

- connective tissue graft harvest: A narrative review. J Indian Soc Periodontol. 2019 Sep-Oct;23(5):395-408. doi: 10.4103/jisp.jisp_288_18.
- Benninger B, Andrews K, Carter W.** Clinical measurements of hard palate and implications for subepithelial connective tissue grafts with suggestions for palatal nomenclature. J Oral Maxillofac Surg. 2012 Jan;70(1):149-53. doi: 10.1016/j.joms.2011.03.066.
 - Barriviera M, Duarte WR, Januário AL, Faber J, Bezerra AC.** A new method to assess and measure palatal masticatory mucosa by cone-beam computerized tomography. J Clin Periodontol. 2009 Jul;36(7):564-8. doi: 10.1111/j.1600-051X.2009.01422.x.
 - Gupta P, Jan SM, Behal R, Mir RA, Shafi M.** Accuracy of cone-beam computerized tomography in determining the thickness of palatal masticatory mucosa. J Indian Soc Periodontol. 2015 Jul-Aug;19(4):396-400. doi: 10.4103/0972-124X.156876.
 - Said KN, Abu Khalid AS, Farook FF.** Anatomic factors influencing dimensions of soft tissue graft from the hard palate. A clinical study. Clin Exp Dent Res. 2020 Aug;6(4):462-469. doi: 10.1002/cre2.298. Epub 2020 Apr 23.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ TRIGLYCERID TRONG HDL VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TƯƠNG QUAN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Lê Văn Hiếu¹, Phan Hải Nam², Nguyễn Thị Xuân Mai²,
Lâm Bộ Nạ², Trần Đỗ Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mạn tính không lây phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Nguyên nhân của hai căn bệnh này là rối loạn chuyển hóa mà điển hình nhất là rối loạn lipid máu, một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong ở bệnh tim mạch. Tại Việt Nam, bệnh tim mạch là nguyên nhân gây ra 31% tổng số ca tử vong trong năm 2016 - tương đương hơn 170.000 người. Tăng triglycerid máu là một tình trạng lâm sàng liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch, tác động của nó lên chức năng HDL. Trên thực tế nồng độ triglycerid trong HDL (HDL-T) chưa được đánh giá và không được đo lường tại các cơ sở y tế cho nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nồng độ HDL-T ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ 2 (THA + ĐTĐ) để góp phần cung cấp thêm thông tin về chỉ số xét nghiệm này. **Mục tiêu:** Xác định nồng độ HDL-T và một số yếu tố tương quan ở bệnh nhân THA + ĐTĐ tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng trên 168 đối tượng từ 40 tuổi trở lên được chia thành 4 nhóm (nhóm chứng 1: gồm 42 người không mắc bệnh, nhóm chứng 2: gồm 42 người mắc bệnh THA, nhóm chứng 3: gồm 42 người mắc bệnh ĐTĐ, nhóm bệnh: gồm 42 người mắc bệnh THA + ĐTĐ). **Kết quả:** Nồng độ HDL-T ở nhóm chứng 1 ($0,19 \pm 0,07$ mmol/l), nhóm chứng 2 ($0,31 \pm 0,13$ mmol/l), nhóm chứng 3 ($0,25 \pm 0,11$ mmol/l), nhóm bệnh ($0,38 \pm 0,17$ mmol/l). Mỗi tương quan giữa

nồng độ HDL-T ở nhóm bệnh với: glucose ($r=0,63$; $p<0,05$), triglycerid ($r=0,91$; $p<0,05$), cholesterol toàn phần ($r=0,21$; $p>0,05$), HDL-C ($r=-0,07$; $p>0,05$), LDL-C ($r=0,21$; $p>0,05$). **Kết luận:** Nồng độ HDL-T cao nhất ở nhóm bệnh ($0,38 \pm 0,17$ mmol/l) so với các nhóm chứng và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với nồng độ triglycerid, tương quan thuận vừa với nồng độ glucose. Nồng độ HDL-T không có mối tương quan nào với nồng độ cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C.

Từ khóa: Tăng huyết áp, đái tháo đường, triglycerid, HDL-T.

SUMMARY

CONCENTRATION STUDY TRIGLYCERID IN HDL AND SOME CORRELATIVE FACTORS IN HYPERTENSIVE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL IN 2022-2023

Background: Hypertension and diabetes are chronic uncommunicable diseases around the world, as well as in Vietnam. The cause of these two diseases is metabolic disorder, which is most typical of blood dyslipidemia and is one of the leading mortality risks in cardiovascular disease. In Vietnam, cardiovascular disease was responsible for 31% of all deaths in 2016 - more than 170,000 people. Hypertriglyceridemia is a clinical condition associated with increased cardiovascular risk. Its impact on HDL function. In fact, HDL-T concentration has not been evaluated and is not measured in medical facilities, so we conducted a study on HDL-T concentration in hypertensive patients with type 2 diabetes. This section provides more information about this test indicator. **Objective:** Determination of HDL-T concentration and some correlation factors in hypertensive patients with type 2 diabetes at Can Tho City General Hospital in 2022-2023. **Materials and methods:** A case-control study

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Hiếu

Email: lvhieuxn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.7.2023

Ngày duyệt bài: 4.8.2023

on 168 subjects aged 40 years and older was divided into 4 groups (control groups 1: 42 people without the disease, control group 2: 42 people with hypertension, control group 3: 42 people with type 2 diabetes, group disease: 42 people hypertensive patients with type 2 diabetes). **Results:** HDL-T concentration in control group 1 was (0.19 ± 0.07mmol/l), control group 2 was (0.31 ± 0.13mmol/l), control group 3 was (0.25 ± 0.11mmol/l), disease group was (0.38 ± 0.17mmol/l). The correlation between HDL-T concentration in the disease group was glucose (r=0.63; p< 0.05), triglycerides (r=0.91; p<0.05), total cholesterol (r=0.21; p>0.05), HDL-C (r=-0.07; p>0.05), LDL-C (r=0.21; p>0.05). **Conclusions:** The concentration of HDL-T was highest in the disease group (0.38 ± 0.17 mmol/l) compared with the control group, and the difference was statistically significant (p<0.05). HDL-T concentration had a very strong positive correlation with triglycerides concentration and a moderately positive correlation with glucose concentration. HDL-T levels had no correlation with total cholesterol, HDL-C, LDL-C. **Keywords:** Hypertension, diabetes, triglycerides, HDL-T.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp và đái tháo đường là bệnh mạn tính không lây phổ biến trên thế giới cũng như Việt Nam. Nguyên nhân của hai căn bệnh này là rối loạn chuyển hóa mà điển hình nhất là rối loạn lipid máu, một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong ở bệnh tim mạch. Ước tính có khoảng 17,9 triệu người chết vì các bệnh tim mạch vào năm 2019, chiếm 32% tổng số ca tử vong trên toàn cầu. Trong số những ca tử vong này, 85% là do đau tim và đột quỵ. Tại Việt Nam, bệnh tim mạch là nguyên nhân gây ra 31% tổng số ca tử vong trong năm 2016 - tương đương hơn 170.000 người [8]. Tăng triglycerid máu là một tình trạng lâm sàng liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch, tác động của nó lên chức năng HDL. Những hạt HDL giàu triglycerid hạn chế chức năng vận chuyển cholesterol ester chọn lọc cho tế bào gan, các mô thông qua thụ thể SR-B1 dẫn đến rối loạn chuyển hóa lipid máu làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch [6], [7]. Mặc khác trên thực tế nồng độ triglycerid trong HDL chưa được đánh giá và không được đo lường tại các cơ sở y tế. Vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu nồng độ triglycerid trong HDL và một số yếu tố tương quan ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường tít 2 tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022-2023".

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm về giới tính, tuổi, tuổi trung bình theo giới tính ở các nhóm nghiên cứu

	Nhóm chứng 1		Nhóm chứng 2		Nhóm chứng 3		Nhóm bệnh	
	n	%	n	%	n	%	n	%

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng được chọn từ 40 tuổi trở lên khi đến khám tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022-2023 phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu cho 4 nhóm (nhóm chứng 1: người bình thường, khỏe mạnh; nhóm chứng 2: người được chẩn đoán tăng huyết áp; nhóm chứng 3: người được chẩn đoán đái tháo đường; nhóm bệnh; người được chẩn đoán tăng huyết áp có đái tháo đường)

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu bệnh chứng.

Cỡ mẫu: 168 mẫu được thu thập trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Thực hiện xác định nồng độ glucose, cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-C, LDL-C và HDL-T được định lượng theo phương pháp so màu và động học enzym trên máy sinh hóa tự động Beckman Coulter AU-680 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Số liệu được xử lý bằng excell và phần mềm thống kê SPSS 20.0.

Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu
Thông tin đối tượng nghiên cứu được thu thập: giới tính (nam, nữ); độ tuổi (40-50 tuổi; 51-60; trên 60 tuổi).

- Nồng độ HDL-T ở các nhóm nghiên cứu

Tiến hành định lượng HDL-T gồm 2 bước:

+ Bước 1: Khử tạp: Gây tủa các thành phần lipoprotein khác ngoài HDL bằng thuốc thử gồm acid phosphotungstic và magnesium clorid dùng để kết tủa VLDL, IDL, LDL.

+ Bước 2: Phản ứng định lượng: Định lượng triglycerid trong HDL bằng kỹ thuật định lượng triglycerid theo phương pháp so màu trên máy sinh hóa tự động Beckman Coulter AU-680.

- Mỗi tương quan giữa nồng độ HDL-T với các chỉ số khác

+ Các chỉ số sinh hóa khác: glucose, cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-C, LDL-C được định lượng theo phương pháp so màu và động học enzym trên máy sinh hóa tự động Beckman Coulter AU-680.

+ Đánh giá mối tương quan giữa nồng độ HDL-T với các chỉ số glucose, cholesterol toàn phần, triglycerid, HDL-C, LDL-C bằng phần mềm SPSS 20.0 và excell.

Giới tính								
Nam	14	33,3	14	33,3	14	33,3	14	33,3
Nữ	28	66,7	28	66,7	28	66,7	28	66,7
Nhóm tuổi								
40 - 50 tuổi	8	19,0	8	19,0	8	19,0	8	19,0
51 - 60 tuổi	14	33,3	14	33,3	14	33,3	14	33,3
> 60 tuổi	20	47,6	20	47,6	20	47,6	20	47,6
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)								
Nam	60,86 \pm 9,37		61,21 \pm 10,46		60,71 \pm 9,38		60,86 \pm 13,68	
Nữ	60,54 \pm 10,03		61,11 \pm 11,47		60,79 \pm 11,02		61,07 \pm 8,61	
Cả nhóm	60,64 \pm 9,70		61,14 \pm 11,02		60,76 \pm 10,39		61,00 \pm 10,40	

Nhận xét: - Đặc điểm về giới tính ở các nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nữ giới cao gấp 2 lần so với nam giới. - Tuổi trung bình ở các nhóm nghiên cứu tập trung ở độ tuổi >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,6%. Ở độ tuổi 40-50 tuổi chiếm tỷ lệ nhất nhất với 19,0%.

- Đặc điểm về nhóm tuổi ở các nhóm nghiên cứu tập trung ở độ tuổi >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất nhất với 19,0%. - Tuổi trung bình ở các nhóm nghiên cứu gần bằng nhau khoảng 60 tuổi.

3.2. Nồng độ HDL-T ở các nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Nồng độ triglycerid trong HDL ở các nhóm nghiên cứu

	n = (số người)	HDL-T ($\bar{X} \pm SD$)	Giá trị X nhỏ nhất	Giá trị X lớn nhất
Nhóm chứng 1	42	0,19 \pm 0,07	0,06	0,35
Nhóm chứng 2	42	0,31 \pm 0,13	0,12	0,68
Nhóm chứng 3	42	0,25 \pm 0,11	0,08	0,56
Nhóm bệnh	42	0,38 \pm 0,17	0,10	0,72

Nhận xét: Nồng độ HDL-T thấp nhất ở nhóm chứng 1 với trung bình 0,19 \pm 0,07mmol/l trong khi đó nồng độ này cao hơn hẳn ở các nhóm còn lại, cao nhất là nhóm bệnh với trung bình 0,38 \pm 0,17mmol/l.

3.3. Môi tương quan giữa nồng độ HDL-T với các chỉ số khác

Bảng 3. Nồng độ HDL-T với các chỉ số khác ở các nhóm nghiên cứu

	HDL-T ($\bar{X} \pm SD$)	Glucose ($\bar{X} \pm SD$)	TG ($\bar{X} \pm SD$)	CT ($\bar{X} \pm SD$)	HDL-C ($\bar{X} \pm SD$)	LDL-C ($\bar{X} \pm SD$)
Nhóm chứng 1	0,19 \pm 0,07	5,83 \pm 0,54	1,44 \pm 0,58	5,06 \pm 1,12	1,26 \pm 0,29	2,66 \pm 0,87
Nhóm chứng 2	0,31 \pm 0,13	6,06 \pm 0,60	2,44 \pm 1,23	6,15 \pm 1,22	1,38 \pm 0,30	3,18 \pm 0,77
Nhóm chứng 3	0,25 \pm 0,11	8,89 \pm 3,19	2,02 \pm 1,02	5,28 \pm 1,07	1,26 \pm 0,32	2,70 \pm 0,74
Nhóm bệnh	0,38 \pm 0,17	9,17 \pm 3,51	3,19 \pm 1,96	6,22 \pm 1,49	1,43 \pm 0,35	3,22 \pm 1,00

Nhận xét: Nồng độ HDL-T, glucose, triglycerid, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-T thấp nhất ở nhóm chứng 1 (nhóm người bình thường). Ở nhóm chứng 2 (THA), nhóm chứng 3 (ĐTĐ) và nhóm bệnh (THA + ĐTĐ) chỉ số nồng độ glucose, triglycerid tăng cao, các chỉ số cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C chỉ tăng nhẹ.

Bảng 4. Môi tương quan giữa nồng độ HDL-T với chỉ số hóa sinh khác ở các nhóm nghiên cứu

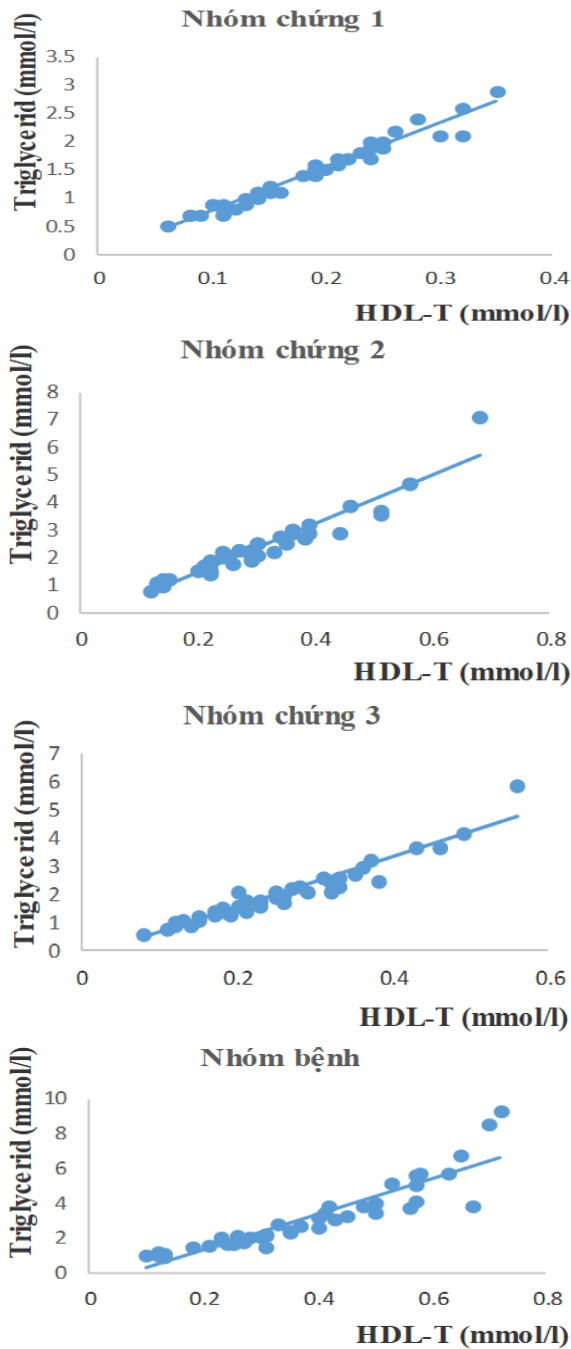
HDL-T	Glucose		TG		CT		HDL-C		LDL-C	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Nhóm 1	-0,20	>0,05	0,98	<0,05	0,44	<0,05	-0,06	>0,05	0,33	<0,05
Nhóm 2	-0,06	>0,05	0,96	<0,05	0,42	<0,05	-0,07	>0,05	0,44	<0,05
Nhóm 3	-0,15	>0,05	0,96	<0,05	0,16	>0,05	0,02	>0,05	0,11	>0,05
Nhóm bệnh	0,63	<0,05	0,91	<0,05	0,21	>0,05	-0,07	>0,05	0,21	>0,05

Nhận xét: Dựa vào bảng 4 (mối tương quan giữa nồng độ HDL-T với chỉ số hóa sinh khác) và biểu đồ 1 (mối tương quan giữa nồng độ HDL-T với nồng độ triglycerid ở các nhóm nghiên cứu):

Nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận vừa với nồng độ glucose ($r=0,63$; $p<0,05$).

Nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với nồng độ triglycerid ($r>0,9$; $p<0,05$).

Nồng độ HDL-T không có mối tương quan nào với nồng độ cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C ($r<0,5$).



Biểu đồ 1. Mỗi tương quan giữa nồng độ HDL-T với nồng độ triglycerid ở các nhóm nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đặc điểm về giới tính ở 4 nhóm nghiên cứu ta thấy tỷ lệ nữ giới chiếm 66,7% cao gấp hai lần so với nam giới. Nhiều nghiên cứu cho thấy phụ nữ tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường cao hơn

nam giới vì sau 50 tuổi có sự thay đổi nồng độ hocmon gây rối loạn chuyển hóa trong gian đoạn mãn kinh.

Đặc điểm về nhóm tuổi ở các nhóm nghiên cứu tập trung ở độ tuổi >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,6%. Ở độ tuổi 40-50 tuổi chiếm tỷ lệ nhất nhất với 19,0%. Tỷ lệ tăng huyết áp và đái tháo đường tăng dần theo nhóm tuổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân (2018) và Nguyễn Thanh Tùng (2022) [2], [4].

Tuổi trung bình ở các nhóm nghiên cứu giữ nam giới và nữ giới gần bằng nhau khoảng 60 tuổi, cho thấy các nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình theo giới tính là tương đồng.

4.2. Nồng độ HDL-T ở các nhóm nghiên cứu. Nồng độ HDL-T thấp nhất ở nhóm chứng 1 ($0,19 \pm 0,07\text{mmol/l}$), tăng cao ở nhóm chứng 2 ($0,31 \pm 0,13\text{mmol/l}$), nhóm chứng 3 ($0,25 \pm 0,11\text{mmol/l}$) và nồng độ này cao nhất ở nhóm bệnh ($0,38 \pm 0,17\text{mmol/l}$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Đào Văn Tùng (2010) có nồng độ triglycerid trong HDL ở nhóm chứng ($0,25 \pm 0,01\text{mmol/l}$), nhóm THA ($0,29 \pm 0,12\text{mmol/l}$), nhóm ĐTĐ ($0,33 \pm 0,18\text{mmol/l}$), nhóm THA kèm ĐTĐ ($0,34 \pm 0,18\text{mmol/l}$) [3]. Kết này cũng phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Mai (2007) về nồng độ HDL-T ở những bệnh nhân ĐTĐ [1]. Ở nhóm đối tượng mắc bệnh THA hoặc ĐTĐ hoặc mắc cùng lúc hai bệnh THA kèm ĐTĐ có nồng độ HDL-T tăng cao cho thấy HDL-T có liên mật thiết đến các rối loạn chuyển hóa mà đặc biệt là rối loạn chuyển hóa lipid, chuyển hóa glucose [5].

Những hạt HDL giàu triglycerid hạn chế chức năng vận chuyển cholesterol ester chọn lọc cho tế bào gan, các mô dẫn đến rối loạn chuyển hóa lipid máu làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch, HDL từ bệnh nhân đái tháo đường bị khiếm khuyết về mặt chức năng do thay đổi thành phần hạt thông qua việc đưa triglycerid từ lõi lên bề mặt HDL làm tăng nồng độ HDL-T [6], [7].

4.3. Môi tương quan giữa nồng độ HDL-T với các chỉ số khác. Ở nhóm chứng 1 (người bình thường): kết quả định lượng các chỉ số sinh hóa glucose, triglycerid, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C thấp nhất và nằm trong giới hạn bình thường; ở nhóm chứng 2 (THA): nồng độ glucose, HDL-C, LDL-C nằm trong giới hạn bình thường, tăng nồng độ triglycerid ($2,44 \pm 1,23\text{mmol/l}$) và cholesterol toàn phần ($6,15 \pm 1,22\text{mmol/l}$); ở nhóm chứng 3 (ĐTĐ): nồng độ triglycerid, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C nằm trong giới hạn bình thường, tăng

nồng độ glucose ($8,89 \pm 3,19$ mmol/l); ở nhóm bệnh (THA+ĐTĐ): nồng độ các chỉ số glucose ($9,17 \pm 3,51$ mmol/l), triglycerid ($3,19 \pm 1,96$ mmol/l), cholesterol toàn phần ($6,22 \pm 1,49$ mmol/l) cao nhất so với các nhóm chứng, nồng độ HDL-C, LDL-C nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả này cho thấy đối tượng nghiên cứu của từng nhóm là phù hợp với thiết kế nghiên cứu và cũng tương đương với nghiên cứu của Đào Văn Tùng (2010) [3].

Đánh giá mối tương quan giữa nồng độ HDL-T với các chỉ số sinh hóa:

Ở nhóm chứng 1, nhóm chứng 2, nhóm chứng 3: nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với nồng độ triglycerid ($r > 0,9$; $p < 0,05$), không có mối tương quan nào giữa nồng độ HDL-T với nồng độ glucose, cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C.

Nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh: nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với nồng độ triglycerid ($r = 0,91$) kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đào Văn Tùng (2010) với hệ số tương quan $r = 0,89$, cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Josefa Girona và cộng sự (2019) với hệ số tương quan $r = 0,65$ khi nghiên cứu về nồng độ HDL-T ở bệnh nhân mắc ĐTĐ týp 2 và có rối loạn chuyển hóa lipid. Các nghiên cứu cho thấy rằng HDL-T cao, do cấu trúc và chức năng bị thay đổi, cũng có thể là một yếu tố bổ sung được tính đến để giải thích nguy cơ tim mạch gia tăng liên quan đến triglycerid cao. Rối loạn chức năng HDL do quá tải triglycerid có thể làm thay đổi cơ chế chữa lành mạch máu [3], [7].

Nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận vừa với nồng độ glucose ($r = 0,63$) kết quả này không phù hợp với nghiên cứu của Đào Văn Tùng (2010) với kết quả cho thấy không có mối tương quan nào giữa nồng độ HDL-T với nồng độ glucose nhưng lại phù hợp với nghiên cứu của Josefa Girona và cộng sự với kết quả cho thấy HDL-T cao hơn khi quá trình chuyển hóa glucose xấu đi [3], [7].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối tương quan nào giữa nồng độ HDL-T với nồng độ cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C kết quả này không tương đồng với nghiên cứu của Đào Văn Tùng (2010) [3] có mối tương quan thuận chặt chẽ giữa nồng độ HDL-T với nồng độ cholesterol toàn phần ($r = 0,60$), LDL-C ($r = 0,61$), tương quan nghịch yếu với nồng độ HDL-C ($r = -0,40$). Sự khác biệt này có thể lý giải do tăng nồng độ triglycerid máu dẫn đến tình trạng thay đổi cấu trúc (dị hóa) bằng cách đưa triglycerid trong

lỗi lên bề mặt làm tăng tỷ lệ hạt HDL-T, sự thay đổi này trong chính bản thân của hạt HDL chứ không phải do nguyên nhân tăng hay giảm cholesterol, HDL-C, LDL-C [7].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ HDL-T thấp nhất ở nhóm chứng 1 ($0,19 \pm 0,07$ mmol/l) tăng cao ở nhóm chứng 2 ($0,31 \pm 0,13$ mmol/l), nhóm chứng 3 ($0,25 \pm 0,11$ mmol/l) và cao nhất ở nhóm bệnh ($0,38 \pm 0,17$ mmol/l), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mối tương quan giữa nồng độ HDL-T với các chỉ số sinh hóa:

Nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận vừa với nồng độ glucose ($r = 0,63$; $p < 0,05$).

Nồng độ HDL-T có mối tương quan thuận rất chặt chẽ với nồng độ triglycerid ($r > 0,9$; $p < 0,05$).

Nồng độ HDL-T không có mối tương quan nào với nồng độ cholesterol toàn phần, HDL-C, LDL-C ($r < 0,5$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Mai** (2007), Sự thay đổi nồng độ triglycerid trong HDL ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 và người thừa cân, NXB Y học TP, Hồ Chí Minh, trang 82-86.
2. **Trần Võ Huỳnh Nghĩa Nhân** (2018), "Nghiên cứu tình hình tăng huyết áp, kiến thức và một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại xã Nhơn Nghĩa, huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2016", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, Số 11-12/2018.
3. **Đào Văn Tùng** (2010), Nghiên cứu nồng độ triglycerid trong HDL, nồng độ lipoprotein huyết tương ở bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường týp 2, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân Y.
4. **Nguyễn Thanh Tùng** (2022), "Thực trạng kiểm soát đường huyết và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường týp 2 tại quận cái răng thành phố cần thơ năm 2021", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, Số 49/2022.
5. **Nguyễn Lâm Việt, Phạm Nguyễn Vinh, Võ Thành Nhân và cộng sự** (2018), "Điều trị rối loạn lipid máu và tỷ lệ đạt cholesterol mục tiêu trên bệnh nhân bị hội chứng mạch vành cấp hoặc bệnh mạch vành ổn định tại Việt Nam - Kết quả từ Nghiên cứu DYSIS II (Dyslipidemia International Study II)", Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, tr, 125-137.
6. **Genest J, Libby P**, (2011), "Lipoprotein disorders and cardiovascular disease", Braunwald's Heart Disease, Chapter 47.
7. **Josefa Girona, Núria Amigó, Daiana Ibarretxe et al** (2019), "HDL Triglycerides: A New Marker of Metabolic and Cardiovascular Risk", National Center of Biotechnology Information,
8. **World Health Organization** (2017), Cardiovascular diseases (CVDs), [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).