

NHẬN XÉT VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐÃ ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TRONG 3 NĂM (2005 - 2007)

ĐỖ TRUNG QUÂN, NGUYỄN QUỐC ANH

ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ thường gây ra các biến chứng mạn tính nguy hiểm, đặc biệt là biến chứng mạch máu lớn, các biến chứng này thường để lại các di chứng rất nặng nề cho người bệnh, nó còn là một trong những nguyên nhân tử vong của bệnh nhân ĐTĐ. Đặc biệt ĐTĐ typ 2 do bệnh thường được phát hiện muộn, biến chứng của bệnh ĐTĐ là khó có thể tránh khỏi, tuy nhiên chúng ta có thể làm chậm tiến triển của các biến chứng và hạn chế mức độ biến chứng bằng cách quản lý và điều trị tốt cho bệnh nhân. Ở bệnh nhân đái tháo đường, biến chứng mạch máu lớn, trong đó tổn thương động mạch vành thường gặp với đặc điểm tổn thương nhiều hơn, lan toả hơn, tiến triển nhanh hơn và kèm calci hoá nhiều hơn. Thêm vào đó là tổn

thương vi mạch vành ở bệnh nhân ĐTĐ cũng góp phần làm khả năng co bóp của cơ tim bị kém hơn. Việc can thiệp ĐMV qua da đã cứu sống nhiều bệnh nhân ĐTĐ typ 2 bị nhồi máu cơ tim, đồng thời can thiệp cũng giảm đáng kể các biến chứng như tử vong, tái phát triệu chứng thiếu máu, tái nhồi máu cơ tim do tắc lại ĐMV cũng như nhu cầu tái tạo ĐMV cấp cứu.

Mặt khác tình trạng tái hẹp ĐMV sau can thiệp sẽ tăng ở bệnh nhân ĐTĐ nếu tình trạng đường huyết cũng như các yếu tố nguy cơ (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu ..) không được quản lý tốt.

Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: Nhận xét các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 sau can thiệp động mạch vành qua da.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi gồm tất cả những bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTD theo tiêu chuẩn của TCYTTC năm 2001 và bị nhồi máu cơ tim đã điều trị tại Viện tim mạch quốc gia. Bệnh nhân đã được chụp ĐMV và can thiệp động mạch vành qua da tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai, xác định có tổn thương ĐMV từ 1/2005-12/2007. Chẩn đoán ĐTD theo tiêu chuẩn của TCYTTC năm 2001

2. Phương pháp nghiên cứu.

Chúng tôi thu thập bệnh án của các bệnh nhân ĐTD được chẩn đoán tổn thương ĐMV bằng chụp mạch và sau đặt Stent, trong thời gian từ 1/2005 đến 12/2007 và được ghi lại theo mẫu thống nhất.

Chúng tôi thu thập các số liệu về

- Lâm sàng : Thu thập các dữ liệu về: tuổi, giới, đau ngực, khó thở, nhịp tim, huyết áp, của bệnh nhân.

- Béo phì được đánh giá dựa vào chỉ số khối cơ thể - BMI (Body Mass Index) theo tiêu chuẩn của WHO - 2000 cho người châu á.

+ Tiền sử bản thân, tiền sử gia đình

- Cận lâm sàng : Đường máu, mỡ máu (cholesterol toàn phần, triglyceride, HDL-Cholesterol, LDL-Cholesterol), Ure máu, Creatinin máu, điện giải máu, CK, CK - MB, HbA1c.

- Chụp động mạch vành: Vị trí tổn thương ĐMV: thân chung ĐMV trái, ĐM liên thất trước, ĐMV phải, ĐM mũ. số lượng ĐMV bị tổn thương

- Kết quả can thiệp ĐMV : Phân tích các số liệu số lượng ĐMV bị tổn thương đã được can thiệp

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 1/2005 đến tháng 12/2007 chúng tôi đã thu thập được 185 bệnh nhân. Bệnh nhân tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 60-69 (76/185 bệnh nhân - chiếm 41%).

- Tỷ lệ bệnh nhân nữ ít hơn so với bệnh nhân nam (32,4% so với 67,6%). Tỷ lệ nam/nữ: 2,08/1.

- Tuổi trung bình của nữ: 44, nam: 33, tuổi trung bình của nữ cao của nữ cao hơn so với nam (64,7 so với 61,5), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

1. Biểu hiện cơn đau thắt ngực.

4.Hút thuốc lá.

Trong 185 bệnh nhân bị NMCT có đái tháo đường, chúng tôi thu thập được 61 bệnh nhân có hút thuốc lá. Số điều thuốc lá hút / ngày và thời gian hút thuốc so sánh với số mạch vành bị tổn thương

Số mạch vành bị tổn thương	1	2	3	Tỷ lệ Chung (%)
Yếu tố nguy cơ				
Số điều thuốc hút/ngày				
< 20	12(19,6%)	9(14,7%)	5(8,2%)	26(42,6%)
> 20	7(11,4%)	13(21,3%)	15(24,6%)	35(57,3%)
Thời gian hút/năm				
< 10	16(26,2%)	8(13,6%)	11(18%)	25(41%)
> 10	9(14,7%)	10(16,4%)	17(27,8%)	36(59%)

- Hút thuốc với số lượng > 20 điều/ngày, có 35 bệnh nhân và đa số là tổn thương từ trên 2 nhánh động mạch vành trở lên. Hút thuốc với số lượng dưới

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	171	92,4
Không	14	7,6
Xuất hiện khi nghỉ	136	79,5
Khi gắng sức	35	20,5
Vị trí đau:		
- Sau xương ức	51	29,8
- Trước tim	110	64,3
- Vùng khác	10	5,8
Thời gian đau trung bình	40,3 ± 40,3 (phút)	

2. Các yếu tố nguy cơ.

Nhóm BMI	Nữ		Nam		Chung	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ chung (%)
< 18,5	3	5,0	4	3,2	7	3,8
18,5-<23	31	51,7	61	48,8	92	49,7
23-<25	7	11,7	29	23,2	36	19,5
≥ 25	19	31,7	31	24,8	50	27,0
Trung bình	23,2 ± 3,3		23,2 ± 2,9		23,2 ± 2,9	

Đa số bệnh nhân có thể trạng trung bình hoặc gầy, số bệnh nhân có chỉ số BMI bằng hoặc lớn hơn 25 chiếm 27%.

3. Thời gian phát hiện đái tháo đường.

Năm	Điều trị đều	Tỷ lệ NMCT (%)	Điều trị không đều	Tỷ lệ NMCT (%)
< 5	13	7,3	48	30
5 - 10	38	20,5	58	32,5
> 10	9	4,9	12	6,74

- Thời gian phát hiện đái tháo đường dưới 5 năm, điều trị đều là 48 bệnh nhân, có tỷ lệ NMCT là 30% và điều trị không đều là 13 bệnh nhân, tỷ lệ NMCT là 7,3%.

- Thời gian phát hiện đái tháo đường nhiều nhất trong khoảng thời gian 5 - 10 năm, điều trị đều là 58 bệnh nhân, tỷ lệ NMCT là 32,5%. Và điều trị không đều là 38 bệnh nhân, có tỷ lệ NMCT là 21,34%.

- Trong đó có 7 bệnh nhân không rõ thời gian bị bệnh, khi vào viện mới phát hiện ra đái tháo đường.

20 điều/ngày, thì đa số là tổn thương 1 nhánh động mạch vành, 12 bệnh nhân (19,6%).

- Thời gian hút trên 10 năm, đa số có tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành.

5. Thời gian phát hiện THA ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường bị NMCT.

Năm	Điều trị đều	Tỷ lệ NMCT (%)	Điều trị không đều	Tỷ lệ NMCT (%)
< 5	15	12	19	15
5 - 10	21	16,6	35	27,7
> 10	13	10,3	23	18,25

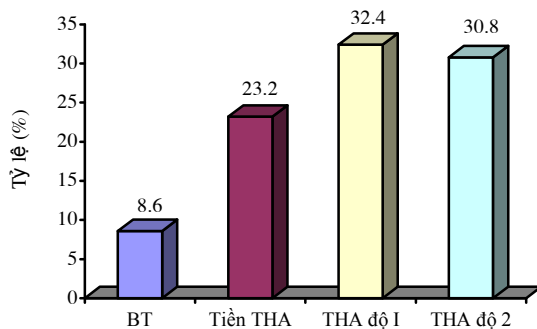
- Thời gian bị THA dưới 5 năm, điều trị đều là 15 bệnh nhân, có tỷ lệ NMCT là 12%, điều trị không đều thì tỷ lệ NMCT là 15%.

- Thời gian bị THA trong khoảng thời gian 5 - 10 năm có số bệnh nhân cao nhất, 35 bệnh nhân điều trị không đều, có tỷ lệ NMCT là 27,7%.

- Thời gian THA trên 10 năm, điều trị đều có tỷ lệ NMCT là 10,3%, và điều trị không đều, có tỷ lệ NMCT là 18,25%.

- Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 59 bệnh nhân không có biểu hiện THA.

Mức độ THA theo JNC VII với số lượng mạch vành bị tổn thương



- Bệnh nhân có huyết áp bình thường (16 bệnh nhân), có 7 bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh động mạch vành (chiếm 3,78%). Ở giai đoạn tiền THA số bệnh nhân tổn thương 3 nhánh động mạch vành tăng lên 22 bệnh nhân (chiếm 11,9%).

- Đa số bệnh nhân có tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành đều nằm ở THA độ I và II theo phân loại JNC VII, 26 bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh động mạch vành (14,05%) với THA độ I, và 36 bệnh nhân tổn thương 3 nhánh động mạch vành (19,4%) với THA độ II.

6. Rối loạn lipid theo các thành phần với mức độ tổn thương ĐMV.

Rối loạn các thành phần lipid	Số lượng	Số mạch vành bị tổn thương			Tỷ lệ (%)
		1	2	3	
Không	24	12(6,5%)	10(5,4%)	2(1,08%)	13
Cholesterol	22	3(1,6%)	4(2,1%)	15(8,1%)	11,9
Triglycerit	32	8(4,3%)	11(6%)	13(7,0%)	17,3
HDL_c	22	5(2,7%)	7(3,7%)	10(5,4%)	11,9
LDL_c	25	2(1,08%)	4(2,1%)	19(10,2%)	13,5
Cholesterol + Triglycerit	20	1(0,5%)	4(2,1%)	15(8,1%)	10,8

Cholesterol + LDL_c	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số mạch vành bị tổn thương	Tỷ lệ (%)
40	8(4,3%)	15(8,1%)	17(9,2%)	21,6

Rối loạn lipid máu là một trong những rối loạn thường gặp nhất, được nói nhiều trong bệnh đái tháo đường, với số liệu này chúng tôi thấy:

- Bệnh nhân không có RLLP là 24 bệnh nhân (chiếm 13%) và đa số là tổn thương 1 nhánh ĐMV, chỉ có 2 bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh (1,08%).

- Bệnh nhân có tỷ lệ RLLP chung là khá cao: 87%, trong đó tăng Cholesterol là 22 và số tổn thương 3 nhánh ĐMV là 15 (8,1%), tỷ lệ tổn thương chung là 11,9%.

Tăng Triglycerit là 32, đa số là tổn thương trên 2 nhánh ĐMV (chiếm 17,3%). Tăng Cholesterol kèm tăng LDL_c, có 40 bệnh nhân, chủ yếu là tổn thương 2 và 3 nhánh ĐMV, đa số bệnh nhân có RLLP chủ yếu là tổn thương trên 2 nhánh ĐMV.

- Nồng độ Glucose huyết tương trung bình là 12,9 ± 4,3.

7. Đánh giá tình trạng kiểm soát đường máu với mức độ tổn thương ĐMV.

HbA1c	Số lượng	Số mạch vành bị tổn thương			Tỷ lệ chung (%)
		1	2	3	
< 6,5	20	9(6,3%)	6(4,2%)	5(3,5%)	14
6,5 - 7,5	43	7(5%)	11(7,7%)	25(17,6%)	30,3
> 7,5	79	15(10,5%)	31(21,8%)	33(23,2%)	55,7
Cộng	142				100,0

Trong 142 bệnh nhân có xét nghiệm HbA1c, tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát đường máu không tốt còn cao chiếm 86% (122/142 bệnh nhân).

- Chỉ số HbA1c < 6,5% có 20 bệnh nhân, tổn thương chủ yếu 1 nhánh ĐMV, tỷ lệ tổn thương chung là 14%.

- Nhóm có chỉ số HbA1c > 7,5% thì đa số có tổn thương trên 2 nhánh ĐMV.

Trong 185 bệnh nhân đái tháo đường bị NMCT, có 168 bệnh nhân bị NMCT chiếm 90,8%, NMCT lần 2, có 17 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 9,2%, không có bệnh nhân bị NMCT lần 3.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy giá trị BMI của nữ và nam tương đương nhau. kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều kết quả nghiên cứu ở trong nước. Nghiên cứu của Huỳnh Tấn Đạt, Nguyễn Thy Khuê (1998) trên 504 bệnh nhân ĐTĐ typ2 thấy tỷ lệ thừa cân và béo phì là 24,8% , tương tự, Đỗ Trung Quân (2002), cũng có nhận xét đa số bệnh nhân ĐTĐ typ2 ở Việt Nam có thể trạng trung bình. Đây chính là điểm khác biệt giữa bệnh nhân ĐTĐ Việt Nam so với các nước khác. Sự khác biệt này cũng có thể do thể trạng người Việt Nam bình thường cũng nhỏ hơn người Châu Âu.

Tuy tỷ lệ thừa cân và béo phì trong nghiên cứu là không cao chiếm 27%, chỉ số BMI trung bình ở cả nam và nữ là 23,2 ± 2,9. Mặc dù vậy, tình trạng béo phì vẫn là một thông số được nhiều nghiên cứu ở nước ngoài đề cập đến như là một trong những yếu tố nguy cơ kết hợp gây bệnh mạch vành ở những bệnh nhân ĐTĐ:

+ Với những bệnh nhân ĐTĐ béo phì là một trong những triệu chứng thường gặp, nhất là ở bệnh nhân

ĐTĐ typ2. Đặc điểm béo phì ở bệnh nhân ĐTĐ là béo phì trung tâm (béo bụng), tình trạng béo bụng thường liên quan với hiện tượng kháng insuline, điều này làm nặng thêm tình trạng tăng đường máu và làm cho nguy cơ bệnh mạch vành tăng lên .

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, về thời gian phát hiện đái tháo đường được điều trị đều và điều trị không đều, so sánh với tỷ lệ NMCT thu được chúng tôi thấy: số bệnh nhân bị bệnh đái tháo đường dưới 5 năm, điều trị đều là 13 bệnh nhân, có tỷ lệ NMCT là 7,3%, điều trị không đều là 48 bệnh nhân, có tỷ lệ NMCT là 30%, đa số bệnh nhân có thời gian bị bệnh trên 5 năm, điều trị không đều thấy tỷ lệ NMCT tăng lên.

Trong số đó có 17 bệnh nhân bị NMCT lần 2 nằm ở nhóm đái tháo đường trên 5 năm. Và có 7 bệnh nhân tai biến mạch máu não nằm ở nhóm đái tháo đường trên 10 năm. Và có 7 bệnh nhân không rõ thời gian bị bệnh, chỉ khi bị NMCT mới phát hiện ra đái tháo đường.

Như vậy, rõ ràng đái tháo đường thường được phát hiện muộn, với thời gian bị bệnh kéo dài, và khả năng được điều trị đều hay không đều, sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho sự xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn và vi mạch, trong đó có NMCT và tai biến mạch máu não.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hút thuốc lá là 61 bệnh nhân (chiếm 33%). So sánh với số lượng động mạch vành bị tổn thương, chúng tôi thấy: hút thuốc lá với số lượng trên 20 điếu một ngày, thì đa số có tổn thương trên 2 nhánh động mạch trở lên và thời gian hút trên 10 năm, đa số tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành. Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ đã biết từ lâu làm tăng nguy cơ xơ động mạch, đặc biệt khi có nhiều yếu tố khác phối hợp như tăng HA và rối loạn lipid máu. Hút thuốc lá và ĐTĐ là những yếu tố nguy cơ độc lập làm gia tăng các tai biến mạch vành. Sự kết hợp của hai yếu tố này có thể làm nặng thêm tình trạng bệnh lý của bệnh nhân. Theo một nghiên cứu ở Mỹ, tỷ lệ mắc bệnh mạch vành của nhóm phụ nữ nghiên cứu thuốc lá nặng (hút trung bình ≥ 20 điếu thuốc lá/ngày) cao hơn từ 2 đến 4 lần so với nhóm phụ nữ không hút thuốc lá . Theo nghiên cứu Framingham trên 4.120 nam giới hút thuốc lá, thấy tỷ lệ mắc bệnh mạch vành cao gấp 3 lần và tử vong cũng tăng hơn nhiều so với số không hút thuốc lá . Tuy trong nghiên cứu tỷ lệ hút thuốc lá chỉ chiếm 33% nhưng chúng ta không thể phủ nhận tác hại của thuốc lá lên sức khỏe nói chung và các bệnh lý mạch vành nói riêng, vì vậy việc khuyến cáo các bệnh nhân ngừng sử dụng thuốc lá vẫn là một trong những mục tiêu chăm sóc y tế với những bệnh nhân ĐTĐ có bệnh mạch vành.

Trong kết quả của chúng tôi có 126/185 bệnh nhân có tăng huyết áp (chiếm tỷ lệ 68,1%), tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 62,5, ở nhóm tuổi trên 60 thì gần 2/3 số bệnh nhân có tăng huyết áp, có thể đây là một trong các lý do khiến tỷ lệ tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu khác.

Các nguy cơ tim mạch bao gồm cả ĐTĐ typ2 và tăng HA đều tăng ở các bệnh nhân cao tuổi, như tỷ lệ ĐTĐ typ2 tăng từ 6% ở tuổi 40 lên tới gần 20% ở tuổi trên 70, trong nghiên cứu này có tới hơn một nửa số bệnh nhân có tuổi lớn hơn hoặc bằng 60. Điều này góp phần làm tăng tỷ lệ tăng HA cũng như gây khó khăn cho việc kiểm soát HA và đường máu vì ở những bệnh nhân này, ngoài những nguyên nhân như sự lão hoá, xơ vữa động mạch tăng theo tuổi thì các bệnh ĐTĐ cao tuổi cũng thường có thời gian bị bệnh lâu hơn.

Áp dụng cách phân độ tăng HA của JNC VII so với số lượng động mạch vành bị tổn thương, chúng tôi thấy có hơn 2/3 số bệnh nhân nghiên cứu có tăng HA độ 1 và độ 2, đa số bệnh nhân có tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành đều nằm ở THA độ I và THA độ II. 26 bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh động mạch vành (14,05%) với THA độ I và 36 bệnh nhân tổn thương 3 nhánh động mạch vành (19,4%) với THA độ II, chỉ có 16 bệnh nhân trong nghiên cứu có mức HA bình thường ($<120/80$ mmHg) và số lượng mạch vành bị tổn thương cũng ít hơn so với THA độ I và THA độ II (tổn thương 3 nhánh động mạch vành là 7 bệnh nhân (3,78%), đáng chú ý có tới 43/185 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 23,2%) mặc dù chưa được chẩn đoán và điều trị tăng HA nhưng được xếp vào nhóm tiền tăng HA và tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành tăng hơn so với số bệnh nhân có huyết áp bình thường (tổn thương 3 nhánh động mạch vành là 22 bệnh nhân-11,9%). Theo JNC VII, những người giai đoạn tiền tăng HA có nguy cơ trở thành tăng HA thật sự cao gấp 2 lần so với người ở mức thấp hơn.

Qua số liệu thu được chúng tôi thấy trong số các bệnh nhân đái tháo đường bị NMCT, có THA, thì đa số bệnh nhân có thời gian THA trên 5 năm, trong đó khoảng thời gian bị THA 5 - 10 năm có tỷ lệ cao nhất chiếm 44,3%, so sánh điều trị THA (điều trị đều hay điều trị không đều) với tỷ lệ bị NMCT, chúng tôi thấy: thời gian THA dưới 5 năm điều trị không đều, có tỷ lệ NMCT là 15%, nhưng tỷ lệ NMCT tăng lên khi thời gian bị THA tăng lên, 27,7% khi bị THA 5- 10 năm và 18,25% khi bị THA trên 10 năm. Kết quả đó cho thấy thời gian THA càng dài, cùng với thời gian đái tháo đường càng dài thì nguy cơ xuất hiện các biến chứng mạch máu lớn và vi mạch càng cao, trong đó có NMCT. Nhưng cũng có thể THA là một yếu tố nguy cơ độc lập với NMCT.

Tỷ lệ tăng HA trong nghiên cứu của chúng tôi trên những bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương ĐMV cũng tương tự như kết quả của các tác giả trong và ngoài nước khác.

Tác giả	THA(%)
Chúng tôi	68,1
Đỗ Thị Thu Hà	71,00
Lê Thị Yến	61,76
BARI	56,00
Alonso	51,00

Kết quả trong nghiên cứu chúng tôi thấy, tỷ lệ THA chiếm 68,1%, đặc biệt trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có tới 143 bệnh nhân có tổn thương từ 2 nhánh ĐMV trở lên (chiếm tỷ lệ 77,3%), còn lại có 42 bệnh nhân tổn thương 1 nhánh ĐMV (chiếm 22,7%).

Như vậy, THA là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn tới tổn thương ĐMV ở bệnh nhân ĐTĐ. Điều này cũng đã được nhiều nghiên cứu của nước ngoài đề cập đến:

+ Tăng HA ở bệnh nhân ĐTĐ thường làm trầm trọng thêm tình trạng rối loạn đường máu và hậu quả tất yếu là sự gia tăng các biến chứng, đặc biệt là biến chứng mạch máu. Theo kết quả nghiên cứu của UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study) trên những bệnh nhân ĐTĐ typ2 tại Anh cho thấy: khi HATĐ tăng lên 10mmHg thì nguy cơ với bất kỳ biến chứng nào của bệnh ĐTĐ tăng lên trung bình 12% và nó làm tăng 1,15 lần nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở những bệnh nhân này.

+ Theo khuyến cáo của JNC VII: khi HA nằm trong ranh giới từ 115/75 mmHg đến 185/115 mmHg, thì nguy cơ tim mạch tăng gấp đôi cho mỗi 20/10 mmHg tăng lên của HA.

Như vậy, khi bệnh nhân ĐTĐ có tăng HA kết hợp thì nguy cơ bị tổn thương nhiều nhánh ĐMV tăng lên.

Bệnh ĐTĐ thường gây ra những bất thường về Lipid và Lipoproteine máu. Ở những bệnh nhân ĐTĐ typ1 kiểm soát đường máu tốt, nồng độ các Lipid và Lipoproteine tương tự như những người không bị ĐTĐ, với bệnh nhân ĐTĐ typ2 thường có nồng độ Triglyceride tăng cao, kèm theo xu hướng giảm HDL và bất thường kích thước LDL. Đây đều là những thay đổi bất lợi cho tim mạch.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi trình bày ở bảng 11, về rối loạn lipid theo các thành phần với mức độ tổn thương động mạch vành, chúng tôi thấy, trong 185 bệnh nhân có 24 bệnh nhân không có rối loạn Lipid nào (13%) và chủ yếu là tổn thương có 1 nhánh động mạch vành (12 bệnh nhân -6,5%), chỉ có 2 bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh động mạch vành (1,08%). Tỷ lệ rối loạn Lipid khá cao, chiếm 87%, trong rối loạn Lipid theo các thành phần thấy tăng cholesterol là 22 và số tổn thương 3 nhánh động mạch vành là 15(8,1%), tỷ lệ tổn thương chung là 11,9%. Tăng triglycerit là 32, đa số là tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành (chiếm 17,3%). Tăng LDL_c là 25, tổn thương 3 nhánh động mạch vành là 19 (10,2%), tỷ lệ tổn thương chung là 13,5%. Tăng cholesterol kèm tăng LDL_c, có 40 bệnh nhân, chủ yếu là tổn thương 2 và 3 nhánh động mạch vành, đa số bệnh nhân có RLLP chủ yếu là tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành.

Trên thế giới, vấn đề đã khá rõ ràng và đã được chứng minh bởi các nghiên cứu dịch tễ lớn trên các quần thể bệnh nhân ĐTĐ và người bình thường về mối liên quan giữa mức độ rối loạn các thành phần Lipid máu với bệnh mạch vành trên những bệnh nhân ĐTĐ:

+ Nghiên cứu UKPDS kết luận: tỷ lệ mắc bệnh ĐMV tăng 1,75 lần khi nồng độ LDL_Cho tăng 1 mmol/l và tỷ lệ mắc bệnh ĐMV giảm 0,15 lần khi nồng độ HDL_Cho tăng thêm 0,1 mmol/l.

+ Theo công bố của M.Austin (1999) ghi nhận qua 17 nghiên cứu hồi cứu trên 46.400 bệnh nhân

nam và 10.864 bệnh nhân nữ mắc ĐTĐ, theo dõi trong 8 năm, cho thấy nếu nồng độ Triglyceride tăng thêm 1 mmol/l thì nguy cơ mắc bệnh mạch vành ở nam tăng lên 14 - 32% và ở nữ tăng lên 37 - 76%.

Như vậy, ĐTĐ có mối tương tác qua lại và là yếu tố thúc đẩy lẫn nhau với rối loạn Lipid máu, chúng phối hợp với nhau và trở thành vòng luẩn quẩn làm cho các biến chứng mạch vành nặng nề hơn. Do đó, việc phát hiện và điều trị sớm các rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ, trong một chừng mực nào đó, có thể góp phần làm giảm nguy cơ tổn thương ĐMV.

Về cơ chế của sự rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ chúng tôi đã đề cập khá chi tiết ở phần tổng quan. Trong đó vai trò của sự rối loạn chuyển hoá glucose và insulin đã là những động lực thúc đẩy quá trình hình thành và gia tăng các thành phần lipid máu theo hướng bất lợi. Đối với bệnh nhân ĐTĐ, việc tăng đường máu lâu dài dẫn đến hậu quả của việc hình thành lắng đọng các sản phẩm đầu cuối của glucose hoá (AGEs - Advanced Glycation End Products). Chất này ảnh hưởng lên thành mạch như là quá trình oxy hoá Lipoprotein. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh được rằng, AGEs làm tăng quá trình glycan hoá protein để tăng cường bẫy các Lipoprotein khi các chất này qua thành mạch. Hơn nữa, AGEs còn làm tăng quá trình ngưng kết các Monocytes và tăng giải phóng các chất trung gian, các yếu tố phát triển để làm tiến triển nhanh chóng quá trình xơ động mạch.

ĐTĐ đi kèm với rối loạn chuyển hoá lipid và thay đổi nồng độ Lipoprotein. Do tăng nồng độ LDL nhỏ dày đặc làm tổn thương ĐMV. Lipoprotein A và LDL oxy hoá cũng là những yếu tố quan trọng trong quá trình tăng cường gây xơ vữa ĐMV. Ngoài ra, sự glycosyl hoá apoprotein B, LDL và HDL có thể xảy ra trong bệnh ĐTĐ, gây ức chế sự thanh thải LDH và tăng thanh thải HDL. Các tác dụng sinh hoá này có thể là yếu tố tiền xơ vữa. Sự gia tăng glycosyl hoá các sản phẩm cuối cùng có thể cũng có liên quan đến quá trình tăng tốc xơ vữa.

ĐTĐ có một mối tương tác qua lại và là yếu tố nguy cơ thúc đẩy lẫn nhau với THA và rối loạn Lipid máu. Trong một chừng mực nào đó, chúng phối hợp với nhau và trở thành luẩn quẩn làm cho các biến chứng và hậu quả nặng nề hơn. Đặc biệt phải kể đến là các yếu tố nguy cơ tim mạch sẽ tăng vọt. Ta thấy là, ở bệnh nhân bị bệnh ĐMV có ĐTĐ đi kèm thì thường có mặt các yếu tố nguy cơ khác chi phối nhiều hơn và làm cho bệnh cảnh lâm sàng của những bệnh nhân bị bệnh ĐMV có ĐTĐ vốn đã phức tạp càng trở nên phức tạp hơn.

Kết quả xét nghiệm đường máu thu được theo nghiên cứu cho thấy: nồng độ đường máu trung bình của bệnh nhân lúc cao nhất là $14,0 \pm 4,3$, nồng độ đường máu trung bình lúc thấp nhất là $12,9 \pm 4,3$. So sánh kết quả xét nghiệm thu được trong nghiên cứu của chúng tôi về nồng độ đường máu trung bình lúc thấp nhất, cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác: Lê Thị Yến là : $12,23 \pm 4,37$. Phạm Thị Thuận là: $10,90 \pm 4,51$.

Nồng độ glucose trung bình đều tăng ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, chứng tỏ tình trạng kiểm

soát đường máu không tốt của các bệnh nhân ĐTĐ, có thể gây ảnh hưởng xấu tới tình trạng tổn thương ĐMV của bệnh nhân, vấn đề này đã được một nghiên cứu ở Mỹ chứng minh: khi nồng độ glucose máu tăng 20 mg/dl (1,1 mmol/l) thì nguy cơ mạch vành tăng 20%. Như vậy, với bệnh nhân ĐTĐ chính sự gia tăng nồng độ glucose máu góp phần làm gia tăng hình thành mảng xơ vữa mà ĐMV là nơi chịu hậu quả nặng nề nhất, hậu quả là tình trạng tổn thương ĐMV nặng lên cùng với mức độ tăng của nồng độ glucose máu.

ĐTĐ là một bệnh mạn tính với nhiều biến chứng, đặc biệt là các biến chứng về tim mạch, độ trầm trọng của các biến chứng tim mạch (trong đó có bệnh mạch vành) phụ thuộc nhiều vào tình trạng kiểm soát đường máu của bệnh nhân. Kiểm soát tốt đường máu ở bệnh nhân ĐTĐ có vai trò cực kỳ quan trọng. Một xét nghiệm để đánh giá gián tiếp tình trạng này là đo nồng độ hemoglobine glycate hoá HbA1c, bằng cách đo nồng độ HbA1c chúng ta có thể đánh giá mức độ kiểm soát đường máu của bệnh nhân trong vòng 2 -3 tháng trước xét nghiệm.

Tuy nhiên, theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (trong 185 bệnh án, thu được 142 bệnh án có xét nghiệm HbA1c), thấy chỉ số HbA1c < 6,5% có 20 bệnh nhân, tổn thương chủ yếu 1 nhánh động mạch vành, tỷ lệ tổn thương chung là 14%. Nhóm có chỉ số HbA1c > 7,5% thì đa số có tổn thương trên 2 nhánh động mạch vành (79 bệnh nhân - 55,7%). ADA 2006 đã đề ra mục tiêu kiểm soát đường máu lúc đói < 7 mmol/l và HbA1c < 7,0%.

Cũng như các nghiên cứu khác trong nước đều không đạt được mục tiêu này, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có nồng độ HbA1c ≥ 6,5% (chiếm 86%), chỉ có 20 bệnh nhân có mức kiểm soát đường máu tốt HbA1c < 6,5% (chiếm 14%), những tỷ lệ này đều khá cao và có thể gây ra những bất lợi cho mạch vành. Có lẽ đây là một đặc điểm của các bệnh nhân ĐTĐ Việt Nam.

Theo nghiên cứu của UKPDS, nồng độ HbA1c tăng 1% làm tăng nguy cơ mắc bệnh mạch vành lên 1,11 lần.

Kiểm soát đường máu kém sẽ làm gia tăng các biến chứng mạn tính, tăng nguy cơ tàn tật và tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ. Vì vậy, cần kiểm soát đường máu tích cực hơn.

KẾT LUẬN

- Thừa cân, béo phì: chỉ số BMI của cả nam và nữ là $23 \pm 2,9$, béo phì: 27%.

Tăng huyết áp: 68,1%, trong đó 77,3% bệnh nhân THA có tổn thương từ 2 ĐMV trở lên. Hút thuốc lá: 33%.

Tỷ lệ rối loạn Lipid máu của các bệnh nhân trong nghiên cứu khá cao: 87%, trong đó: tăng triglycerit kèm tổn thương trên 2 nhánh ĐMV (chiếm 17,3%), tăng cholesterol kèm tăng LDL_c có tổn thương trên 2 nhánh ĐMV chiếm 21,6%.

Đa số bệnh nhân có mức kiểm soát đường máu không tốt (86%). HbA1c > 7,5% tổn thương trên 2 nhánh ĐMV chiếm 55,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS: 23): "Risk factor coronary artery disease in noninsuline dependent diabetes mellitus", *BMJ* 316: 823 - 828, 1998.
2. Vincenza Snou, Mark Aronson, Rodney Horn bake E (2004), "Lipid control in the management of typ 2 diabetes mellitus: aclinical practice guillotine from the American College of Physicians", *Ann Intera med*, 140, pp, 644 - 49.
3. Weber MA (2007) "Management of hypertension in patients with diabetes mellitus", *Cardiovascular disease and diabetes*, chapter 9: 181 - 206.
4. Willent WC, GreenA, Stampfer MJ, et al. (1987), "Relative and absolute excess risks of cononary heart disease among Women Who smoke cigarettes", *N Engl J Med*; 317: 1303 - 309.
5. Zachary (2003), T. Boomgasden, MS . cardiovascular Disease and Diabetes care 26: 230 - 237.