

cũng như trẻ nhỏ, đồng thời đề xuất cần sàng lọc sớm các tổn thương tủy nghi ngờ dựa trên phim X-quang và các yếu tố nguy cơ lâm sàng.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, do thiết kế cắt ngang nên chỉ phản ánh mối liên quan tại một thời điểm, không thể đánh giá diễn tiến hay mối quan hệ nhân quả giữa các đặc điểm X-quang và bệnh lý tủy. Thứ hai, việc đánh giá tiêu chân và tiêu xương chỉ dựa trên phim X-quang hai chiều, trong khi các kỹ thuật hiện đại hơn như Cone beam CT có thể cung cấp hình ảnh ba chiều chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tiêu chân răng bệnh lý liên quan mạnh đến tiêu xương lan rộng và chẩn đoán tủy hoại tử có biến chứng, các đặc điểm trên phim X-quang như tiêu chân răng, tiêu xương quanh chân răng và kích thước lỗ sâu lớn có mối liên quan chặt chẽ với mức độ tổn thương tủy ở răng hàm sữa. Đánh giá phim X-quang giúp phát hiện sớm tổn thương và định hướng điều trị hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miller K, Treloar T, Guelmann M, Rody Jr WJ, Shaddox LM. Clinical characteristics of localized aggressive periodontitis in primary dentition. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2018 Jan 1;42(2):95-102.
2. Rao N., Wang J., Yu R., Leung Y., & Zheng L.. Role of periapical diseases in medication-related osteonecrosis of the jaws. *Biomed Research International* 2017;2017:1-8. <https://doi.org/10.1155/2017/1560175>
3. Vieira-Andrade RG, Drumond CL, Alves LP, Marques LS, Ramos-Jorge ML. Inflammatory root resorption in primary molars: prevalence and associated factors. *Brazilian oral research*. 2012;26:335-40.
4. Elfrink ME, Schuller AA, Veerkamp JS, Poorterman JH, Moll HA, Ten CATE BJ. Factors increasing the caries risk of second primary molars in 5-year-old Dutch children. *International journal of paediatric dentistry*. 2010 Mar;20(2):151-7.
5. Ghaderi F., Jowkar Z., & Tadayon A.. <p>caries color, extent, and preoperative pain as predictors of pulp status in primary teeth</p>. *Clinical Cosmetic and Investigational Dentistry* 2020;Volume 12:263-269. <https://doi.org/10.2147/ccide.s261108>
6. Kramer PF, Faraco Júnior IM, Meira R. A SEM investigation of accessory foramina in the furcation areas of primary molars. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*. 2004 Jan 1;27(2):157-61.
7. Bolan M, de Carvalho Rocha MJ. Histopathologic study of physiological and pathological resorptions in human primary teeth. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. 2007 Nov 1;104(5):680-5.
8. Igna A., Rusu D., Ogorescu E., Dinu S., Boariu M., Voicu A.et al.. Age-related variation of pulpal oxygen saturation in healthy primary and permanent teeth in children: a clinical study. *Journal of Clinical Medicine* 2022;12(1):170. <https://doi.org/10.3390/jcm12010170>
9. Diana S. and Erlita I.. Prevalence of disease in the conservative dentistry department of gusti hasan aman dental hospital banjarmasin in 2015-2018 (retrospective study). *Dentino Jurnal Kedokteran Gigi* 2020;5(2):201. <https://doi.org/10.20527/dentino.v5i2.8975>.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Hoàng Hải^{1,2}, Nguyễn Thành Sang^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) là nguyên nhân gây tử vong tim mạch hàng đầu trên toàn thế giới. Rối loạn lipid máu vừa là yếu tố nguy cơ bệnh học và vừa là mục tiêu điều trị quan trọng trong HCMVC. Diện mạo rối loạn lipid máu ở bệnh nhân HCMVC khác nhau tùy theo từng trung tâm và từng quốc gia. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc

điểm rối loạn lipid máu ở người bệnh mắc HCMVC tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 2/2024 đến tháng 5/2024. Tiêu chí chọn mẫu: người bệnh được chẩn đoán HCMVC theo định nghĩa toàn cầu lần 4 và có kết quả xét nghiệm lipid máu thời điểm sáng đói trong vòng 24 giờ đầu nhập viện: cholesterol máu toàn phần, LDL-cholesterol, HDL – cholesterol, triglyceride. **Kết quả nghiên cứu:** Trong 401 bệnh nhân được chẩn đoán HCMVC, giá trị trung bình của cholesterol toàn phần: $4,95 \pm 2,52$ mmol/l, triglyceride: $2,34 \pm 1,39$ mmol/l, LDL-c: $2,87 \pm 1,40$ mmol/l, HDL-c: $1,25 \pm 1,22$ mmol/l và non-HDLc: $3,76 \pm 2,53$ mmol/l. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu tại thời điểm nhập viện: 76,1%, trong đó, tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần chiếm 27,4% (110 bệnh nhân), tăng

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Sang

Email: drsangthanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2025

Ngày duyệt bài: 16.6.2025

triglyceride là 55,4% (222 bệnh nhân), tăng LDL-c: 25,9% (104 bệnh nhân), giảm HDL -c: 46,1% (185 bệnh nhân), tăng non HDL -c: 60,6% (243 bệnh nhân). Bệnh nhân có tăng cholesterol toàn phần và tăng hỗn hợp LDL -c với triglycerid có khác biệt có ý nghĩa giữa nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (STEMI) và HCMVC không ST chênh lên (NSTEMI/UA) với p lần lượt là 0,015 và 0,026. Ngoài ra, phân tích dưới nhóm cho thấy bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) đặc trưng bởi dạng rối loạn lipid máu tăng cholesterol toàn phần hay giảm HDLc có tăng nguy cơ mắc STEMI lần lượt là 1,6 lần (95% KTC: 1,07 – 2,38, với $p < 0,05$) và 1,34 lần (95% KTC: 1,05 – 1,72, với $p < 0,05$); nam giới có tăng cholesterol toàn phần hay tăng hỗn hợp LDL -c và triglyceride có tăng khả năng mắc STEMI lần lượt là 1,76 lần (95% KTC: 1,17 – 2,65, với $p < 0,05$); 1,61 lần (95% KTC: 1,00 – 2,58, với $p < 0,05$); tiền sử hút thuốc lá kèm tăng cholesterol toàn phần có nguy cơ mắc STEMI cao hơn 1,73 lần (95% KTC: 1,06 – 2,84, với $p < 0,05$); tiền sử tăng huyết áp có tăng cholesterol toàn phần, tăng LDL -c và tăng hỗn hợp LDL -c và triglyceride có khả năng mắc STEMI cao hơn lần lượt là 1,56 lần (95% KTC: 1,10 – 2,20, với $p < 0,05$), 1,54 lần (95% KTC: 1,08 – 2,20, với $p < 0,05$) và 1,63 lần (95% KTC: 1,07 – 2,48, với $p < 0,05$). **Kết luận:** Hầu hết bệnh nhân HCMVC tại thời điểm nhập viện đều có rối loạn lipid máu, trong đó, các dạng rối loạn lipid máu thường gặp nhất là tăng non-HDLc, tăng triglycerid, và tăng LDL-c. Các yếu tố nguy cơ lâm sàng và đặc điểm diễn biến rối loạn lipid máu khác nhau đáng kể giữa STEMI và NSTEMI/UA. **Từ khóa:** hội chứng mạch vành cấp, nhồi máu cơ tim ST chênh lên, hội chứng mạch vành cấp không ST chênh, tăng non HDL, tăng LDL, tăng triglyceride, bệnh viện Nhân dân Gia Định

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Acute coronary syndrome (ACS) remains the leading cause of cardiovascular mortality worldwide. Dyslipidemia is both a pathological risk factor and an important therapeutic target in ACS management. The dyslipidemia profile in ACS patients varies significantly across centers and countries. **Objectives:** The study aimed to investigate the characteristics of dyslipidemia in patients diagnosed with ACS at Nhan Dan Gia Dinh Hospital. **Methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from February 2024 to May 2024. Inclusion criteria comprised patients diagnosed with ACS as per the Fourth Universal Definition of ACS and who underwent fasting blood lipid profile analysis within 24 hours of admission, including total cholesterol, LDLc, HDLc, and triglycerides. **Results:** Among 401 ACS patients admitted during the study period, the mean lipid profile values recorded were as follows: total cholesterol $4,95 \pm 2,52$ mmol/L, triglycerides $2,34 \pm 1,39$ mmol/L, LDLc $2,87 \pm 1,40$ mmol/L, HDL-c $1,25 \pm 1,22$ mmol/L, and non-HDL-c $3,76 \pm 2,53$ mmol/L. Dyslipidemia was present in 76,1% of the patients. Specific types of dyslipidemia included elevated total

cholesterol in 27.4% (110 patients), elevated triglycerides in 55,4% (222 patients), elevated LDL-cholesterol in 25,9% (104 patients), reduced HDL-cholesterol in 46,1% (185 patients), and elevated non-HDL-cholesterol in 60,6 % (243 patients). Notable differences in lipid abnormalities were observed between STEMI and NSTEMI/UA patients, with significant differences in the prevalence of elevated total cholesterol and combined LDL-cholesterol/triglyceride elevations (p-values of 0,015 and 0,026, respectively). Subgroup analysis revealed that elderly patients (≥ 60 years) with elevated total cholesterol or reduced HDL-cholesterol were more likely to present with STEMI, with odds ratios (ORs) of 1,6 (95% CI: 1,07–2,38, $p < 0,05$) and 1,34 (95% CI: 1,05–1,72, $p < 0,05$), respectively. Male patients with elevated total cholesterol or combined LDL-cholesterol/triglyceride elevation exhibited markedly higher risks of STEMI, with ORs of 1,76 (95% CI: 1,17–2,65, $p < 0,05$) and 1,61 (95% CI: 1,00–2,58, $p < 0,05$), respectively. Smoking history combined with elevated total cholesterol increased the risk of STEMI by 1,73-fold (95% CI: 1,06–2,84, $p < 0,05$). Furthermore, a history of hypertension coupled with elevated total cholesterol, elevated LDL-cholesterol, or combined LDL-cholesterol/triglyceride elevation was associated with higher STEMI risks, with ORs of 1,56 (95% CI: 1,10–2,20, $p < 0,05$), 1,54 (95% CI: 1,08–2,20, $p < 0,05$), and 1,63 (95% CI: 1,07–2,48, $p < 0,05$), respectively. **Conclusions:** The majority of ACS patients admitted during the study period exhibited dyslipidemia, with the most common abnormalities being elevated non-HDL-cholesterol, elevated triglycerides, and elevated LDL-cholesterol. Clinical risk factors and dyslipidemia profiles demonstrated significant variations between STEMI and NSTEMI/UA groups. **Keywords:** Acute Coronary Syndrome (ACS), ST-elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST-elevation acute coronary syndrome (NSTEMI/UA), elevated non-HDL cholesterol, elevated LDL cholesterol, elevated triglycerides, Nhan dan Gia Dinh Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) thuộc đối tượng nguy cơ rất cao xuất hiện các biến cố tim mạch do xơ vữa. Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ (YTNC) chính của HCMVC và dữ liệu về mức độ kiểm soát rối loạn lipid còn khác nhau theo từng quốc gia.¹

Lipoprotein trọng lượng phân tử thấp mang cholesterol (LDLc) là yếu tố nguy cơ chính có thể thay đổi được, có mối liên quan chặt chẽ với các biến cố tim mạch trong bệnh tim mạch do xơ vữa và là mục tiêu điều trị chính trong phòng ngừa tim mạch thứ phát. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng non-HDLc (non high - density lipoprotein) cũng có giá trị dự báo nguy cơ biến cố tim mạch sau hội chứng mạch vành cấp, và kiểm soát nồng độ non-HDLc là mục tiêu thứ phát trong điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân mắc bệnh tim mạch do xơ vữa.²

Dữ liệu về đặc điểm của các chỉ số liên quan đến rối loạn lipid máu với từng thể của HCMVC vẫn còn hạn chế tại Việt Nam trong bối cảnh đã có nhiều khuyến cáo và nghiên cứu được cập nhật về chẩn đoán và điều trị ra đời gần đây trên thế giới. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân mắc HCMVC tại bệnh viện Nhân dân Gia Định với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm rối loạn lipid máu trong các thể hội chứng mạch vành cấp.

2. Khảo sát mối liên quan giữa các dạng rối loạn lipid máu với các thể hội chứng mạch vành cấp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 2/2024 đến tháng 5/2024 trên 401 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp với phương pháp chọn mẫu liên tục. Tiêu chí chọn mẫu là những bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp theo định nghĩa toàn cầu lần IV năm 2018. Người bệnh được thực hiện xét nghiệm lipid máu gồm: cholesterol máu, LDL-cholesterol, HDL – cholesterol, tryglycerid vào thời điểm sáng đói trong vòng 24 giờ sau nhập viện.

Rối loạn lipid máu được định nghĩa dựa trên tiêu chuẩn phân loại NCEP – ATP III (National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III): cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/L; triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L; LDL-c $\geq 3,4$ mmol/L; HDL-c < 1 mmol/L, non HDL-c $\geq 3,37$ mmol/L. Rối loạn lipid máu hỗn hợp khi có tăng đồng thời LDL-c và Triglycerid.

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata (phiên bản 18). Thực hiện các phép kiểm Chi bình phương, phép kiểm Mann-Whitney. Mức thông kê có ý nghĩa được chọn $p < 0,05$.

Y đức: Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Nhân dân Gia Định thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số		
	Tần số (n=401)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (TB±ĐLC)	63,51±12,10 ^a	64(55-71) ^b
<40 tuổi	11	2,7
40-60 tuổi	147	36,7
61-80 tuổi	200	49,9
>80 tuổi	43	10,7
Giới		
Nam	256	63,8

Nữ	145	36,2
Đặc điểm tiền sử bệnh		
Tăng huyết áp	334	83,3
Đái tháo đường	155	38,6
Rối loạn lipid máu	172	42,9
Hút thuốc lá	164	40,9

^a: Trung bình±Độ lệch chuẩn

^b: Trung vị (Khoảng tứ phân vị)

3.2. Đặc điểm thể lâm sàng hội chứng mạch vành cấp

Bảng 2. Đặc điểm thể lâm sàng hội chứng mạch vành cấp

Hội chứng mạch vành cấp	Tần số (n=401)	Tỷ lệ (%)
STEMI	151	37,7
NSTEMI	160	39,9
UA	90	22,4

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 401 bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành cấp ghi nhận được: hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) không ST chênh lên chiếm 62,3% (với nhồi máu cơ tim không ST chênh lên chiếm 39,9%, cơn đau thắt ngực không ổn định chiếm 22,4%), còn với nhồi máu cơ tim ST chênh lên với tỷ lệ ít hơn chiếm 37,7%.

3.3. Đặc điểm lipid máu trong hội chứng mạch vành cấp

Bảng 3. Giá trị trung bình của các bilan lipid máu

Tên biến	Trung bình (mmol/L)	Trung vị (Khoảng tứ phân vị) (mmol/L)
Cholesterol	4,95±2,52	4,77 (4,18-5,28)
Triglyceride	2,34±1,39	1,76 (1,47-3,06)
HDL-c	1,25±1,22	1,04 (0,78-1,37)
LDL-c	2,87±1,40	2,66 (2,1-3,44)
Non-HDL-c	3,76±2,53	3,48 (2,97-4,13)

Bảng 4. Tỷ lệ rối loạn lipid máu trên bệnh nhân HCMVC.

Đặc điểm	Tần số(n=401)	Tỷ lệ (%)
Tăng cholesterol TP	110	27,4
Tăng triglyceride	222	55,4
Tăng LDL-c	104	25,9
Giảm HDL-c	185	46,1
Tăng non-HDL-c	243	60,6
Rối loạn lipid máu	305	76

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có đến 76% bệnh nhân HCMVC rối loạn lipid máu tại thời điểm nhập viện, trong đó 1/2 bệnh nhân có rối loạn tăng triglyceride, 1/3 bệnh nhân tăng LDL-c và đặc biệt ở dạng rối loạn lipid máu tăng non-HDL-c chiếm cao nhất với tỉ lệ 60,6%.

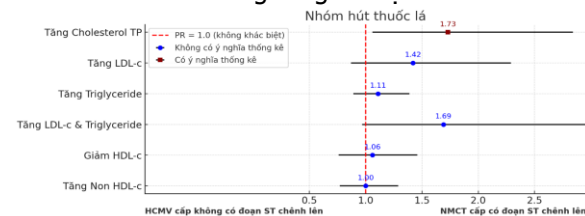
3.4. Sự khác biệt về rối loạn lipid máu theo thể lâm sàng hội chứng mạch vành cấp

Bảng 5. Sự khác biệt về rối loạn lipid máu theo thể lâm sàng hội chứng mạch vành cấp

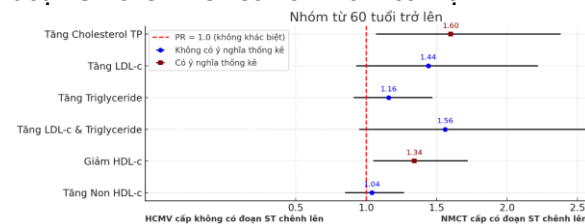
Đặc điểm	Tổng mẫu (N=401) N (%) ^a	NSTEMI và UA (n=250) n (%) ^a	STEMI (n=151) n (%) ^a	Giá trị p [*]
Tăng Cholesterol TP				
Không	291 (72,6)	192 (76,8)	99 (65,6)	0,015**
Có	110 (27,4)	58 (23,2)	52 (34,4)	
Tăng Triglyceride				
Không	179 (44,6)	120 (48,0)	59 (39,1)	0,081**
Có	222 (55,4)	130 (52,0)	92 (60,9)	
Tăng LDL-c				
Không	297 (74,1)	193 (77,2)	104 (68,9)	0,065**
Có	104 (25,9)	57 (22,8)	47 (31,1)	
TăngLDL-c & Triglyceride				
Không	318 (79,3)	207 (82,8)	111 (73,5)	0,026**
Có	83 (20,7)	43 (17,2)	40 (26,5)	
Giảm HDL-c				
Không	216 (53,9)	142 (56,8)	74 (49,0)	0,129**
Có	185 (46,1)	108 (43,2)	77 (51,0)	
Tăng Non-HDL-c				
Không	158 (39,4)	100 (40,0)	58 (38,4)	0,752**
Có	243 (60,6)	150 (60,0)	93 (61,6)	

*: so sánh giữa NSTEMI và UA với STEMI, **: kiểm định chi bình phương, ***: kiểm định Mann-Whitney, ^a: cột n (%)

Bệnh nhân có rối loạn lipid máu dạng tăng cholesterol toàn phần hoặc dạng tăng hỗn hợp LDL-c với triglycerid dễ bị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên hơn so với nhóm hội chứng vành cấp không ST chênh, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,015 và 0,026. Trong phân tích dưới nhóm chúng tôi ghi nhận:

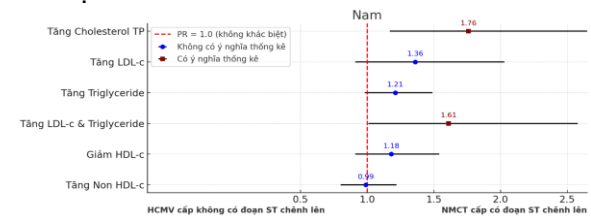
**Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa nguy cơ mắc NMCT có đoạn ST chênh lên với các dạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có hút thuốc lá**

Đối với người bệnh Hội chứng mạch vành cấp có hút thuốc lá (n =164), tăng Cholesterol toàn phần làm tăng 1,73 lần nguy cơ NMCT có đoạn ST chênh lên so với nhóm còn lại.

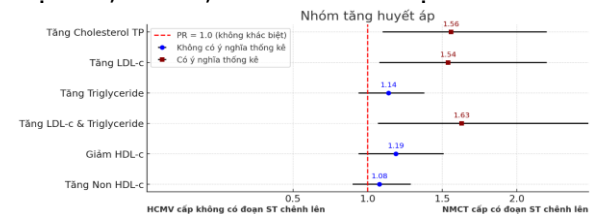
**Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa nguy cơ mắc NMCT có đoạn ST chênh lên với các dạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có tăng huyết áp**

rối loạn lipid máu ở bệnh nhân cao tuổi (≥60 tuổi)

Ở người bệnh hội chứng mạch vành cấp từ 60 tuổi trở lên (n=257), tăng Cholesterol toàn phần làm tăng 1,6 lần nguy cơ NMCT có đoạn ST chênh lên so với nhóm còn lại và giảm HDL-c cũng làm tăng 1,34 lần nguy cơ nhồi máu cơ tim có đoạn ST chênh lên.

**Biểu đồ 3. Mối liên quan giữa nguy cơ mắc NMCT có đoạn ST chênh lên với các dạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nam**

Đối với giới nam bị Hội chứng mạch vành cấp (n=256), tăng Cholesterol toàn phần và tăng hỗn hợp (tăng LDLc và Triglyceride máu) làm gia tăng nguy cơ bị NMCT có đoạn ST chênh lên lần lượt là 1,76 và 1,61 so nhóm còn lại.

**Biểu đồ 4. Mối liên quan giữa nguy cơ mắc NMCT có đoạn ST chênh lên với các dạng rối loạn lipid máu ở bệnh nhân có tăng huyết áp**

Đối với nhóm bị Hội chứng mạch vành cấp có tăng huyết áp (n=324), tăng Cholesterol toàn phần, tăng LDL-c và tăng hỗn hợp (tăng LDL-c và tăng Triglyceride máu) làm gia tăng nguy cơ bị NMCT có đoạn ST chênh lên lần lượt là 1,56, 1,54 và 1,63 so với nhóm còn lại.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tăng cholesterol toàn phần chiếm 27,4%, tăng triglycerid: 55,4%, tăng LDL 25,9%, giảm HDL 46,1%, tăng non-HDL 60,6%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Huỳnh Lê Thái Bảo (2019)³ với tăng tỉ lệ tăng cholesterol TP là 18,98%, tăng triglycerid là 32,41%, giảm HDL là 36,57%, tăng LDL là 41,48%, tăng non-HDL là 60,6%. Còn trong nghiên cứu của tác giả Trần Nguyễn Phương Hải⁴ thực hiện vào năm 2023 trên 220 bệnh nhân HCMVC không ST chênh lên tại bệnh viện Chợ Rẫy, tăng non-HDL $\geq 3,3$ mmol/L chiếm 58,7% gần tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi chiếm 60% (150 bệnh nhân). Do vậy, kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng đã ủng hộ các nghiên cứu về rối loạn lipid máu dạng tăng trị số non – HDL là lipoprotein không phải là HDL như: LDL, VLDL, IDL, lipoprotein (a) và các mảnh tồn dư của chylomicrons cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình xơ vữa động mạch⁵⁻⁸. Mặt khác, sự khác biệt tỉ lệ các dạng rối loạn lipid máu trong nghiên cứu chúng tôi so với các khảo sát khác tại Việt Nam cũng có thể được giải thích bởi 42,9% bệnh nhân đã có tiền căn rối loạn lipid máu và đã được điều trị rối loạn lipid máu trước đó.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rối loạn lipid máu, đặc biệt là tăng cholesterol toàn phần và rối loạn lipid hỗn hợp (kết hợp tăng LDL-C và triglyceride máu), có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên trong nhóm bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành cấp. Cholesterol toàn phần là một chỉ dấu phản ánh sự gia tăng của các phân tử lipoprotein có khả năng sinh xơ vữa. Trong nhồi máu cơ tim ST chênh lên, sự gia tăng cholestèol toàn phần đóng góp vào cơ chế bệnh sinh chính yếu là tắc nghẽn hoàn toàn động mạch vành thông qua tiến trình nứt vỡ mảng xơ vữa và hoạt hoá tiểu cầu.

Hút thuốc lá, lớn tuổi, giới nam, tăng huyết áp là các yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống, và khi có sự cộng hợp với tăng Cholesterol máu toàn phần hoặc tăng hỗn hợp (kết hợp tăng LDLc và Triglyceride) sẽ làm gia tăng bệnh lý Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên. Điều này được giải thích là do các yếu tố nguy cơ trên có

khả năng gây tổn thương nội mô, thúc đẩy quá trình viêm mạch máu, tăng áp lực trong thành mạch gây thúc đẩy nứt vỡ mảng xơ vữa⁹⁻¹⁰.

Điểm hạn chế trong nghiên cứu chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, thời điểm người bệnh nhập viện có đang được điều trị statin hoặc tiền căn có sử dụng statin là 42,9% do đó ảnh hưởng đến dung mạo lipid máu lúc nhập viện của người bệnh hội chứng mạch vành cấp. Điều này cũng phù hợp thực tế lâm sàng là có nhiều bệnh nhân đang sử dụng statin chưa đạt mục tiêu và người bệnh nhập viện vì hội chứng mạch vành cấp

V. KẾT LUẬN

Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp chiếm 76,1%, với tỷ lệ cao nhất là tăng non-HDL-c (60,6%), tăng triglycerid (54,4%) và cuối cùng là tăng LDL-c (25,9%). Tăng Cholesterol toàn phần làm tăng khả năng mắc nhồi máu cơ tim ST chênh lên, đặc biệt ở người hút thuốc lá, nam giới, tăng huyết áp và lớn tuổi (>60 tuổi). Rối loạn lipid máu dạng hỗn hợp (tăng LDL-c và Triglyceride) cũng là yếu tố nguy cơ đáng kể cho Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, đặc biệt ở nhóm nam giới và người có tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **An International Atherosclerosis Society Position Paper: global recommendations for the management of dyslipidemia--full report.** J Clin Lipidol. Jan-Feb2014;8(1):29-60.
2. **You J, Wang Z, Lu G, Chen Z.** Association between the Non-high-Density Lipoprotein Cholesterol to High-Density Lipoprotein Cholesterol Ratio and the Risk of Coronary Artery Disease. Biomed Res Int. 2020;2020:7146028.
3. **Huỳnh, L. T. B., & Nguyễn, S. H.** Tỉ lệ và đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp điều trị tại Bệnh viện Đa Khoa vùng Tây Nguyên năm 2019. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology. 2021.(43), 49-54.
4. **Trần Nguyễn Phương Hải, Hoàng Văn Sỹ.** Nghiên cứu về giá trị tiên đoán kết cục tim mạch của non-high-density cholesterol ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên. Tạp chí y học Việt Nam. 2023
5. **Barter P, Gotto AM, LaRosa JC, Maroni J, Szarek M, Grundy SM, et al.** HDL cholesterol, very low levels of LDL cholesterol, and cardiovascular events. N Engl J Med. 2007;357(13):1301–10.
6. **Allan D Sniderman, Line Dufresne, Karol M Pencina, Selin Bilgic, George Thanassoulis, Michael J Pencina,** Discordance among apoB, non-high-density lipoprotein cholesterol, and triglycerides: implications for cardiovascular prevention. European Heart Journal, 2024;258.
7. **Yu M, Wang M, Wang J. et al.** Association of Lipoprotein(a) Levels With Myocardial Infarction in Patients With Low-Attenuation Plaque. JACC.

- 2024, 83 (18) 1743–1755.
8. **Johannesen, C, Langsted, A, Nordestgaard, B. et al.** Excess Apolipoprotein B and Cardiovascular Risk in Women and Men. *JACC*. 2024, 83 (23) 2262–2273.
 9. **Greenland P, Knoll MD, Stamler J, Neaton JD, Dyer AR, Garside DB, et al.** Major risk factors as antecedents of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *JAMA*. 2003;290(7):891–7.
 10. **Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ, et al.** Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA*. 2003;290(7):898–904.

RỐI LOẠN NHỊP THẤT Ở BỆNH NHÂN ST CÂY ICD DỰ PHÒNG NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Tri Thức^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn nhịp thất (RLN) là nguyên nhân chính gây đột tử ở bệnh nhân suy tim (ST) phân suất tống máu giảm. Cây máy phá rung tim tự động (ICD) đã được chứng minh hiệu quả trong dự phòng nguyên phát (DPNP), song dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ rối loạn nhịp (RLN) thất ghi nhận qua ICD ở bệnh nhân ST cấy ICD DPNP, mô tả đặc điểm và phân tích yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang – theo dõi dọc trên 59 bệnh nhân EF ≤ 35% được cấy ICD tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 09/2020–05/2021. Dữ liệu lâm sàng, ICD và điều trị được thu thập. Phân tích hồi quy logistic để xác định yếu tố liên quan. **Kết quả:** Trong thời gian theo dõi trung bình 7,8 tháng, 35,6% bệnh nhân xuất hiện RLN thất (11,9% ngoại tâm thu thất, 5,1% nhanh thất không duy trì, 11,9% nhanh thất duy trì). Tỉ lệ tăng dần theo thời gian. NYHA III là yếu tố nguy cơ độc lập (OR = 43,33; p = 0,006). Giới nam (OR = 0,10; p = 0,006), dùng chẹn beta (OR = 0,08; p = 0,019), và cấy máy tái đồng bộ tim có chức năng phá rung CRT-D (OR = 0,13; p = 0,025) là yếu tố bảo vệ. **Kết luận:** RLN thất xảy ra phổ biến ở bệnh nhân ST cấy ICD, tăng theo thời gian. NYHA III, giới, thuốc nền và CRT-D liên quan chặt chẽ đến nguy cơ RLN thất. **Từ khóa:** ST, RLN thất, ICD, DPNP, CRT-D, chẹn beta, NYHA.

SUMMARY

VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN HEART FAILURE PATIENTS WITH PRIMARY PREVENTION ICD IMPLANTATION

Background: Ventricular arrhythmias are a major cause of sudden death in patients with heart failure and reduced ejection fraction. Implantable cardioverter-defibrillators are effective for primary prevention, but data in Vietnam are limited. **Objective:** To assess the incidence of ventricular arrhythmias recorded by implantable cardioverter-

defibrillators in heart failure patients and analyze related factors. **Method:** A cross-sectional and longitudinal study was conducted on 59 patients with ejection fraction ≤ 35% who received implantable cardioverter-defibrillators from September 2020 to May 2021. Logistic regression was used for analysis. **Result:** During 7.8 months of follow-up, 35.6% developed ventricular arrhythmias (11.9% premature ventricular contractions, 5.1% nonsustained ventricular tachycardia, 11.9% sustained ventricular tachycardia). New York Heart Association class III was an independent risk factor (odds ratio 43.33; p = 0.006), while male sex (odds ratio 0.10; p = 0.006), beta-blocker use (odds ratio 0.08; p = 0.019), and cardiac resynchronization therapy with defibrillator (odds ratio 0.13; p = 0.025) were protective. **Conclusion:** Ventricular arrhythmias are common after implantable cardioverter-defibrillator implantation in heart failure patients. Symptom severity, sex, medication, and device type influence risk.

Keywords: Heart failure, ventricular arrhythmia, ICD, primary prevention, CRT-D, beta-blocker, NYHA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim (ST) là hội chứng lâm sàng mạn tính với triệu chứng khó thở, phù và giảm dung nạp gắng sức, do rối loạn cấu trúc hoặc chức năng tim¹. Dù có nhiều tiến bộ, tiên lượng vẫn còn xấu và gánh nặng bệnh tật lớn.

RLN thất, đặc biệt là nhanh thất (VT) và rung thất (VF), là nguyên nhân chính gây đột tử trên bệnh nhân ST EF giảm. Tỉ lệ nhanh thất duy trì có thể lên đến 28%, còn ngoại tâm thu thất xảy ra ở 30–87% bệnh nhân². ICD là phương pháp hiệu quả duy nhất được chứng minh làm giảm nguy cơ đột tử³. CD không chỉ điều trị mà còn lưu trữ dữ liệu điện học nội buồng tim, giúp phát hiện và phân tích RLN thất. Nhiều nghiên cứu cho thấy số lần RLN thất có liên quan đến tăng tử vong toàn bộ, tái nhập viện vì ST, và tiên lượng xấu dù là nhanh thất không duy trì hay duy trì.

Tại Việt Nam, ICD đã được triển khai, nhưng chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá tỉ lệ RLN thất, đặc điểm và yếu tố tiên lượng. Do đó, nghiên cứu này nhằm khảo sát tình hình RLN thất ở bệnh nhân ST cấy ICD DPNP, cung cấp dữ

¹Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy – Thứ trưởng Bộ Y Tế

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tri Thức

Email: ntthucbvc@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 17.5.2025