

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN VÀO KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Hữu Việt¹, Nguyễn Đặng Khiêm¹,
Trịnh Thị Thanh Hằng¹, Bùi Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên nhập viện khoa Cấp cứu, Bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 11 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** 46 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là $73,33 \pm 10,52$ tuổi, 82,6% là nam. Tỷ lệ RLCH lipid máu ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên là 84,8%, trong đó: RLCH lipid máu đơn thuần chiếm 28,3%; RLCH lipid máu kết hợp chiếm 56,5%. Tỷ lệ tăng cholesterol TP máu, triglycerid máu, HDL-C, LDL-C lần lượt là 28,3%; 56,5%; 60,9% và 56,5%. Tỷ lệ LDL-C $\geq 1,4$ mmol/l chiếm tỷ lệ cao: 95,7%, do vậy cần có chiến lược hợp lý để kiểm soát lipid máu và đạt đích LDL-C $< 1,4$ mmol ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên sau can thiệp mạch vành. **Từ khóa:** rối loạn chuyển hóa lipid máu, nhồi máu cơ tim cấp

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH ACUTE ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION ADMITTED TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: To survey the rate and characteristics of lipid metabolism disorders in patients with acute myocardial infarction with ST elevation. **Study subjects:** Patients diagnosed with ST-segment elevation myocardial infarction admitted to the Emergency Department, Huu Nghi Hospital from November 2020 to November 2023. **Research method:** Cross-sectional description. **Results and conclusions:** The 46 patients studied had an average age of 73.33 ± 10.52 years, 82.6% were male. The rate of lipid rash in patients with ST-segment elevation acute MI is 84.8%, of which: simple lipid rash accounts for 28.3%; Combined lipid rash accounts for 56.5%. The rates of increased blood cholesterol, blood triglycerides, HDL-C, and LDL-C were 28.3%, respectively; 56.5%; 60.9% and 56.5%. The rate of LDL-C ≥ 1.4 mmol/l is high: 95.7%, so there needs to be a reasonable strategy to control blood lipids and achieve the target LDL-C < 1.4 mmol in patients with

infarction. Acute myocardial infarction with ST elevation after coronary intervention. **Keywords:** dyslipidemia, acute myocardial infarction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chuyển hóa (RLCH) lipid máu là tình trạng tăng cholesterol, triglycerid trong máu hoặc tăng cả hai, hoặc tình trạng giảm nồng độ lipoprotein phân tử lượng cao (HDL-C), hoặc tăng nồng độ lipoprotein phân tử lượng thấp (LDL-C); là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch chính góp phần vào quá trình hình thành và phát triển xơ vữa động mạch. Các mảng xơ vữa được hình thành dần dần, gây hẹp tắc mạch máu hoặc có thể nứt vỡ mảng xơ vữa đột ngột, kích hoạt quá trình đông máu tạo lập cục máu đông gây tắc cấp mạch máu dẫn đến những bệnh nguy hiểm tới tính mạng người bệnh. RLCH lipid máu vừa là nguyên nhân, vừa là hậu quả của nhiều bệnh lý khác nhau, trong đó nhồi máu cơ tim cấp là một trong những cấp cứu tim mạch nghiêm trọng thường gặp trên lâm sàng, là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong nhóm bệnh lý về tim mạch nói riêng và cấp cứu nói chung. Việc điều trị RLCH lipid máu đóng vai trò là nền tảng làm giảm tiến triển và ổn định mảng xơ vữa, giúp dự phòng tiên phát lần thứ phát hội chứng mạch vành cấp, cũng như điều trị các bệnh lý do hậu quả mảng xơ vữa gây ra^{1,2}. Trên thế giới đã có các nghiên cứu về RLCH lipid máu và nhồi máu cơ tim cấp. Tại Việt Nam, nghiên cứu về vấn đề này còn chưa nhiều đặc biệt là tại Bệnh viện Hữu Nghị. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 46 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, nhập viện tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 11/2020 đến tháng 11/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, không phân biệt nam nữ, được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (theo ESC).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang dùng thuốc làm tăng lipid máu: corticoid kéo dài, lợi

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Việt

Email: nguyennhuuviệt@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 19.3.2024

tiểu nhóm thiazide, thuốc chẹn beta: propranolol, pindolol; bệnh nhân có bệnh lý về tắc nghẽn ống mật; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu từ một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu

Z_{1-α/2}: hệ số tin cậy bằng 1.96

α: mức ý nghĩa thống kê, α = 0.05

d: khoảng sai lệch giữa tỷ lệ p của mẫu và của quần thể, d = 0,12

p: tỷ lệ ước đoán

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quang và cộng sự³ (2018) trên 819 bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai có tỷ lệ RLCH lipid máu là 79,39%.

Do đó, chúng tôi chọn p = 0,7939

Áp dụng công thức trên, ta nhận được n = 43,7

Do vậy, nghiên cứu chúng tôi chọn cỡ mẫu tối thiểu n = 44 bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi đã chọn được 46 bệnh nhân.

Chọn mẫu: Chọn các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí lựa chọn và không có tiêu chí loại trừ với cách chọn mẫu thuận tiện, cho đến khi đủ số lượng bệnh nhân cần nghiên cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

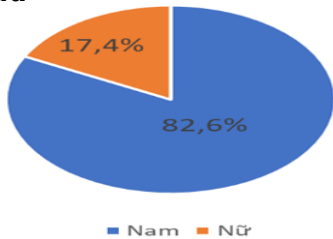
Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023 tại khoa Cấp cứu, Bv Hữu Nghị.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Các thông tin về bệnh được giữ bí mật hoàn toàn và được mã hóa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1: Giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=46)

Nhận xét: Trong nghiên cứu, nam giới chiếm đa số (82,6%). Tỷ lệ nam/nữ là 4,7.

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi (n=46)

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ (%)
≤ 59	2	4,3
60 – 69	19	41,3
70 – 79	11	23,9
≥ 80 tuổi	14	30,4
Tổng	46	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu, đối tượng bệnh nhân cao tuổi chiếm tỷ lệ cao 95,7%, trong đó nhóm tuổi 60-69 tuổi; 70-79 tuổi; ≥ 80 tuổi lần lượt chiếm tỷ lệ: 41,3%; 23,9% và 30,4%.

Bảng 2: Đặc điểm phân bố tuổi theo giới tính (n = 46)

Giới	Tuổi		
	X ± SD	n	p
Nam	71,97 ± 10,47	38	0,614
Nữ	79,75 ± 8,65	8	
Chung	73,33 ± 10,52	46	

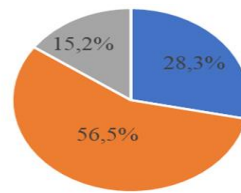
Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 73,33 ± 10,52 tuổi; trong đó độ tuổi trung bình của nữ cao hơn nam giới, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.2. Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm rối loạn chuyển hóa lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên

Bảng 3: Giá trị trung bình các chỉ số lipid máu (n = 46)

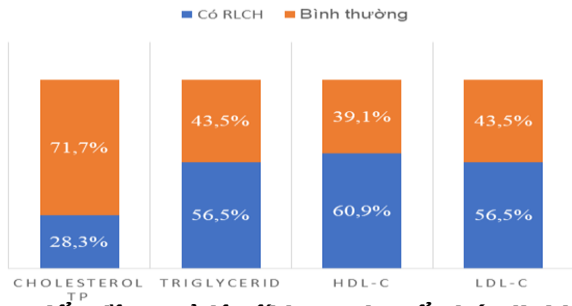
Chỉ số lipid máu	X ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Cholesterol TP	4,80 ± 1,26	2,64	8,62
Triglycerid	2,02 ± 1,18	0,49	7,20
HDL-C	1,08 ± 0,19	0,66	1,51
LDL-C	2,86 ± 1,03	0,95	5,15

Nhận xét: Giá trị trung bình cholesterol TP máu là 4,80 ± 1,26 mmol/l, nhỏ nhất là 2,65 mmol/l và lớn nhất là 8,62 mmol/l; triglycerid máu là 2,02 ± 1,18 mmol/l, lớn nhất là 7,20 mmol/l; LDL-C là 2,86 ± 1,03 mmol/l, lớn nhất là 5,15 mmol/l.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu (n = 46)

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu chiếm đa số (84,8%), trong đó rối loạn chuyển hóa lipid máu kết hợp chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,5% và rối loạn chuyển hóa lipid máu đơn thuần là 28,3%.



Biểu đồ 3: Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu từng thành phần (n = 46)

Nhận xét: Giảm HDL-C máu chiếm tỷ lệ cao nhất là 60,9%; thấp nhất là tăng cholesterol TP máu (28,3%). Tỷ lệ tăng triglycerid máu và tăng LDL-C máu đều chiếm 56,5%.

Bảng 4: Mức độ RLCH lipid máu theo NCEP ATP III (n = 46)

Mức độ RLCH lipid máu (mmol/l)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ tăng cholesterol TP		
Bình thường (< 5,19)	33	71,7
Giới hạn cao (5,19 – 6,18)	6	13,0
Cao (≥ 6,19)	7	15,2
Mức độ tăng triglycerid		
Bình thường (< 1,7)	20	43,5
Giới hạn cao (1,7 – 2,25)	10	21,7
Cao (2,26 – 5,63)	15	32,6
Rất cao (≥ 5,64)	1	2,2
Mức độ giảm HDL-C		
Thấp (< 1,03)	18	39,1
Bình thường (1,03 – 1,54)	28	60,9
Cao (≥ 1,55)	0	0
Mức độ tăng LDL-C		
Tối ưu (< 2,59)	19	41,3
Gần tối ưu (2,59 - 3,35)	16	34,8
Giới hạn cao (3,36 – 4,14)	5	10,9
Cao (4,15 – 4,88)	3	6,5
Rất cao (≥ 4,89)	3	6,5

Nhận xét:

- Mức độ tăng cholesterol TP máu: giới hạn cao và cao lần lượt chiếm tỷ lệ 13,0% và 15,2%.
- Mức độ tăng triglycerid máu: giới hạn cao, cao và rất cao lần lượt chiếm tỷ lệ 21,7%; 32,6% và 2,2%.
- Mức độ giảm HDL-C máu: thấp chiếm 39,1%.
- Mức độ tăng LDL-C máu: giới hạn cao, cao và rất cao lần lượt chiếm tỷ lệ 10,9%; 6,5% và 6,5%.

Bảng 5: Đặc điểm RLCH lipid máu theo giới tính (n = 46)

RLCH lipid máu	Nam	Nữ	n	p
Có	33	6	39	0,138
Không	7	2	9	
Tổng	40	8	46	

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid

máu ở nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6: Đặc điểm RLCH lipid máu đơn thuần theo tuổi (n = 46)

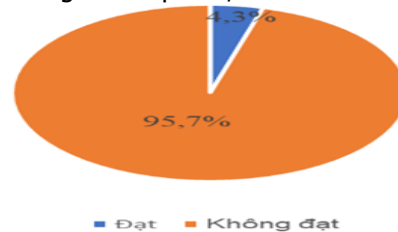
Đặc điểm	Tuổi	Tuổi		n	p
		< 70 tuổi	≥ 70 tuổi		
Tăng cholesterol TP	Có	6	7	13	0,97
	Không	15	18	33	
Tăng triglycerid	Có	15	11	26	0,06
	Không	6	14	20	
Giảm HDL-C	Có	12	16	28	0,64
	Không	9	9	18	
Tăng LDL-C	Có	11	15	26	0,60
	Không	10	10	20	

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu đơn thuần ở nhóm < 70 tuổi và ≥ 70 tuổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 7: Đặc điểm RLCH lipid máu đơn thuần theo giới tính (n=46)

Đặc điểm	Giới	Giới		n	p
		Nam	Nữ		
Tăng cholesterol TP	Có	11	2	13	0,82
	Không	27	6	33	
Tăng triglycerid	Có	23	3	26	0,23
	Không	15	5	21	
Giảm HDL-C	Có	24	4	28	0,49
	Không	14	4	18	
Tăng LDL-C	Có	22	4	26	0,68
	Không	16	4	20	

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu đơn thuần ở nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 4: Phân bố LDL-C mục tiêu dưới 1,4mmol/l

Nhận xét: Tỷ lệ LDL-C đạt mục tiêu dưới 1,4 mmol/l thấp (4,3%).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm tỷ lệ chủ yếu 82,6%, tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Bình⁴ (2018), Quách Tấn Đạt⁵ (2021) và Zamani⁶ (2016) có tỷ lệ nam giới lần lượt là 70,5%, 65,3% và 64,4% phù hợp với dịch tễ học của bệnh mạch vành. Tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 4,7 cao hơn so với các tác giả khác, điều này có thể giải thích do

đối tượng người bệnh đặc thù của Bệnh viện là cán bộ nên đối tượng nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới.

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $73,33 \pm 10,52$ tuổi, trong đó nhóm 60-69 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 41,3% và không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ với $p > 0,05$. Tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thanh Bình⁴ (2018), Quách Tấn Đạt⁵ (2021) có tuổi trung bình lần lượt là $71,8 \pm 9,6$; $73,9 \pm 9,1$, do tình trạng hình thành và phát triển xơ vữa mạch máu tăng dần theo tuổi, tuổi cao gây tăng nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp.

Giá trị trung bình cholesterol TP máu trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,80 \pm 1,26$ mmol/l; triglycerid máu là $2,02 \pm 1,18$ mmol/l; HDL-C là $1,08 \pm 0,19$ mmol/l và $2,86 \pm 1,03$ mmol/l. Tương đồng với các nghiên cứu của tác giả trong nước: Nguyễn Vĩnh Trinh⁷ (2016): cholesterol TP máu $4,9 \pm 1,3$; HDL-C: $1,0 \pm 0,3$; LDL-C: $3,0 \pm 1,1$ mmol/l; Quách Tấn Đạt⁵ (2021): cholesterol TP máu: $4,6 \pm 1,1$; triglycerid máu: $2,0 \pm 1,0$; HDL-C: $1,0 \pm 0,3$; LDL-C: $2,6 \pm 0,9$ mmol/l. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của các tác giả nước ngoài: Zamani⁶ (2016): cholesterol TP máu: $5,7 \pm 4,1$; triglycerid máu: $2,2 \pm 0,4$; LDL-C: $5,7 \pm 0,6$ mmol/l sự khác biệt liên quan tới chỉ số khối cơ thể BMI và chúng tặc.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ RLCH lipid máu ở bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên là 84,8%. Kết quả được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Quang³ (2018), Quách Tấn Đạt⁵ (2021) lần lượt là 79,39% và 82,2%. Theo phân loại RLCH lipid máu của ESC¹ bao gồm: RLCH lipid đơn thuần và RLCH lipid máu kết hợp (có từ ít nhất 2 trong 4 chỉ số thành phần lipid máu tăng), nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ RLCH lipid máu đơn thuần và kết hợp lần lượt là 28,3% và 56,5%. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Nga⁸ (2023) ghi nhận kết quả tương tự, tỷ lệ RLCH lipid máu đơn thuần và kết hợp lần lượt là 35,6% và 64,4%. Tỷ lệ RLCH lipid máu kết hợp chiếm tỷ lệ chủ yếu do làm gia tăng sự hình thành và phát triển mảng xơ vữa động mạch, từ đó làm tăng nguy cơ tim mạch.

Tỷ lệ RLCH lipid từng thành phần được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi: giảm HDL-C chiếm tỷ lệ cao nhất 60,9%, tiếp theo là tăng triglycerid máu và tăng LDL-C máu đều chiếm 56,5% và thấp nhất là tăng cholesterol TP máu chiếm tỷ lệ 28,3%. Sự phân bố về tỷ lệ RLCH lipid máu trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Quang³ (2018) tăng cholesterol TP máu;

tăng triglycerid máu, giảm HDL-C, tăng LDL-C lần lượt là 20,77%, 19,65%; 66,83%, 16,91%. Nghiên cứu của Quách Tấn Đạt⁵ (2021) tăng cholesterol TP máu; tăng triglycerid máu, giảm HDL-C, tăng LDL-C lần lượt là 31,1%, 59,1%, 55,3% và 23,6%. Mức độ RLCH lipid máu theo phân loại NCEP ATP III (bảng 4) tỷ lệ giới hạn cao, cao và rất cao là chủ yếu, phù hợp với tình trạng nguy cơ tim mạch cao nhồi máu cơ tim cấp ở đối tượng nghiên cứu. Do vậy, tỷ lệ LDL-C không đạt dưới 1,4 mmol/l chiếm tỷ lệ rất cao là 95,7% nên cần kiểm soát lipid máu đạt đích dưới 1,4 mmol/l sau tái thông mạch vành. Theo nghiên cứu của Armitage² (2019) trên 170.000 bệnh nhân cho thấy giảm 1 mmol/l LDL-C có hiệu quả giảm 10% tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân ($p < 0,0001$), 20% tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân ($p < 0,0001$), 24% tỷ lệ các biến cố mạch vành chính ($p < 0,0001$) và 15% nguy cơ đột quy ($p < 0,0001$). Vì vậy, LDL-C chính là mục tiêu điều trị nền tảng và được khuyến cáo trong các hướng dẫn điều trị RLCH lipid máu nói chung và các bệnh lý tim mạch chuyển hóa nói riêng hiện nay.

Tỷ lệ RLCH lipid máu chung và RLCH lipid từng thành phần ở bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai giới nam và nữ và giữa độ tuổi ≥ 70 tuổi và < 70 tuổi với $p > 0,05$ (bảng 5, 6, 7), do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là đối tượng nguy cơ rất cao và đã xuất hiện biến cố tim mạch. Nghiên cứu dịch tễ của Trần Đình Thoan⁹ (2020) trên 829 người trong độ tuổi từ 60-74 tuổi để xác định tỷ lệ RLCH lipid máu ghi nhận tỷ lệ RLCH lipid máu là 65,9% và tỷ lệ ở nữ cao hơn nam và ở các nhóm tuổi sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, trong đó tỷ lệ tăng cholesterol TP máu và tăng triglycerid máu ở nữ cao hơn so với nam có sự khác biệt với $p < 0,05$. Việc sàng lọc và điều trị RLCH lipid máu đóng vai trò là nền tảng làm giảm tiến triển và ổn định mảng xơ vữa, giúp dự phòng tiên phát lẫn thứ phát bệnh lý tim mạch nói chung, cũng như điều trị các bệnh lý do hậu quả mảng xơ vữa gây ra, nhất là hội chứng vành cấp, đột quy não. Trong đó, nồng độ LDL-C tăng nhiều trong máu dẫn đến sự dễ dàng lắng đọng ở thành mạch máu, đặc biệt ở tim và ở não, gây nên mảng xơ vữa động mạch. Mảng xơ vữa này được hình thành dần dần gây hẹp hoặc tắc mạch máu hoặc có thể vỡ ra đột ngột gây tắc cấp mạch máu dẫn đến biến cố tim mạch nguy hiểm tới tính mạng. Do vậy, LDL-C được coi là một trong những chỉ số quan trọng cần theo dõi khi điều trị. LDL-C

tăng liên quan đến yếu tố gia đình, chế độ ăn, các thói quen có hại như hút thuốc lá/lười vận động hoặc liên quan các bệnh lý khác như tăng huyết áp, đái tháo đường. Kiểm soát LDL-C chính là mục tiêu điều trị nền tảng được khuyến cáo trong các hướng dẫn cập nhật điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có tuổi trung bình là $73,33 \pm 10,52$ tuổi, 82,6% là nam. Tỷ lệ RLCH lipid máu ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên là 84,8%, trong đó: RLCH lipid máu đơn thuần chiếm 28,3%; RLCH lipid máu kết hợp chiếm 56,5%. Tỷ lệ tăng cholesterol TP máu, triglycerid máu, HDL-C, LDL-C lần lượt là 28,3%; 56,5%; 60,9% và 56,5%. Tỷ lệ LDL-C $\geq 1,4$ mmol/l chiếm tỷ lệ cao: 95,7%, do vậy cần có chiến lược hợp lý để kiểm soát lipid máu và đạt đích LDL-C $< 1,4$ mmol ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên sau can thiệp mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Robert B, Xavier R, Coughlan J, et al. Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC), European Heart Journal. 2023; 44(38):3720–3826.
2. Armitage J, Baigent, Barnes E, et al. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration: Efficacy and safety of statin therapy in older

- people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. Lancet (London, England). 2019; 393: 407-415.
3. Nguyễn Ngọc Quang, Đàm Trung Hiếu. Nghiên cứu rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân nhồi máu Cơ Tim cấp Có ST Chênh Lên tại Viện Tim mạch Việt Nam. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2018; 84: 254-258.
 4. Trần Thanh Bình và cộng sự. Rối loạn lipid máu trên bệnh nhân cao tuổi bị hội chứng vành cấp điều trị tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2018; 22(6): 50-53.
 5. Quách Tấn Đạt, Phạm Hòa Bình, Nguyễn Văn Tân. Thực trạng điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2021; 25(2): 140-146.
 6. Zamani B, Babapour B, Masoudi N. Change of LDL and HDL levels in patients with acute coronary syndrome on admission and 3 months after treatment. International Journal of Advances in Medicine. 2016; 3(1): 88-91.
 7. Nguyễn Vinh Trinh và cộng sự. Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2016.
 8. Phạm Thị Ngọc Nga, Huỳnh Quang Minh, Trần Linh Sơn và cộng sự. Nghiên cứu tình hình rối loạn lipid máu ở các bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ máu tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022. 2023; 532(1): 134-138.
 9. Trần Đình Thoan, Lê Bạch Mai, Nguyễn Hồng Sơn. Thực trạng rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người cao tuổi nông thôn Thái Bình. 2020; 16(5): 103-111.

PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG CẮT THỰC QUẢN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ KHÔNG CẦN MỞ BỤNG NHỎ

Lê Huy Lưu^{1,2}, Trần Văn Hiệp², Lê Ngọc Trung², Trần Quốc Hạnh², Huỳnh Quang Nghệ², Nguyễn Văn Chính^{1,2}, Lê Cao Phương Duy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật là phương pháp quan trọng và hiệu quả nhất trong điều trị ung thư thực quản còn cắt bỏ được. Hiện nay phẫu thuật ít xâm lấn đã dần thay thế cho mổ mở trong phẫu thuật cắt thực quản giúp hạn chế sang chấn, giảm biến chứng hô hấp, hồi phục nhanh và tăng hiệu quả thẩm mỹ. Kỹ thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản, nạo hạch và sử dụng dạ dày thay thế thực quản thường được áp dụng. Tuy nhiên, hầu hết các trung tâm phẫu thuật hiện nay đều cần một đường mổ nhỏ ở bụng để tạo

hình ống dạ dày và lấy bệnh phẩm. Nhằm giảm tối đa sự xâm hại, chúng ta có thể tạo hình ống dạ dày qua nội soi ổ bụng và sau đó kéo bệnh phẩm lên và lấy qua vết mổ ở cổ đồng thời thực hiện miêng nối tại đây. Với cách làm này chúng ta tránh được vết mổ ở bụng, hạn chế sang chấn phẫu thuật và cải thiện hiệu quả thẩm mỹ. Trong bài báo này, chúng tôi mô tả kỹ thuật, đánh giá tính khả thi và an toàn của việc lấy bệnh phẩm qua vết mổ ở cổ trong phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả kỹ thuật qua ca lâm sàng. **Bàn luận:** Bài viết bàn luận sâu hơn về quá trình phát triển của phẫu thuật cắt thực quản và các vấn đề của kỹ thuật lấy bệnh phẩm qua ngã cổ. **Kết luận:** Với việc điều chỉnh một số bước trong quy trình phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản điều trị ung thư thực quản như tạo hình ống dạ dày qua nội soi và lấy bệnh phẩm qua cổ không chỉ làm tăng các ưu điểm về tính ít xâm hại, tăng tính thẩm mỹ mà còn khiến cuộc mổ có thể trở nên thuận lợi hơn mà vẫn

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Lưu

Email: lehuyllu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024