thứ phát, gồm: bệnh lý mãn tính, dùng thuốc ảnh hưởng chuyển hóa lipid, nhiễm trùng, nghiện rượu.

- BN có chống chỉ định chụp ĐMV, gồm: rối loạn đông máu, nhiễm trùng, dị ứng thuốc cản quang, không hợp tác (ACC/AHA-2002).

**2. Phương pháp nghiên cứu.**

\* *Thiết kế nghiên cứu:*

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang, có so sánh đối chứng (nhóm có tổn thương ĐMV và không tổn thương ĐMV).

\* *Khám lâm sàng:* BN có đủ tiêu chuẩn được khám toàn diện, lập hồ sơ bệnh án nghiên cứu theo mẫu.

\* *Các xét nghiệm cận lâm sàng:*

- BN làm các xét nghiệm huyết học, sinh

hóa, X quang thường qui.

- Xét nghiệm Bilan lipid máu, thực hiện theo đúng qui trình. 4 chỉ số theo dõi chính: cholesterol toàn phần (CT); LDL-cholesterol (LDL-C); HDL-cholesterol (HDL-C) và tryglycerid (TG). Đánh giá mức độ RLLPM dựa theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa giai đoạn 2006 - 2010.

\* *Chụp ĐMV:*

BN được chụp ĐMV bằng hệ thống máy AXIOM ARTIS-FA (Hãng Simens, Đức). Mức độ tổn thương ĐMV dựa vào số lượng nhánh chính của ĐMV bị tổn thương: động mạch liên thất trước (LAD); động mạch mũ (LCx); thân chung ĐMV trái (LCA). Nếu tổn thương ĐMV trái, tính là tổn thương 2 nhánh: động mạch mũ và động mạch liên thất trước.

Mức độ hẹp ĐMV tính bằng tỷ lệ phần trăm (%) đường kính ĐMV bị hẹp so với ĐMV bình thường. Chụp ĐMV được xác định là dương tính (có bệnh tim thiếu máu cục bộ khi có hẹp  $\geq 50\%$  đường kính của 1 trong 3 nhánh ĐMV chính.

\* *Cỡ mẫu nghiên cứu:* 171 BN

\* *Phương pháp xử lý số liệu:* các trị số tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh 2 số trung bình, 2 tỷ lệ. Kiểm định Wann-Whitney, Kruskal Wallis.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU****1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu.**

- Không có sự khác biệt về tuổi giữa nhóm có và không có tổn thương ĐMV. Tuổi trung bình của nhóm nam có bệnh

ĐMV cao hơn nhóm nam không có tổn thương ĐMV có ý nghĩa thống kê. Với nhóm có tổn thương ĐMV: tuổi trung bình của nữ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nam: 50 - 59 tuổi (31,7%); nữ: 60 - 69 tuổi (38,0%). Tỷ lệ nam/nữ = 3,66.

số 233 BN bị tổn thương ĐMV: 83 BN (35,6%) bị tổn thương 1 nhánh, 80 BN (34,3%) bị tổn thương 2 nhánh và 70 BN (30,1%) bị tổn thương 3 nhánh. 206 BN (45,3%) bị tổn thương LAD, 111 BN (24,4%) bị tổn thương LCx, 134 BN (29,4%) bị tổn thương LCA, chỉ có 4 BN (0,9%) bị tổn thương thân chung ĐMV trái.

- 233 BN (76,9%) có tổn thương ĐMV, 70 BN (23,1%) có ĐMV bình thường. Trong

## 2. Mức độ và tính chất RLLPM của BN tổn thương ĐMV.

Bảng 1:

CHỈ SỐ LIPID MÁU (mg/dl)	TỔN THƯƠNG ĐMV (233 BN) (n, %)	KHÔNG TỔN THƯƠNG ĐMV (70 BN) (n, %)	p
CT			
Trung bình	207,35 ± 49,91	195,86 ± 42,48	> 0,05
Tăng	125 (53,6)	27 (38,6)	
Giảm	108 (46,4)	43 (61,4)	
HDL-C			
Trung bình	38,48 ± 9,84	43,39 ± 11,38	< 0,05
Tăng	147 (63,1)	29 (41,4)	
Giảm	86 (36,9)	41 (58,6)	
LDL-C			
Trung bình	124,27 ± 45,53	110,77 ± 40,79	< 0,05
Tăng	112 (48,1)	22 (31,4)	
Giảm	121 (51,9)	48 (68,6)	
TG			
Trung bình	218,30 ± 81,64	213,10 (78,6)	> 0,05
Tăng	189 (81,1)	55 (78,6)	
Giảm	44 (18,9)	15 (21,4)	
RLLPM			
Có	221 (94,8)	62 (88,6)	> 0,05
Không	2 (5,2)	8 (11,4)	

Sự khác biệt về nồng độ HDL-C và LDL-C của hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Ở nhóm tổn thương ĐMV, tỷ lệ BN có CT, LDL-C và HDL-C giảm khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tổn thương ĐMV ( $p < 0,05$ ).

Bảng 2: Phân bố thành phần lipid máu bị rối loạn.

SỐ THÀNH PHẦN LIPID MÁU BỊ RỐI LOẠN	KHÔNG TỔN THƯƠNG ĐMV (n, %)	TỔN THƯƠNG ĐMV (n, %)
0 (20 BN)	8 (40,0)	12 (60,0)
1 (51 BN)	15 (29,4)	36 (70,6)
2 (108 BN)	29 (26,9)	79 (73,1)
3 (65 BN)	12 (18,5)	53 (81,5)
4 (59 BN)	6 (10,2)	53 (89,8)
Cộng: 303	p	< 0,05

Tỷ lệ tổn thương ĐMV tăng theo số lượng thành phần bị rối loạn.

Bảng 3: Phân bố kiểu RLLPM.

Kiểu RLLPM	TỔN THƯƠNG ĐMV	KHÔNG TỔN THƯƠNG ĐMV	p
Bình thường (20 BN)	12 (60,0)	8 (40,0)	> 0,05
Rối loạn 1 thành phần: 51 BN (16,8%)			
Tăng CT	1 (100,0)	0 (0)	> 0,05
Tăng HDL-C	15 (93,8)	1 (6,2)	< 0,05
Giảm LDL-C	0	0	
Tăng TG	20 (58,8)	14 (41,2)	< 0,01
Rối loạn 2 thành phần 108 BN (35,6%)			
Tăng CT + tăng TG	4 (44,4)	5 (55,6)	> 0,05
Tăng CT + tăng LDL-C	15 (75,0)	5 (25,0)	< 0,05
Tăng CT + giảm HDL-C	0	0	
Tăng TG + tăng LDL-C	1 (100)	0	> 0,05
Tăng LDL-C + giảm HDL-C	6 (85,7)	1 (14,3)	> 0,05
Tăng TG + giảm HDL-C	53 (74,6)	18 (25,4)	< 0,01
Rối loạn 3 thành phần: 65 BN (21,5%)			
Tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C	33 (78,5)	9 (21,5)	< 0,01
Tăng CT + tăng TG + giảm HDL-C	16 (88,8)	2 (11,2)	< 0,01
Tăng TG + tăng LDL-C + giảm HDL-C	1 (50,0)	1 (50,0)	> 0,05
Tăng CT + tăng LDL-C + giảm HDL-C	3 (100)	0	> 0,05
Rối loạn 4 thành phần: 59 BN (19,5%)			
Tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C + giảm HDL-C	53 (89,8)	6 (10,2)	< 0,01

- Đa số BN có RLLPM hỗn hợp  $\geq 2$  thành phần.

- Kiểu RLLPM có liên quan rõ rệt với tổn thương ĐMV: hỗn hợp 4 thành phần, 3 thành phần (tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C hoặc tăng CT + tăng TG + giảm HDL-C), 2 thành phần (tăng TG + giảm HDL-C) và 1 thành phần (tăng TG).

Bảng 4: Phân bố kiểu RLLPM của BN có tổn thương ĐMV.

Kiểu rối loạn lipid	TỔN THƯƠNG ĐMV (n = 233)
Bình thường 12 BN (5,2%)	12 (5,2%)
Rối loạn 1 thành phần:	36 (15,5%)
Tăng CT	1 (0,4%)
Giảm HDL-C	15 (6,4%)
Tăng LDL-C	0 (0)
Tăng TG	20 (8,7%)
Rối loạn 2 thành phần:	79 (33,9%)
Tăng CT + tăng TG	4 (1,7%)
Tăng CT + tăng LDL-C	15 (6,4%)
Tăng CT + giảm HDL-C	0 (0)
Tăng TG + tăng LDL-C	1 (0,4%)
Tăng LDL-C + giảm HDL-C	6 (2,6%)
Tăng TG + giảm HDL-C	53 (22,7%)
Rối loạn 3 thành phần:	53 (22,7%)
Tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C	33 (14,2%)
Tăng CT + tăng TG + giảm HDL-C	16 (6,9%)
Tăng TG + tăng LDL-C + giảm HDL-C	1 (0,4%)
Tăng CT + tăng LDL-C + giảm HDL-C	3 (1,3%)
Rối loạn 4 thành phần:	53 (22,7%)
Tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C + giảm HDL-C	

Kiểu RLLPM hay gặp là: tăng TG + giảm HDL-C; tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C. Trong các rối loạn này đều có sự hiện diện của TG.

## BÀN LUẬN

### 1. Tính chất và mức độ RLLPM.

RLLPM đã được y văn khẳng định là yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến bệnh lý ĐMV. Ở Việt Nam cũng đã có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ RLLPM trong nhóm BN có bệnh lý ĐMV: Võ Thanh Thư (2004) gặp 94,8%; Nguyễn Mạnh Phan (2002): 49,1%; Trần Văn Dương (2000): 67,9; Lê Công Tấn (2006): 77,6%. Kết quả của nghiên cứu này là 94,8%, sự khác biệt có thể do kết quả chọn mẫu. Về phân bố tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu ở nhóm BN tổn thương ĐMV (bảng 1) cho thấy: tăng CT: 53,5%; tăng LDL-C: 48,1%; giảm HDL-C: 63,1%; tăng TG: 81,1%. Khi so sánh giữa hai nhóm tổn thương và không tổn thương ĐMV, chúng tôi thấy: tỷ lệ BN tăng CT, tăng HDL-C và giảm HDL-C đều cao hơn có ý nghĩa, riêng TG

đều tăng cao ở cả hai nhóm (81,1% và 78,6%).

## 2. Đặc điểm rối loạn từng thành phần lipid máu.

### \* *Cholesterol:*

Nồng độ CT trung bình của nhóm tổn thương ĐMV là  $207,35 \pm 49,91$  mg/dl, nhóm không tổn thương ĐMV là  $195,86 \pm 42,48$  mg/dl. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trương Quang Bình (2001):  $209 \pm 54,4$  mg/dl. Trong nghiên cứu PROCAM, nồng độ CT của người không có bệnh ĐMV là  $222,9 \pm 41$  mg/dl, chỉ số này cao hơn kết quả của chúng tôi và Trương Quang Bình [1]. Có lẽ đối tượng nghiên cứu của PROCAM là người châu Âu? Cần có những nghiên cứu rộng hơn để đánh giá mức độ RLLPM ở người Việt Nam. Sự khác biệt về nồng độ CT giữa hai nhóm có và không tổn thương ĐMV cũng không có ý nghĩa thống kê.

### \* *HDL-C:*

Chức năng chính của HDL-C là vận chuyển ngược cholesterol từ tế bào vào gan để thoái hóa thành axit mật và muối mật, đào thải qua đường ruột. Vì vậy, HDL-C được coi là yếu tố chống lại quá trình xơ động mạch. Nhiều nghiên cứu cho thấy, nồng độ HDL-C tương quan nghịch và độc lập với nguy cơ mắc bệnh ĐMV, cứ thay đổi 1% HDL-C sẽ thay đổi 2 - 3% nguy cơ mắc bệnh ĐMV (Phạm Tử Dương, 2002).

Nồng độ HDL-C ở nhóm có và không tổn thương ĐMV là  $38,48 \pm 9,84$  mg/dl;  $43,39 \pm 11,38$  mg/dl (bảng 1). Trương Quang Bình (2001) gặp  $41,95 \pm 25,87$  mg/dl. Kết quả này tương ứng nghiên cứu của French JK, mức độ tổn thương ĐMV tương quan nghịch với chỉ số HDL-C [7]. Một nghiên cứu khác cách đây 20 năm của Phạm Thị Mai ghi nhận nồng độ HDL-C là  $51,39 \pm 12,0$  mg/dl, cao hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi. Phải chăng đã có sự thay đổi về chế độ dinh dưỡng và yếu tố nguy cơ của bệnh lý ĐMV ở người Việt Nam?

### \* *LDL-C:*

LDL-C là một trong những yếu tố nguy cơ nguy hiểm, lượng LDL-C chiếm 70% CT lưu hành trong máu [8]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh nồng độ LDL-C cao có nguy cơ mắc bệnh ĐMV nhiều hơn, ngay cả khi lượng CT ở mức bình thường [10]. Nồng độ LDL-C của nghiên cứu này là  $124,27 \pm 45,53$  mg/dl ở nhóm tổn thương ĐMV và  $110,77 \pm 40,79$  mg/dl ở nhóm không tổn thương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### \* *Triglycerid:*

Nồng độ TG của cả hai nhóm có và không tổn thương ĐMV đều tăng cao  $> 150$  mg/dl và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Ở Việt Nam, ngay cả những người không có tổn thương ĐMV, nồng độ TG cũng tăng rất cao. So sánh chỉ số TG ở nhóm không tổn thương ĐMV trong nghiên cứu này và nghiên cứu PROCAM cũng cao hơn rất nhiều. Đây là vấn đề mà y văn thường đề cập về chế độ dinh dưỡng của người châu Á thường nhiều carbohydrate, nói một cách khác, "chế độ ăn châu Á điển hình" [10]. Glycerol-phosphate là cơ chất rất cần thiết cho quá trình sinh tổng hợp TG, chất này chủ yếu được cung cấp từ chuyển hóa carbohydrate, vì vậy khi ăn nhiều carbohydrate, có thể làm tăng tổng hợp TG. Mặc dù kết quả nghiên cứu chưa thấy sự khác biệt về nồng độ TG ở hai nhóm, nhưng tỷ lệ TG tăng cao và có mặt ở tất cả các kiểu RLLPM trong nhóm có tổn thương ĐMV (bảng 3). Rõ ràng TG là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh lý ĐMV.

### 3. Đặc điểm kiểu rối loạn thành phần lipid máu.

#### \* Rối loạn lipid máu 1 thành phần:

Tỷ lệ RLLPM 1 thành phần trong nghiên cứu này khá thấp (16,8%). Trong đó, kiểu tăng TG chiếm đa số (66,7%), giảm HDL-C (31,4%). Đối chiếu với kết quả chụp ĐMV, chúng tôi thấy: tỷ lệ tổn thương ĐMV là 58,8% và 93,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tổn thương ĐMV. Hokanson JE (1996), Gordon DJ (1989) ghi nhận, cứ gia tăng 89 mg/dl TG máu, nguy cơ bệnh tim mạch sẽ tăng 75% ở nữ và 30% ở nam. Tăng 1 mg/dl HDL-C sẽ làm giảm 5% tử vong tim mạch ở nữ và 4% ở nam. Y văn hiện nay cũng ghi nhận TG và HDL-C là 2 yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh lý tim mạch [9, 10]. Rối loạn đơn thuần CT rất ít gặp (0,4%), không thấy rối loạn đơn thuần LDL-C, có lẽ hai loại này thường kết hợp với ít nhất 1 thành phần lipoprotein rối loạn khác.

#### \* Rối loạn lipid máu 2 thành phần:

Rối loạn 2 thành phần chiếm tỷ lệ cao nhất (35,6%), chủ yếu là kiểu kết hợp tăng TG và giảm HDL-C (65,7%), kiểu tăng TG và tăng LDL-C (13,9%). Đối chiếu với kết quả chụp ĐMV cho thấy: 74,6% tổn thương ĐMV có kiểu kết hợp tăng TG và tăng HDL-C. Kết quả này khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác. Ngay cả khi nồng độ LDL-C và CT máu không cao, nhưng có nồng độ TG cao và HDL-C thấp, số người NMCT xảy ra ở nhóm này cũng cao gấp đôi so với nhóm khác (Brinton EA, 2004; Sposito AC, 2004). Ở những nghiên cứu khác cũng cho thấy RLLPM 2 thành phần tăng TG kết hợp giảm HDL-C cao hơn so với các kiểu rối loạn khác. Khi điều trị RLLPM làm giảm tỷ lệ bệnh lý mạch vành (24%) khi giảm 31% và HDL tăng 6% với LDL-C ổn định (Rubins HB, 1999).

#### \* Rối loạn lipid máu 3 thành phần:

Rối loạn 3 thành phần chiếm tỷ lệ tương đối cao (21,5%), trong đó chủ yếu là kiểu rối loạn: tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C và tăng CT + tăng TG + giảm HDL-C. Như vậy, trong kiểu rối loạn 3 thành phần này, chủ yếu là tăng CT kết hợp với tăng TG. Tỷ lệ này khác biệt với nhóm không tổn thương ĐMV có ý nghĩa thống kê. Theo y văn, ở BN có tổn thương ĐMV, nếu RLLPM hỗn hợp, kiểu tăng kết hợp TG và CT, nguy cơ tử vong cao hơn có ý nghĩa so với những kiểu RLLPM khác (Rubins HB, 1999).

#### \* Rối loạn lipid máu 4 thành phần:

Có lẽ do việc chọn mẫu trong nghiên cứu này là những BN có hội chứng vành cấp chưa được điều trị RLLPM nên mức độ RLLPM tương đối nặng. Trong đó, kiểu rối loạn hỗn hợp ≥ 2 thành phần chiếm rất cao (83,2%). Kiểu rối loạn 4 thành phần 19,5%, trong đó, 89,8% có tổn thương ĐMV. Như vậy, có thể thấy, tỷ lệ BN rối loạn 4 thành phần có tổn thương ĐMV cao nhất. Kết quả này cũng tương tự với những nghiên cứu trước đây. Ở nhóm tổn thương ĐMV, các kiểu RLLPM theo thứ tự là: rối loạn 4 thành phần (22,7%); tăng TG + tăng LDL-C: 22,7%; tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C: 14,2%; tăng TG: 8,7%. Các kiểu rối loạn khác có tỷ lệ thấp hơn.

## KẾT LUẬN

Nghiên cứu rối loạn chuyển hóa lipid trên 303 BN được chụp ĐMV bước đầu cho phép rút ra một số kết luận sau:

\* *Mức độ và tính chất rối loạn*: 94,8% có RLLPM, từng thành phần bị rối loạn theo thứ tự: tăng TG (81,1%), giảm HDL-C (63,1%), tăng CT (53,6%), tăng LDL-C (48,1%). Các chỉ số này đều cao hơn nhóm không tổn thương ĐMV có ý nghĩa.

\* *Từng thành phần rối loạn*:

- Sự khác biệt của CT ở nhóm tổn thương ĐMV và không tổn thương ĐMV không có ý nghĩa.

- HDL-C ở nhóm tổn thương ĐMV thấp hơn nhóm không tổn thương ĐMV có ý nghĩa.

- LDL-C ở nhóm tổn thương ĐMV cao hơn nhóm không tổn thương ĐMV có ý nghĩa.

- TG tăng rất cao, nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

\* *Kiểu RLLPM*:

- Rối loạn kết hợp 2, 3, 4 thành phần theo thứ tự: 33,9%; 22,7% và 22,7%.

- Kiểu rối loạn hay gặp: rối loạn 4 thành phần: 22,7%; tăng TG + giảm HDL-C: 22,7%; tăng CT + tăng TG + tăng LDL-C: 14,2%; tăng TG: 8,7%. TG có mặt trong tất cả các kiểu rối loạn. Tỷ lệ mắc bệnh ĐMV tăng dần theo số lượng thành phần lipid máu rối loạn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Trương Quang Bình*. Nghiên cứu rối loạn lipid, lipoprotein ở BN bệnh ĐMV. Luận án Tiến sỹ Y học. Đại học Y-Dược TP.HCM. 2004.

2. *Trần Thị Mỹ Liên*. Rối loạn lipid máu và bệnh ĐMV ở người có tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất TP.Hồ Chí Minh. Luận văn Thạc sỹ Y học. TP.HCM. 2002.

3. *Trần Thị Mai*. Khảo sát hình thái tổn thương ĐMV qua 214 trường hợp chụp ĐMV cản quang tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Chuyên khoa Cấp II. TP.HCM. 2004.

4. *Lê Công Tấn*. Chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ bằng phương pháp kích thích nhĩ qua thực quản. Luận án Tiến sỹ Y học. Hà Nội. 2006.

5. *Võ Thanh Thu*. Khảo sát rối loạn lipid, lipoprotein máu ở BN ĐMV. Luận án Thạc sỹ Y học. TP.HCM. 2004.

6. *Assmann G, Schult H et al*. Hypertriglyceridemia and elevated lipoproteina are risk factors major coronary events in middle-age men. Am J Cardiol. 1996, (77), pp.1179-1184.

7. *French J.K, Elliott JM et al*. Association of angiographically detected coronary artery disease with low level of HDL-C and systemic hypertension. Am J Cardiol. 1993, Mar 1, 71 (7), pp.505-510.

8. *Lee S.J, Campos H*. LDH containing apolipoprotein C III is an independent risk factor for coronary events in diabetic patients. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 2003, (23), pp.853-858.

9. *Peltier M*. Elevated serum lipoprotein level is an dependent marker of severity of thoracic aortic atherosclerosis. Chest. 2002, (121), pp.1589-1594.

10. *Neil S et al*. Clinical appraisal and goals of therapy dietary therapy of hyperlipidemia, exercise and lipid-lowering drugs. Management of lipids in clinical practice. Professional communication Inc. USA. 1997, pp.87-216.



