

Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trên bệnh nhân bệnh mạch vành mang yếu tố nguy cơ tồn dư tại Khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai

Viên Hoàng Long*, Phan Đình Phong*, Trương Thanh Hương*, Viên Văn Đoàn**

*Viện Tim mạch Việt Nam

**Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Tổng quan: Hiện nay, LDL-C là nguyên nhân đã được xác định gây ra mảng xơ vữa trong bệnh mạch vành. Tuy nhiên, vẫn còn tranh luận về vai trò của HDL-C và Triglyceride trong quá trình hình thành mảng xơ vữa. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả một số đặc điểm yếu tố nguy cơ tồn dư ở bệnh nhân bệnh mạch vành ổn định điều trị tại Khoa khám bệnh bệnh viện Bạch mai.

Đối tượng: 200 bệnh nhân được xác định mắc bệnh mạch vành đang điều trị tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai với mức LDL-C đạt mục tiêu theo ATP-III.

Kết quả: Tỷ lệ mang yếu tố nguy cơ tồn dư là 67%, tỉ lệ này ở nữ giới cao hơn nam giới. Các bệnh nhân mang yếu tố nguy cơ tồn dư có tiền sử (NMCT) nhiều hơn, nồng độ acid uric máu cao hơn và phân suất lắng máu thất trái (EF) thấp hơn so với nhóm không mang yếu tố nguy cơ tồn dư.

BẬT VẤN BÉ

Sự gia tăng tỉ lệ bệnh mạch vành được lí giải bởi sự gia tăng các yếu tố nguy cơ của bệnh

gồm có hút thuốc lá, béo phì, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường... Nguyên nhân chính gây ra bệnh mạch vành là do mảng xơ vữa gây hẹp lòng động mạch với tình trạng tăng LDL-C máu đóng vai trò chủ chốt tạo nên các mảng xơ vữa trong lòng mạch, việc sử dụng Statin đã làm giảm LDL-C và đem lại hiệu quả một cách rõ rệt với các bệnh nhân mắc bệnh mạch vành. Tuy vậy các nghiên cứu dịch tễ và lâm sàng mới nhất đã chỉ ra rằng HDL-C thấp và/ hoặc Triglycerid cao là những yếu tố nguy cơ độc lập với bệnh mạch vành. Một số tác giả gọi sự tăng Triglycerid và/hoặc giảm HDL-C ở các bệnh nhân đã kiểm soát tốt LDL-C là yếu tố nguy cơ tồn dư. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

1. Tìm hiểu tỉ lệ yếu tố nguy cơ tồn dư: HDL-C thấp và/hoặc Triglycerid cao ở bệnh nhân bệnh mạch vành được điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai.
2. Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân bệnh mạch vành mang yếu tố nguy cơ tồn dư.

BỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu bao gồm 200 bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định bệnh mạch vành đang được điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh Bệnh viện Bạch Mai từ 11/2010 đến 3/2011

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

1-Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch vành ổn định với ít nhất một trong những tiền sử bệnh tim mạch dưới đây:

Được chẩn đoán nhồi máu cơ tim* (trước đó ít nhất 3 tháng)

Hẹp trên 50% ở ít nhất một trong ba nhánh ĐMV chính, xác định bằng chụp động mạch vành chọn lọc.

Tiền sử can thiệp Động mạch vành (ĐMV) qua da hoặc mổ cầu nối chủ vành (trước đó ít nhất 3 tháng)

Đau ngực do thiếu máu cơ tim được khẳng định bằng nghiệp pháp gắng sức điện tâm đồ hoặc siêu âm gắng sức hoặc xạ hình cơ tim.

* Chẩn đoán nhồi máu cơ tim: phải dựa vào hồ sơ bệnh án bệnh viện hoặc các tài liệu tương đương trước thời điểm lựa chọn bệnh nhân ít nhất ba tháng.

2. Những bệnh nhân đều đạt được điều trị đích của điều trị mạch vành gồm có:

- o Kiểm soát tốt HA: <130/80 mmHg
- o Không bị ĐTĐ: Glucose máu <6,1mmol/l HbA1c <7%
- o LDL-C đạt < 100mg/dl (2.6mmol/l)
- o Không hút thuốc lá hoặc đã bỏ thuốc lá >6 tháng

Những bệnh nhân này được chia làm 2 nhóm

o Nhóm 1: Nhóm bệnh nhân có HDL-C thấp và/ hoặc TG cao theo tiêu chuẩn của ATP III.

o Nhóm 2: Nhóm bệnh nhân có HDL-C

và TG bình thường

HDL-C: Thấp: Nam < 40 mg/dL (1mmol/l)

Nữ < 50mg/dL (1,3mmol/l)

TG: <150mg/dL (1.7mmol/l) Bình thường

150-199mg/dL (1.7 - 2.3 mmol/l) Giới

hạn cao

200-499mg/dL (2.4- 5.7 mmol/l) Cao

>500mg/dL (5.7 mmol/l) Rất cao (Theo

ATP III)

2. Phương pháp nghiên cứu

- Mô tả cắt ngang

Xử lý số liệu.

- Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

- Sử dụng test khi bình phương để so sánh tỉ lệ các biến định tính và test T-Student để so sánh các biến định lượng với $\alpha = 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tiến hành nghiên cứu từ tháng 11 năm 2010 đến tháng 3 năm 2011, thu được 200 bệnh nhân bệnh mạch vành, bao gồm 88 bệnh nhân nữ (44%) và 112 bệnh nhân nam (56%)

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 66,07 ± 8,674

Số bệnh nhân mang yếu tố nguy cơ tồn dư bao gồm HDL-Cholesterol thấp và/ hoặc Triglyceride tăng cao là 134 bệnh nhân chiếm 67%

Trong 134 bệnh nhân mang yếu tố nguy cơ tồn dư có:

o 28 bệnh nhân có HDL- Cholesterol thấp đơn thuần (21%)

o 35 bệnh nhân có Triglycerid cao đơn thuần (26%)

o 71 bệnh nhân có cả HDL-Cholesterol

thấp và Triglycerid cao (53%)

Tỷ lệ yếu tố nguy cơ theo giới:

Trong 88 bệnh nhân nữ có 66 bệnh nhân mang yếu tố nguy cơ tổn dư (75%)

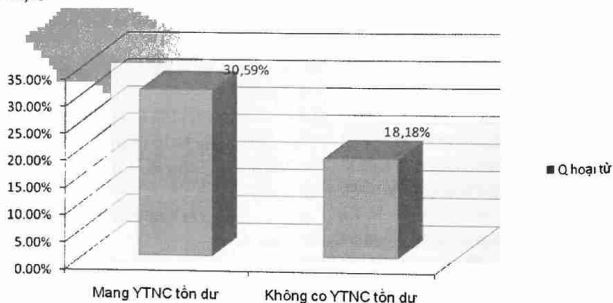
Trong 112 bệnh nhân nam có 68 bệnh nhân mang yếu tố nguy cơ tổn dư (60,7%)

Nhận xét: Sự khác biệt về tỷ lệ mang YTNC tổn dư ở nữ (75%) cao hơn nam (60,7%) là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về BMI, số đo vòng bụng, nhịp tim và trị số huyết áp giữa hai nhóm bệnh nhân.

Bảng 1: Một số đặc điểm xét nghiệm máu cơ bản của nhóm YTNC tổn dư

Chỉ số	Chung	Không có YTNC tổn dư	Mang YTNC tổn dư	p
Ure	5,921±1,917	6,123±2,031	5,912±1,863	>0,05
Glucose	5,996±3,919	5,621±0,842	6,180±1,74	>0,05
Creatinin	82,756±25,867	85,059±24,49	81,621±26,535	>0,05
Acid uric	365,86±103,768	335,47±93,87	380,828±105,45	<0,05
GOT	26,355±9,421	28,61±11,876	25,24±7,75	>0,05
GPT	26,512±13,513	25,703±15,433	26,86±12,507	>0,05
HC	4,611±0,481	4,657±0,411	4,589±0,512	>0,05
BC	7,443±1,508	7,553±1,542	7,391±1,498	>0,05
TC	219,63±70,22	220,96±61,859	219±74,155	>0,05

Nhận xét: Nhóm mang YTNC tổn dư có nồng độ acid uric máu cao hơn nhóm không có YTNC tổn dư với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ số Q hoai tử trên ĐTD

Nhận xét: Tỷ lệ số Q hoai tử cao hơn ở nhóm mang YTNC tổn dư có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$).

Các chỉ số trên siêu âm tim

Bảng 2: Thay đổi trên siêu âm tim

Chỉ số	Không có YTNC tồn dư	Mang YTNC tồn dư	p
EF(%)	67,7 ± 9,067	64,2 ± 8,185	<0,05
Dd	45,3 ± 4,647	46,25 ± 6,119	>0,05
Ds	27,98 ± 3,48	29,42 ± 6,253	>0,05
Vd	94,11 ± 25,499	99,22 ± 33,698	>0,05
Vs	32,13 ± 10,619	33,96 ± 11,625	>0,05

Nhận xét: Nhóm mang YTNC tồn dư có chỉ số EF thấp hơn nhóm không có YTNC tồn dư với p < 0,05.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu là 56% cao hơn nữ giới, tuổi trung bình trong nghiên cứu là 66,07 ± 8,674 phù hợp với các nghiên cứu khác như của Lê Thị Hoài Thu[1], Roswitha[7]

Trong nghiên cứu gồm 200 bệnh nhân, có 134 bệnh nhân mang YTNC tồn dư chiếm 67%. Tỷ lệ có HDL-C thấp trong nghiên cứu là 74% tỷ lệ TG cao của chúng tôi là 79%, tỷ lệ bệnh nhân có HDL-C thấp và TG tăng cao trong nghiên cứu của chúng tôi là 53%. Tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trong nước[2] [7] nhưng cao hơn các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài

Theo các tác giả nước ngoài thì chính chế độ ăn giàu Carbonhydrat và ít chất béo của người châu Á là nguyên nhân gây ra tình trạng tăng TG[8]. Trong khẩu phần ăn của người châu Á, nguồn năng lượng từ chất béo chỉ chiếm 10-15% còn 60% là từ carbonhydrat. Sự chuyển hóa của Carbonhydrat tạo ra rất nhiều glycerol phosphat là cơ chất cần thiết cho quá trình tổng hợp TG.

Phân tích tỷ lệ YTNC tồn dư theo nhóm tuổi chúng tôi thấy không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi. Tác giả Trương Thanh Hương

cũng không thấy sự khác biệt giữa các bệnh nhân bị THA, tác giả Lê Thị Hoài Thu cũng không thấy sự khác biệt về tỷ lệ HDL-C thấp giữa các nhóm tuổi.

Tỷ lệ mắc YTNC tồn dư ở nữ giới cao hơn nam giới ở cả 2 nhóm tuổi là < 65 tuổi và ≥ 65 tuổi. Có sự khác biệt trong nghiên cứu này là do tỷ lệ có HDL-C thấp ở nữ giới cao hơn nam giới (84,9% so với 64,7%) trong đó tỷ lệ có TG cao của 2 giới lại khá đều nhau (74,3% so với 70,6%). Kết quả này có sự tương đồng với những nghiên cứu trong nước nhưng có khác biệt với 1 số nghiên cứu của Châu Âu: Nghiên cứu Pan-European[6] tiến hành ở 11 nước châu Âu cũng trên những bệnh nhân đang điều trị rối loạn lipid máu cũng cho thấy tỷ lệ HDL-C thấp ở nữ cao hơn ở nam (40% so với 34%)

Kết quả này có thể do sự khác biệt về tuổi mãn kinh ở nữ giới, trong nghiên cứu này 100% bệnh nhân nữ đều đã mãn kinh kể cả bệnh nhân ít tuổi nhất là 45 tuổi. Nghiên cứu trên 3485 phụ nữ ở Hồ Chí Minh cho thấy tuổi mãn kinh trung bình là 47,5[4]. Theo WHO ở phụ nữ mãn kinh thì CT, LDL-C, TG tăng và HDL-C giảm, các thay đổi này bắt đầu 2 năm trước khi có tình trạng mãn kinh sinh lý.

BMI trung bình trong nghiên cứu là 23,127

$\pm 3,079$ kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Pan-European là $29,0 \pm 5,2$. Điều này có thể được giải thích do tập quán ăn uống nhiều Carbonhydrat và ít chất béo của người châu Á nên thể trạng có thể không thừa cân nhưng vẫn có tăng TG và giảm HDL-C.

Tỷ lệ tiến sử bị NMCT của nhóm YTNC tồn dư cao hơn rõ rệt so với nhóm không mang YTNC tồn dư (32,09% so với 18,18%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài Rotwitha (43% so với 39%) Tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn là do bao gồm cả ĐTNỔĐ.

Nồng độ acid uric tăng cao hơn ở nhóm mang yếu tố nguy cơ tồn dư. Do sự phối hợp HDL-C thấp và tăng TG được xem như

biểu hiện của tình trạng kháng Insulin. Theo Cappuccio FP [5] sự tăng acid uric là nằm trong hội chứng chuyển hóa, liên quan đến sự kháng insulin. Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra sự tăng nồng độ acid uric là 1 yếu tố nguy cơ độc lập với béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

Tỷ lệ có sóng Q hoại tử trên ĐTĐ của nhóm có YTNC tồn dư cao hơn nhóm không có YTNC tồn dư một cách có ý nghĩa thống kê (30,59% so với 18,18%). Trên siêu âm tim trị số EF của nhóm mang YTNC tồn dư thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với 1 số nghiên cứu trong và ngoài nước khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hoài Thu (2009). Nghiên cứu tình trạng rối loạn HDL-C máu ở bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp, Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
2. Trương Thanh Hương (2003), Nghiên cứu một số biến đổi thành phần lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp và bước đầu đánh giá hiệu quả của Fluvastatin, Luận văn tiến sĩ y học, Hà Nội.
3. Đỗ Thị Thu Hà và Đặng Văn Phước (2008), Tầm soát và đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân bệnh mạch vành, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 12, số 1.
4. Tạ Văn Bình (2006), Bệnh đái tháo đường và tăng Glucose máu, Nhà xuất bản Y học: 127-131.

TIẾNG ANH

5. Cappuccio FP, Strazzullo P, Farinaro E, Trevisan M (July 1993). "Uric acid metabolism and tubular sodium handling. Results from a population-based study". JAMA 270 (3): 354-9.
6. Eric Bruckert (2006), Epidemiology of low HDL-cholesterol: results of studies and surveys, European Heart Journal Supplements (2006) § (Supplement F), F17-F22.
7. Roswitha Wolfram, et. al. (2006) "Impact of low HDL on In-Hospital Events and One-Year Clinical Outcomes in Patients with Non ST Elevation Myocardial Infraction Acute Coronary Syndrome Treated With Drug-Eluting Stent Implantation" Am J Cardiol 98: 711-717.
8. Berglund L, Oliver EH, Fontanez N, et al. (1999) "HDL-subpopulation patterns in response to reductions in dietary total and saturated fat intakes in healthy subjects", Am J Clin Nutr 70: 992-998.