

V. KẾT LUẬN

Mặc dù các biện pháp chăm sóc răng miệng được thường xuyên tuyên truyền rộng rãi để phòng ngừa bệnh răng miệng nhưng qua nghiên cứu thực trạng viêm quanh răng trên bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên tại Bệnh viện TƯQĐ 108, nhóm nghiên cứu đưa ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ mắc bệnh khá cao là 84%, tỷ lệ mắc bệnh nhóm tuổi trẻ hơn 45-50 thấp hơn nhóm cao tuổi từ 81 trở lên (72,2% và 100%).

- Độ sâu túi quanh răng trung bình là 2.9 ± 0.5 ; độ mất bám dính quanh răng trung bình 4.5 ± 0.97 . Kết quả này tương tự với kết quả của một số nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walter T, Wilson, Lea, Febiger.** Periodontics for the Dental Hygienist.; 1980.

2. **Trường TV, và cộng sự.** Điều Tra Sức Khỏe Răng Miệng Toàn Quốc Việt Nam 2001. 2002.
3. **Dũng TM, và cộng sự.** Nghiên Cứu Thực Trạng Bệnh Răng Miệng ở Người Cao Tuổi Việt Nam. 2018.
4. **Hải TĐ, Minh NTH, Bình TC.** Điều Tra Sức Khỏe Răng Miệng Toàn Quốc 2019. NXB Y học; 2019.
5. **Eaton K, Ower P, Sanz M.** Practical Periodontics. Elsevier, Edinburgh.; 2015.
6. **Nguyễn TM, Châu PD.** Hiệu quả của Laser Diode trong điều trị bệnh viêm quanh răng ở người cao tuổi tại Hà Nội. 2020; Tạp chí Y học Việt Nam:260-264.
7. **Hải TĐ, và cộng sự.** Điều Tra Sức Khỏe Răng Miệng Toàn Quốc. NXB Y học; 2001.
8. **Ian N.** Aging and Periodontium. 2002; Carranza's Clinical Periodontology(9):58-62.
9. **Tuấn VM.** Lão Nha. NXB Giáo dục Việt Nam; 2021.
10. **Wilkins EM, Wyche C.J.** Clinical Practice of the Dental Hygienist + Workbook. Lippincott Williams&Wilkins.; 2012.

Khảo sát nồng độ LDL-C nhỏ đậm đặc ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Lương Hoài Dương²,
Lê Thị Anh Hoa³, Nguyễn Minh Kha^{1,4}, Hoàng Văn Sỹ^{1,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng mạch vành cấp hiện vẫn là nguyên nhân tim mạch gây tử vong hàng đầu trên thế giới. LDL-C nhỏ đậm đặc (sdLDL-C) được xem là yếu tố nguy cơ độc lập với các bệnh tim mạch. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về nồng độ sdLDL-C trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Mục tiêu:** Khảo sát nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, mô tả nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp nhập viện. **Kết quả:** Trong 75 bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $61,7 \pm 11,3$ tuổi, nam giới chiếm 70,7%. Nồng độ sdLDL-C trung bình ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp là $47,0 \pm 21,0$ mg/dL. Nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên có nồng độ sdLDL-C cao nhất là $51,4 \pm 22,3$ mg/dL, ở bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, giá trị này lần lượt là $47,1 \pm 19,5$ mg/dL và $43,8 \pm 20,2$ mg/dL, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,36$. Dựa theo mức độ tổn thương mạch vành, nồng độ sdLDL-C

bệnh nhân bị bệnh hai nhánh và thân chung có giá trị cao nhất với $53,7 \pm 24,4$ mg/dL, bệnh nhân bệnh ba nhánh mạch vành có nồng độ sdLDL-C là $41,6 \pm 20,2$ mg/dL và không sự khác biệt với $p = 0,18$. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp là $47,0 \pm 21,0$ mg/dL. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ sdLDL-C giữa các thể lâm sàng của hội chứng mạch vành cấp và số nhánh mạch vành tổn thương.

Từ khóa: sdLDL-C, hội chứng mạch vành cấp, tổn thương mạch vành

SUMMARY

INVESTIGATION OF SMALL DENSE LDL-C LEVELS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: Acute coronary syndrome (ACS) remains the leading cause of cardiovascular mortality worldwide. Small dense LDL-C (sdLDL-C) is considered an independent risk factor for cardiovascular diseases. In Vietnam, there is limited research on sdLDL-C levels in patients with ACS. **Objective:** To investigate sdLDL-C levels in patients with ACS. **Subjects and Methods:** This is a cross-sectional descriptive study analyzing sdLDL-C levels in hospitalized patients diagnosed with ACS. **Results:** Among the 75 patients included in the study, the mean age was 61.7 ± 11.3 years, and 70.7% were male. The average sdLDL-C level in patients with ACS was 47.0 ± 21.0 mg/dL. Patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) had the highest sdLDL-C levels at 51.4 ± 22.3 mg/dL, followed by those with unstable

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

⁴ĐH Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

angina (UA) and ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), with sdLDL-C levels of 47.1 ± 19.5 mg/dL and 43.8 ± 20.2 mg/dL, respectively. These differences were not statistically significant ($p = 0.36$). Based on the extent of coronary artery disease, patients with two-vessel and left main disease had the highest sdLDL-C levels at 53.7 ± 24.4 mg/dL, followed by those with three-vessel disease (45.3 ± 17.8 mg/dL) and single-vessel disease (41.6 ± 20.2 mg/dL). However, these differences were also not statistically significant ($p = 0.18$). **Conclusion:** The study demonstrated that the mean sdLDL-C level in patients with ACS was 47.0 ± 21.0 mg/dL. There were no statistically significant differences in sdLDL-C levels among different clinical presentations of ACS or based on the number of coronary vessels involved.

Keywords: sdLDL-C, acute coronary syndrome, coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) hiện vẫn là nguyên nhân tim mạch gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển và đang phát triển. Theo tổ chức Y tế Thế giới năm 2016, mỗi năm có khoảng 17,9 triệu người chết do tim mạch, trong đó 85% chết do nguyên nhân bệnh động mạch vành hoặc đột quy não. Tại Mỹ, cứ 3 phút 30 giây lại có một người chết do đột quy. Theo dữ liệu năm 2019, mỗi ngày có khoảng 411 ca tử vong do đột quy. Trong số những ca tử vong do bệnh tim mạch tại Mỹ năm 2019, bệnh mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất chiếm 41,3%. Theo WHO năm 2018, ở Việt Nam, số người tử vong do bệnh mạch vành là 67.501 người, đứng thứ 2 sau đột quy.¹

Các hạt LDL có vai trò quan trọng trong hình thành mảng xơ vữa. Tuy nhiên, chúng không đồng nhất và gây xơ vữa động mạch nhiều nhất là loại LDL-C nhỏ, đậm đặc (sdLDL-C). Những loại này có khả năng đi vào và lưu lại ở động mạch dễ dàng hơn, đồng thời nhạy cảm với quá trình oxy hóa cao hơn cũng như giảm ái lực với thụ thể LDL. Nhiều nghiên cứu cho thấy rằng, sự gia tăng các hạt sdLDL-C ở nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch cao. LDL nhỏ đậm đặc được xem là yếu tố nguy cơ độc lập với các bệnh tim mạch. Do đó, việc kiểm soát nồng độ sdLDL-C có vai trò quan trọng trong quản lý bệnh xơ vữa động mạch và ngăn ngừa các biến cố tim mạch². Tại Việt Nam, cho đến hiện tại các xét nghiệm đánh giá nồng độ sdLDL-C vẫn chưa phổ biến, đặc biệt ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Thông qua nghiên cứu này, chúng tôi muốn khảo sát nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả được

thực hiện ở bệnh nhân từ đủ 18 tuổi bị hội chứng mạch vành cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 10 năm 2023 đến tháng 07 năm 2024. Hội chứng mạch vành cấp được chẩn đoán gồm 3 thể lâm sàng nhồi máu cơ tim ST chênh lên (NMCTCSTCL), nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (NMCTCKSTCL) và đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ). Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được chụp mạch vành và ghi nhận hẹp có ý nghĩa. Nghiên cứu loại trừ những trường hợp sau: bệnh nhân đã dùng thuốc hạ lipid máu (statin, fibrates, nicotinic acid) trước đó; đang trong tình trạng viêm nhiễm cấp tính, chấn thương, phẫu thuật, bệnh lý ác tính, mang thai và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 832/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 28 tháng 09 năm 2023.

Biến số nghiên cứu: Các dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng bao gồm: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, thể lâm sàng của hội chứng mạch vành cấp, nồng độ LDL-C, HDL-C, triglyceride, kết quả chụp mạch vành.

Nồng độ sdLDL-C được tính theo phương pháp của Srisawadi³:

$$\text{sdLDL-C (mg/dL)} = 0,58 \times (\text{non-HDL-C}) + 0,407 \times (\text{dLDL-C}) - 0,719 \times (\text{cLDL-C}) - 12,05$$

Trong đó: sdLDL-C: nồng độ LDL nhỏ đậm đặc; dLDL-C: là LDL-C được đo trực tiếp (direct LDL-C); cLDL-C: là LDL-C được tính toán (calculated LDL-C); cLDL-C = Total cholesterol – HDL-C – (Triglycerides/5)

Phân tích thống kê. Số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0. Các biến định lượng sẽ được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. Các biến định tính được biểu thị bằng số lượng và %. Các phép kiểm thống kê Chi-squared được áp dụng cho biến định tính, Student's t-test, ANOVA được áp dụng cho biến định lượng. Chỉ số p-value < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu chúng tôi bao gồm 75 bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp. Các đặc điểm nghiên cứu của chúng tôi thể hiện trong Bảng 1. Số bệnh nhân nam giới là 53, chiếm tỉ lệ 70,7% nhiều hơn so với nữ giới là 22 bệnh nhân (29,3%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,7 \pm 11,3$ tuổi. Nhóm tuổi < 50 tuổi có 14 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 18,7%, nhóm tuổi 50-

64 tuổi có 28 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 37,3%, còn lại là nhóm tuổi ≥ 65 tuổi có 33 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 44%. Chỉ số khối trung bình ghi nhận được là $22,1 \pm 3,2$ kg/m², trong đó nhóm bệnh thừa cân và béo phì lần lượt là 24% và 18,6%. Về yếu tố nguy cơ tim mạch thông thường, có 13 bệnh nhân hút thuốc lá (chiếm 17,3% dân số nghiên cứu). Thừa cân béo phì có 32 bệnh nhân chiếm 42,7%. Số lượng bệnh nhân tăng huyết áp số là 53 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 70,7%. Ngoài ra, có 21 bệnh nhân đái tháo đường chiếm tỉ lệ 28%. Trong khi đó, chỉ có 1 bệnh nhân có tiền căn gia đình mắc bệnh mạch vành sớm chiếm tỉ lệ 1,3%. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên chiếm tỉ lệ nhiều nhất 52% với 39 bệnh nhân, Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh có 29 bệnh nhân (39%) và thấp nhất là đau thắt ngực không ổn định có 7 bệnh nhân (9%). Kết quả chụp mạch vành cho thấy, tổn thương ba nhánh mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất (41,3%), tiếp theo là bệnh hai nhánh mạch vành và thân chung (32%), tổn thương một nhánh chiếm tỉ lệ thấp nhất (26,7%). Kết thúc nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 5 trường hợp tử vong (6,7%).

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Biến số	Trung bình $\pm$ ĐLC hoặc tần số (phần trăm)
Tuổi, năm	61,7 $\pm$ 11,3
○ < 50	14 (18,7%)
○ 50 - 64	28 (37,3%)
○ ≥ 65	33 (44%)
Nam giới	53 (70,7%)
Chỉ số BMI, kg/m²	22,1 $\pm$ 3,2
○ < 18,5	8 (10,7%)
○ 18,5 - 22,9	35 (46,7%)
○ 23 - 24,9	18 (24%)
○ ≥ 25	14 (18,6%)
Yếu tố nguy cơ tim mạch	
○ Hút thuốc lá	13 (17,3%)
○ Thừa cân béo phì	32 (42,7%)
○ Tăng huyết áp	53 (70,7%)
○ Đái tháo đường	21 (28%)
○ Tiền căn gia đình mắc bệnh mạch vành sớm	1 (1,3%)
Thể lâm sàng hội chứng mạch vành cấp	
○ Nhồi máu cơ tim cấp ST	39 (52%)

Bảng 2. Nồng độ sdLDL-C (mg/dL) ở các nhóm bệnh nhân

Biến số	sdLDL-C	SquaresdLDL-C	Giá trị p
Tuổi			
○ < 50	49,7 $\pm$ 22,9	6,9 $\pm$ 1,6	0,64
○ 50 - 64	49,2 $\pm$ 23,3	6,8 $\pm$ 1,7	

chênh lên	
○ Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên	29 (39%)
○ Đau thắt ngực không ổn định	7 (9%)
Số nhánh tổn thương mạch vành	
○ Một nhánh	20 (26,7%)
○ Hai nhánh hoặc thân chung	24 (32%)
○ Ba nhánh	30 (41,3%)
Tử vong nội viện	5 (6,7%)

Nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, nồng độ sdLDL-C trung bình ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp là $47,0 \pm 21,0$ mg/dL. Vì nồng độ sdLDL-C có phân phối không chuẩn nên chúng tôi sử dụng căn bậc hai của nồng độ sdLDL-C để so sánh mỗi tương quan. Nồng độ sdLDL-C giảm khi tuổi tăng (< 50 tuổi: $49,7 \pm 22,9$ mg/dL; 50 - 64 tuổi: $49,2 \pm 23,3$ mg/dL; ≥ 65 tuổi: $44,0 \pm 18,3$ mg/dL) và mối quan hệ nghịch này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,64$). Nam giới và nữ giới có nồng độ sdLDL-C như nhau ($46,9 \pm 20,8$ mg/dL và $47,2 \pm 21,9$ mg/dL với $p=0,95$). Nồng độ sdLDL-C ở các nhóm bệnh nhân có tiền căn hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường tip 2, thừa cân béo phì lần lượt là $47,7 \pm 21,7$ mg/dL; $47,2 \pm 21,6$ mg/dL; $45,2 \pm 20,3$ mg/dL; $48,5 \pm 21,1$ mg/dL, so với nhóm còn lại thì sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,83; 0,95; 0,66; 0,58 (Bảng 2).

Nhóm bệnh nhân NMCTCKSTCL chênh có nồng độ sdLDL-C cao nhất là $51,4 \pm 22,3$ mg/dL, thấp hơn là ở nhóm bệnh nhân ĐTNKỔĐ và NMCTCSTCL lần lượt là $47,1 \pm 19,5$ mg/dL và $43,8 \pm 20,2$ mg/dL và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,36$.

Theo mức độ tổn thương mạch vành, bệnh hai nhánh và thân chung có nồng độ sdLDL-C cao nhất là $53,7 \pm 24,4$ mg/dL, thấp hơn là bệnh ba nhánh mạch vành ($45,3 \pm 17,8$ mg/dL) và một nhánh mạch vành ($41,6 \pm 20,2$ mg/dL) và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,18$. Tử vong nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp, nồng độ sdLDL là $34,5 \pm 19,2$ mg/dL, thấp hơn nồng độ sdLDL ở nhóm bệnh nhân sống và xuất viện là $47,9 \pm 20,9$ mg/dL, với $p = 0,15$.

○ ≥ 65	44,0 ± 18,3	6,5 ± 1,4	
Giới tính			
○ Nam	46,9 ± 20,8	6,7 ± 1,5	0,95
○ Nữ	47,2 ± 21,9	6,7 ± 1,6	
Yếu tố nguy cơ tim mạch			
○ Hút thuốc lá	47,7 ± 21,7	6,8 ± 1,5	0,83
○ Tăng huyết áp	47,2 ± 21,6	6,7 ± 1,6	0,95
○ Đái tháo đường	45,2 ± 20,3	6,5 ± 1,6	0,66
○ Thừa cân béo phì	48,5 ± 21,1	6,8 ± 1,5	0,58
Thể lâm sàng			
○ NMCTCSTCL	43,8 ± 20,2	6,4 ± 1,5	0,36
○ NMCTCKSTCL	51,4 ± 22,3	6,9 ± 1,6	
○ ĐTNKỒĐ	47,1 ± 19,5	6,7 ± 1,5	
Số nhánh MV tổn thương			
○ Một nhánh	41,6 ± 20,2	6,3 ± 1,6	0,18
○ Hai nhánh hoặc thân chung	53,7 ± 24,4	7,1 ± 1,8	
○ Ba nhánh	45,3 ± 17,8	6,6 ± 1,3	
Kết cục nội viện			
○ Tử vong	34,5 ± 19,2	5,7 ± 1,6	0,15
○ Sống	47,9 ± 20,9	6,7 ± 1,6	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ sdLDL-C được tính toán dựa theo phương pháp của Srisawadi³, nồng độ sdLDL-C trung bình ghi nhận trên những bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp là 47,0 ± 21,0 mg/dL. Nồng độ sdLDL-C trung bình ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu đã báo cáo của các tác giả trên thế giới. Cụ thể, tác giả Wu và cộng sự⁴ cho thấy nồng độ sdLDL-C là 46 mg/dL và theo tác giả Emadzadeh và cộng sự⁵ là 48 mg/dL. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Fukushima và cộng sự⁶ (30 mg/dL) cũng như của tác giả Pradhan và cộng sự⁷ (28,0 mg/dL).

Nghiên cứu của tác giả Abhishek Singh⁸ cũng so sánh mối liên quan giữa nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp (n = 75) và dân số khỏe mạnh ở Ấn Độ (n = 70). Kết quả nghiên cứu trên thấy rằng ở bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp nồng độ sdLDL là 16,1 ± 1,42 mg/dL và dân số khỏe mạnh là 12,67 ± 0,71 mg/dL. Với giá trị p = 0,036, trong nghiên cứu này tác giả cho thấy ra nồng độ sdLDL-C có mối liên quan đến hội chứng mạch vành cấp khi so sánh với dân số khỏe mạnh. Ngoài ra, tương tự như kết quả nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa nồng độ sdLDL-C ở các nhóm tuổi khác nhau (p = 0,42) và yếu tố nguy cơ tim mạch kinh điển như hút thuốc lá (p = 0,77), tăng huyết áp (p = 0,86), đái tháo đường (p = 0,31) và thừa cân béo phì (p = 0,63). Nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân tổn

thương một nhánh, hai nhánh và ba nhánh lần lượt là 16,08 ± 1,88 mg/dL; 12,83 ± 1,94 mg/dL và 22,33 ± 3,71 mg/dL. Nghiên cứu của tác giả Pradhan và cộng sự⁷ cho thấy nồng độ sdLDL-C lần lượt là 33,12 ± 11,13 mg/dL; 27,68 ± 9,8 mg/dL và 31,65 ± 15,26 mg/dL đối với một nhánh, hai nhánh và ba nhánh mạch vành. Không có sự khác biệt về nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân tổn thương mạch vành một nhánh, hai nhánh hay ba nhánh trên cả hai nghiên cứu của tác giả Singh⁸ và Pradhan⁷, kết quả này tương tự với nghiên cứu của chúng tôi.

LDL-C là nguyên nhân chính gây xơ vữa động mạch nhưng không phải lúc nào cũng tăng trong hội chứng mạch vành cấp. Các hạt LDL nhỏ đậm đặc dễ gây xơ vữa động mạch hơn do tăng tính thấm vào thành mạch, ít có ái lực gắn kết với thụ thể LDL, thời gian bán hủy trong huyết tương kéo dài và ít bị oxy hóa hơn⁹. Các quy trình xác nghiệm nồng độ sdLDL-C của mỗi nghiên cứu khác nhau và không có quy trình nào gọi là tiêu chuẩn vàng. Hơn nữa, Heparin có thể được dùng trong bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp có thể phá vỡ cấu trúc lipoprotein của mẫu thu được sau 24 giờ chẩn đoán¹⁰. Nồng độ trung bình sdLDL-C khác nhau ở các nghiên cứu có lẽ sự khác biệt về đặc điểm dân số, kỹ thuật và phương pháp xét nghiệm nồng độ sdLDL-C ở mỗi nghiên cứu là không giống nhau.

Hạn chế. Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, nồng độ sdLDL-C được tính toán gián tiếp theo phương pháp của Srisawadi³, không phải được đo trực tiếp. Thứ hai, nghiên

cứu có cỡ mẫu nhỏ, làm tại một trung tâm. Cuối cùng nghiên cứu chỉ là cắt ngang, chưa theo dõi được kết cục ngắn hạn, trung hạn và dài hạn để tìm mối liên quan với nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu nhằm khảo sát nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Nồng độ sdLDL-C trung bình ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp là $47,0 \pm 21,0$ mg/dL. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ sdLDL-C giữa các đặc điểm lâm sàng như tuổi, giới, thể lâm sàng của hội chứng mạch vành cấp cũng như số nhánh mạch vành tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ta H, Lin B, Palaniappan LJCD. Vietnamese and Vietnamese-American health statistics, 2003-2019. 2020;
2. Vekic J, Zeljkovic A, Cicero AFG, et al. Atherosclerosis Development and Progression: The Role of Atherogenic Small, Dense LDL. *Medicina* (Kaunas, Lithuania). Feb 16 2022;58(2):doi:10.3390/medicina58020299
3. Srisawasdi P, Chaloeysup S, Teerajetgul Y, et al. Estimation of plasma small dense LDL cholesterol from classic lipid measures. *American journal of clinical pathology*. Jul 2011;136(1):20-9. doi:10.1309/ajcplhbjbgg9l3ils
4. Wu B, Yu Z, Tong T, et al. Evaluation of small dense low-density lipoprotein concentration for predicting the risk of acute coronary syndrome in Chinese population. 2020;34(3):e23085.
5. Emadzadeh MR, Alavi MS, Soukhtanloo M, et al. Changes in small dense low-density lipoprotein levels following acute coronary syndrome. *Angiology*. Apr 2013;64(3):216-22. doi:10.1177/0003319712441855
6. Fukushima Y, Hirayama S, Ueno T, et al. Small dense LDL cholesterol is a robust therapeutic marker of statin treatment in patients with acute coronary syndrome and metabolic syndrome. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. Jul 15 2011;412(15-16):1423-7. doi:10.1016/j.cca.2011.04.021
7. Pradhan A, Kuka R, Vishwakarma P, et al. Lipid Profile and Small Dense Low-Density Lipoprotein in Acute Coronary Syndrome Patients: Relationships to Demographic, Clinical, Angiographic, and Therapeutic Variables. *Journal of clinical medicine*. Nov 20 2022;11(22) doi:10.3390/jcm11226846
8. Singh A, Pahan R, Pradhan A, Ali W, Sethi RJCR. Small dense low-density lipoprotein for risk prediction of acute coronary syndrome. 2021; 12(4):251.
9. Nishikura T, Koba S, Yokota Y, et al. Elevated small dense low-density lipoprotein cholesterol as a predictor for future cardiovascular events in patients with stable coronary artery disease. *Journal of atherosclerosis and thrombosis*. 2014;21(8):755-67. doi:10.5551/jat.23465
10. Katznel LI, Coon PJ, Rogus E, Krauss RM, Goldberg AP. Persistence of low HDL-C levels after weight reduction in older men with small LDL particles. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. Mar 1995;15(3):299-305. doi:10.1161/01.atv.15.3.299

ĐẶC ĐIỂM SIÊU CẤU TRÚC SỢ LỖI: SO SÁNH VÙNG TRUNG TÂM VÀ NGOẠI VI Ở NGƯỜI VIỆT NAM

Phan Thị Thục Trang¹, Trần Văn Anh¹, Nguyễn Đoàn Tiến Linh¹,
Trần Ngọc Dũng², Vũ Anh Ngự³, Lê Tài Thế³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm siêu cấu trúc của sợi mô da ở người Việt Nam và so sánh sự khác biệt giữa vùng trung tâm và ngoại vi của sợi. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành nghiên cứu 12 mẫu sợi mô da từ 06 bệnh nhân được chẩn đoán sợi mô dựa theo tiêu chuẩn JSS 2015 và điều trị phẫu thuật sợi mô tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

từ tháng 2-10/2023. Mẫu được phân tích dưới kính hiển vi điện tử truyền qua JEOL JEM 1400 theo quy trình ISO 9001:2015. **Kết quả:** Sợi mô da người Việt Nam duy trì cấu trúc cơ bản của da nhưng có các thay đổi đặc trưng: thượng bì: tế bào sắp xếp không đều, desmosome ngắn hơn ($233 \pm 7,2$ nm ở trung tâm so với $286 \pm 6,5$ nm ở ngoại vi, $p < 0,05$); màng đáy: giảm mật độ hemidesmosome, nhú chân bì không đều; chân bì: tăng sinh nguyên bào sợi và collagen với cấu trúc bất thường. Các biến đổi này rõ rệt hơn ở vùng trung tâm sợi. **Kết luận:** Sợi mô có những thay đổi đặc trưng về siêu cấu trúc, đặc biệt ở vùng trung tâm. Các phát hiện này góp phần làm rõ cơ chế bệnh sinh và định hướng điều trị sợi mô ở người Việt Nam.

Từ khóa: "Sợi mô; siêu cấu trúc; nguyên bào sợi; collagen; desmosome; người Việt Nam"

SUMMARY

ULTRASTRUCTURAL CHARACTERISTICS OF

¹Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, Học viện Quân y

²Bệnh viện 103, Học viện Quân y

³Viện 69, Bộ Tư lệnh Lãng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thục Trang

Email: thuctrangvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025