

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ 25 - HYDROXYVITAMIN D HUYẾT THANH TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Hoàng Anh Tiến¹, Phan Quốc Hải², Huỳnh Văn Minh¹, Hồ Anh Bình³, Lê Văn Duy³, Phạm Đức Đạt⁴

¹Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

²Bệnh xá Công an tỉnh Thừa Thiên Huế

³Trung tâm Tim mạch, Bệnh Viện Trung Ương Huế

⁴Bệnh Viện 115 - TP Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và xác định mối liên quan giữa nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh với các đặc điểm ST chênh trên ECG, rối loạn vận động vùng thất trái và mức độ tổn thương mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu bệnh chứng được tiến hành trên 92 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và 92 bệnh nhân khỏe mạnh là nhóm chứng. Đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố nguy cơ, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận. Nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh được định lượng cho tất cả đối tượng nghiên cứu.

Kết quả: Sự thiếu hụt nồng độ 25 - hydroxyvitamin D xảy ra ở nhóm bệnh nhiều hơn nhóm chứng tương ứng với số bệnh nhân thiếu hụt nồng độ 25 (OH)D lần lượt là 33 bệnh nhân (35,87%) ở nhóm bệnh và 0 bệnh nhân (0%) ở nhóm chứng. Tuy nhiên, không ghi nhận mối liên quan giữa sự thiếu hụt nồng độ 25 (OH)D huyết thanh với các đặc điểm thay đổi ST trên ECG, rối loạn vận động vùng thất trái hay mức độ nặng của tổn thương động mạch vành.

Kết luận: Sự thiếu hụt nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh có mối liên quan đến gia tăng nguy cơ mắc bệnh nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên không cho thấy mối liên quan giữa sự thiếu hụt nồng độ 25 (OH)D với các đặc điểm ST chênh trên ECG, rối loạn vận động vùng thất trái hay mức độ nặng của tổn thương động mạch vành.

Từ khóa: Nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh, nhồi máu cơ tim cấp, vitamin D.

Ngày nhận bài:

16/10/2022

Ngày chỉnh sửa:

20/3/2023

Chấp thuận đăng:

29/3/2023

Tác giả liên hệ:

Hồ Anh Bình

Email:

drhoanhbinh@gmail.com

SĐT: 0913489896

ABSTRACT

STUDY OF SERUM 25 - HYDROXYVITAMIN D CONCENTRATION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Hoang Anh Tien¹, Phan Quoc Hai², Huynh Van Minh¹, Ho Anh Binh³, Le Van Duy³, Pham Duc Dat⁴

Objective: To evaluate the serum 25 - hydroxyvitamin D concentrations in acute myocardial infarction patients; To evaluate the association between serum 25 - hydroxyvitamin D concentrations and characteristics of acute myocardial infarctions such as ST - segment elevation on ECG, left ventricular dyskinesia on echocardiography and the severity of coronary artery lesions.

Nghiên cứu nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh trong nhồi máu cơ tim cấp

Methods: We employed a case - control study design, including 92 patients diagnosed with acute myocardial infarction and 92 healthy controls. Their demographic, cardiovascular risk factors, and clinical characteristics, investigations were recorded. Serum 25 - hydroxyvitamin D measurement was carried out for all patients.

Results: The serum 25 - hydroxyvitamin D concentrations was more deficient in cases than controls; the number of cases was 33 (35.87%) and 0 (0%), respectively. Our study have not found an association between ST - segment on ECG, left ventricular dyskinesia on echocardiography, the severity of coronary artery lesions and concentration deficiency of serum 25 - hydroxyvitamin D.

Conclusion: There was a concentration deficiency of serum 25 - hydroxyvitamin D in acute myocardial infarction patients. However, there was no conclusion about the association between ST - segment on ECG, left ventricular dyskinesia on echocardiography, the severity of coronary artery lesions and concentration deficiency of serum 25 - hydroxyvitamin D.

Keywords: Serum 25 - hydroxyvitamin D concentrations, acute myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế thế giới ước tính sự gia tăng tỉ lệ tử vong do bệnh lý tim mạch từ 17,1 triệu người vào năm 2004 đến 23,4 triệu vào năm 2030. Bệnh mạch vành là một trong những vấn đề sức khỏe toàn cầu chính yếu [1]. Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại Viện Tim mạch quốc gia có khuynh hướng gia tăng rõ rệt (số bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã tăng từ 4,2% năm 2003 lên tới 9,1% năm 2007 trong tổng số bệnh nhân nhập viện điều trị bệnh tim mạch) [2].

Nghiên cứu nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh để đánh giá vai trò liên quan của vitamin D với bệnh nhồi máu cơ tim là một nội dung rất được quan tâm trong những năm gần đây. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã đưa ra bằng chứng cho thấy mối liên quan giữa nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh với nhồi máu cơ tim có sự liên quan chặt chẽ [3 - 5]. Vai trò của vitamin D được biết rõ trong quá trình chuyển hóa can - xi và phốt - phát của sự tạo xương, co cơ, dẫn truyền thần kinh và chức năng tế bào chung [5]. Ngoài ra, những nghiên cứu gần đây cho thấy nồng độ vitamin D thấp (< 30 ng/ml) liên quan với tăng huyết áp [6], trực tiếp và gián tiếp gây ra bệnh mạch vành, có lẽ vì tổn thương nội mạc mạch máu [7, 8]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa nồng độ 25 - hydroxyvitamin D và vitamin D ở bệnh nhân mắc bệnh lý tim. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về nồng độ 25 - hydroxyvitamin D ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành này nhằm khảo sát nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh ở bệnh nhân

nhồi máu cơ tim cấp; và xác định mối liên quan giữa 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh với sự thay đổi đoạn sóng ST trên ECG, mức độ rối loạn vận động vùng thất trái và mức độ tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: Nhóm bệnh bao gồm 92 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo định nghĩa của ESC/ACC/AHA/WHF 2018 nhập viện tại Khoa cấp cứu tim mạch can thiệp - Bệnh viện Trung Ương Huế và nhóm chứng bao gồm 92 bệnh nhân khỏe mạnh thu thập thông tin tại phòng khám Khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Trung ương Huế.

Thời gian nghiên cứu: 05/2017 đến 08/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu bệnh chứng được thực hiện trên 2 nhóm bệnh và nhóm chứng. Các đặc điểm về nhân khẩu, các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng được ghi nhận. Định lượng nồng độ huyết thanh 25 (OH)D qua phương pháp ELISA cho tất cả các đối tượng nghiên cứu và phân tích sự thiếu hụt nồng độ 25 (OH)D huyết thanh dựa vào phân loại Holick 2013 với điểm cắt là 30 ng/ml. Đánh giá sự thay đổi ST chênh theo vùng NMCT trên ECG [2], đánh giá mức độ rối loạn vận động vùng thất trái trên hình ảnh siêu âm tim [2], đánh giá mức độ tổn thương động mạch vành dựa vào hình ảnh chụp động mạch vành trong đó định nghĩa “có tổn thương động mạch vành” là khi có ít nhất một tổn thương ĐMV có mức độ hẹp theo đường kính $> 70\%$ [2].

Nghiên cứu nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh trong nhồi máu cơ tim cấp

Cỡ mẫu nghiên cứu theo nghiên cứu bệnh chứng:

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{\{1/[p_1(1-p_1)] + 1/[p_2(1-p_2)]\}}{\ln(1-\varepsilon)^2}$$

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy, chọn

$$\alpha = 0,05; Z_{1-\alpha/2} = 1,962.$$

p_1 : tỷ lệ thiếu vitamin D ở nhóm bệnh.

p_2 : tỷ lệ thiếu vitamin D ở nhóm chứng.

ε : sai lệch tương đối: chọn $\varepsilon = 0,5$. Chọn $p_1 = 0,578$ và $p_2 = 0,297$ (Theo nghiên cứu của Gisondi P [14]).

Cỡ mẫu cần nghiên cứu ở mỗi nhóm theo công thức là 72 bệnh nhân.

Trong nghiên cứu chúng tôi thu thập được mỗi nhóm 92 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Qua quá trình nghiên cứu trên 184 bệnh nhân, chúng tôi thu được kết quả sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

		Nhóm bệnh (n = 92)	Nhóm chứng (n = 92)	p
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Tuổi trung bình (năm)		68,25 ± 11,30	43,89 ± 13,19	< 0,05
BMI (Kg/m ²)		22,19 ± 2,58	22,11 ± 2,30	> 0,05
Trị số huyết áp (mmHg)	HATT	128,01 ± 27,33	129,40 ± 21,82	> 0,05
	HATT _r	79,75 ± 15,33	82,20 ± 10,98	> 0,05
	HATB	95,84 ± 18,66	97,93 ± 13,93	> 0,05
Cholesterol (mmol/L)		4,80 ± 1,41	-	-
Triglycerid (mmol/L)		1,88 ± 1,31	-	-
HDL - C (mmol/L)		1,17 ± 0,32	-	-
LDL - C (mmol/L)		2,95 ± 1,05	-	-
CK (U/L)		861,43 ± 1248,58	-	-
CK - MB (ng/mL)		65,01 ± 178,99	-	-
TroponinT (ng/mL)		2,13 ± 2,97	-	-

Tuổi trung bình của nhóm bệnh là 68,25 ± 11,30 cao hơn tuổi trung bình của nhóm chứng là 43,89 ± 13,19. BMI của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là 22,19 ± 2,58 và 22,11 ± 2,30. Huyết áp trung bình của nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là 95,84 ± 18,66 mmHg và 97,93 ± 13,93 mmHg.

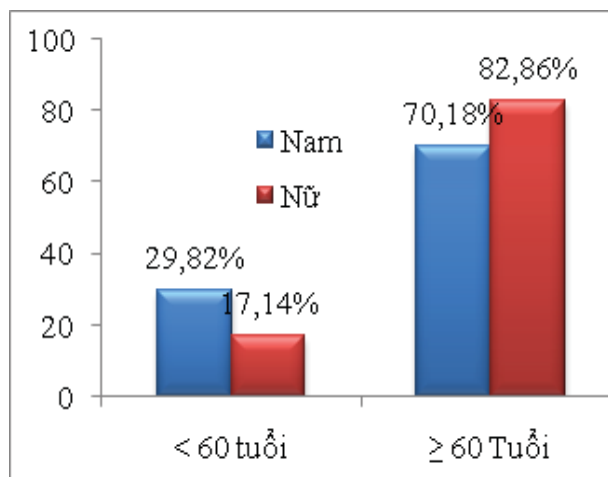
2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm thống kê SPSS (Statistical Package for Social Sciences) bản 22.0. Tính giá ± SD hoặc trung vị - khoảng tứ phân vị của nồng độ 25 (OH)D và một số yếu tố nguy cơ khác. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số, tỷ lệ phần trăm hoặc biểu đồ. So sánh giá trị các sự khác biệt giữa các biến số theo chỉ số p.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu đã được sự đồng ý của Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế và Bệnh viện Trung ương Huế.

Các đối tượng tham gia nghiên cứu đã được giải thích và thông tin đầy đủ về mục đích, nội dung và phương pháp tiến hành nghiên cứu và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu.



Biểu đồ 1. So sánh tỉ lệ giữa nhóm tuổi và giới tính ở nhóm bệnh

Bệnh nhân NMCT cấp xuất hiện ở độ tuổi ≥ 60 chiếm 70,18% ở nam và 82,86% ở nữ.

3.2. Đặc điểm đau ngực của nhóm bệnh

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng đau ngực của nhóm bệnh

Đặc điểm đau ngực	n = 92	Tỷ lệ %
Thời gian khởi phát		
< 6 giờ	35	38,04
6 - 12 giờ	29	31,52
> 12 giờ	28	30,43
Cường độ		
Dữ dội	20	21,74
Vừa	72	80,43
Nhẹ	0	0
Hướng lan		
Điển hình	72	78,26
Không điển hình	17	18,48
Không lan	3	3,26
Triệu chứng kèm theo		
Khó thở	60	65,22
Vã mồ hôi	28	30,43
Nôn, buồn nôn	3	3,26

Đặc điểm đau ngực	n = 92	Tỷ lệ %
Điều kiện khởi phát bệnh		
Nghỉ ngơi	5	5,43
Hoạt động thể lực bình thường	77	83,70
Hoạt động thể lực nặng	9	9,78
Sang chấn tinh thần	1	1,09
Nằm viện vì bệnh khác	0	0

Số bệnh nhân nhập viện < 6 giờ, 6 - 12 giờ và > 12 giờ chiếm tỷ lệ lần lượt là 38,04%, 31,52% và 30,43%. Đa số bệnh khởi phát lúc bệnh nhân đang hoạt động thể lực bình thường (83,70%). Bệnh khởi phát sau hoạt động thể lực nặng và sang chấn tinh thần chiếm tỉ lệ rất thấp (9,78 và 1,09%). Đau ngực dữ dội chiếm 21,74%, đau mức độ vừa chiếm 80,43%. Bệnh nhân đau ngực có hướng lan điển hình chiếm 78,26%, đau ngực lan không điển hình chiếm 18,48% và không có hướng lan 3,26%. Về triệu chứng kèm theo, khó thở và vã mồ hôi chiếm 65,22 và 30,43%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh

		n = 92	Tỷ lệ %
Vị trí vùng nhồi máu trên ECG			
Vách		28	30,43
Trước vách		10	10,87
Mỏm		3	3,26
Trước rộng		23	25
Sau dưới		22	23,91
Bên		6	6,53
Mức rối loạn vận động vùng			
Không rối loạn vận động vùng		13	14,13
Có rối loạn vận động vùng	Giảm vận động	44	44,83
	Phình vách thất	24	26,08
	Vô động	11	11,96

Nghiên cứu nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh trong nhồi máu cơ tim cấp

	n = 92	Tỷ lệ %
Số nhánh tổn thương ĐMV		
1 nhánh	16	17,4
2 nhánh	36	39,1
3 nhánh	26	28,3
Không	14	15,2

Vùng nhồi máu cơ tim thể hiện trên điện tâm đồ là vùng vách chiếm 30,43%, vùng trước vách chiếm 10,87%, vùng trước rộng chiếm 25%, vùng sau dưới chiếm tỉ lệ 23,91%, và vùng bên chiếm tỉ lệ 6,53%. Giảm vận động vùng thất trái chiếm tỉ lệ 47,83%, phình vách thất 26,08% và vô động 11,96%. Số nhánh ĐMV tổn thương tương ứng với 1, 2 và 3 nhánh động mạch vành có tỉ lệ lần lượt 27,17%, 32,61% và 18,48%.

3.4. Khảo sát nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh ở nhóm bệnh và nhóm chứng

Bảng 4: Đặc điểm nồng độ 25 (OH)D huyết thanh ở nhóm bệnh và nhóm chứng

25 (OH)D (ng/mL)	Nhóm bệnh (n = 92)		Nhóm chứng (n = 92)		p
	n	%	n	%	
< 30 ng/mL	33	35,87	0	0	< 0,05
≥ 30 ng/mL	59	64,13	92	100	
$\bar{X} \pm SD$	31,22 ± 8,87		36,31 ± 5,35		< 0,05

Nồng độ 25 (OH)D huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh và nhóm chứng lần lượt là 31,22 ± 8,87 ng/mL và 36,31 ± 5,35 ng/mL. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ 25 (OH)D giữa nhóm bệnh và nhóm chứng (p < 0,05). Tỉ lệ nồng độ 25 (OH)D < 30 ng/mL ở nhóm bệnh là 35,87 %, nhóm chứng 0 %. Tỉ lệ nồng độ 25 (OH)D ≥ 30ng/mL ở nhóm bệnh là 64,13 %, nhóm chứng 100%.

Bảng 5: Phân loại nồng độ 25 (OH)D ở nhóm bệnh (theo Holik 2013 [4])

Nồng độ 25 (OH)D	n	Tỷ lệ %
< 10 ng/mL	0	0
10 - 20 ng/mL	10	10,87
21 - 29 ng/mL	23	25
≥ 30 ng/mL	59	64,13
Tổng cộng	92	100
Giá trị nhỏ nhất: 11,29 (ng/mL); Giá trị lớn nhất: 66,39 (ng/mL)		

Tỉ lệ BN thiếu nhẹ và vừa nồng độ 25 (OH)D huyết thanh chiếm tương ứng 25% và 10,87%.

3.5. Mối liên quan giữa 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh với bất thường ECG, rối loạn vận động vùng thất và số lượng tổn thương mạch vành ở nhóm bệnh

Bảng 6: Liên quan giữa nồng độ 25 (OH)D huyết thanh với đặc điểm ST chênh trên ECG

Nồng độ 25 (OH)D		< 30 ng/mL	≥ 30 ng/mL	OR (95% CI)
ST không chênh lên	n	15	8	OR = 5,34 1,98 - 136,35 (p < 0,05)
	Tỷ lệ %	45,45	13,56	
ST chênh lên	n	18	51	
	Tỷ lệ %	54,55	86,44	

Nghiên cứu nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh trong nhồi máu cơ tim cấp

Nồng độ 25 (OH)D		< 30 ng/mL	≥ 30 ng/mL	OR (95%CI)
Không rối loạn vận động vùng	n	10	3	OR = 8,10; 1,20 - 81,93 (p < 0,05)
	Tỷ lệ %	30,30	5,08	
Có rối loạn vận động vùng	n	23	56	
	Tỷ lệ %	69,70	94,92	
Không có tổn thương ĐMV	n	10	4	OR = 5,98; 8.70 - 38.00 (p < 0,05)
	Tỷ lệ %	71,42	28,58	
Có tổn thương ĐMV	n	23	55	
	Tỷ lệ %	29,48	70,52	

Về đặc điểm ST chênh, nếu BN không có thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh thì dự báo nguy cơ nhồi máu cơ tim có ST chênh lên gấp 5,34 lần (OR = 5,34, p < 0,05) so với nhóm thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh. Về đặc điểm rối loạn vận động vùng, nếu BN không có thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh thì dự báo khả năng rối loạn vận động vùng gấp 8,10 lần (OR = 8,10, p < 0,05) so với nhóm thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh. Về số lượng động mạch vành bị tổn thương, nếu BN không có thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh thì dự báo khả năng tổn thương ĐMV gấp 5,98 lần (OR = 5,98, p < 0,05) so với thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình ở nhóm bệnh là 68,25 ± 11,30. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Mahir Karakas và cộng sự là 56,8 tuổi ở nam và 57,7 tuổi ở nữ [5, 9] và cao hơn nghiên cứu của Deba Prasad và cộng sự với tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54,005 tuổi [10]. Huyết áp cao là một yếu tố nguy cơ chính cho tất cả các biểu hiện lâm sàng của bệnh mạch vành [10]. Nghiên cứu của chúng tôi có huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trung bình ở nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp lần lượt là 128,01 ± 27,33 mmHg và 79,75 ± 15,33 mmHg. BMI trong nhóm bệnh là 22,19 ± 2,58 kg/m². BMI trong nghiên cứu của Deba Prasad và cộng sự là 25,50 kg/m², nghiên cứu của Veli Polat và cộng sự là 23,6 ± 2,8 kg/m² [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nhập viện > 6 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng chiếm tỷ lệ 65,85%. Đa số bệnh khởi phát lúc bệnh nhân đang hoạt động thể lực bình thường (83,70%). Bệnh khởi phát sau hoạt động thể lực nặng và sang chấn tinh thần chiếm tỉ lệ rất thấp (9,78 và 1,09%). Phù hợp với kết quả nghiên cứu

trên bệnh nhân NMCT của Nguyễn Dũng và cộng sự, có 70% bệnh nhân khởi bệnh lúc đang nghỉ ngơi [11]. Đau ngực với tính chất đau vừa là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 80,43% và đa số là lan điển hình như y văn mô tả (78,26%). Khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Dũng, đau ngực với tính chất đau dữ dội là chủ yếu (66,66%), không lan điển hình (59,5%) [11]. Các triệu chứng kèm theo đau ngực trong nghiên cứu của chúng tôi thứ tự thường gặp là khó thở (65,22%), vã mồ hôi (30,43%), tụt huyết áp (6,52%), nôn và buồn nôn (3,26%).

4.3. Khảo sát nồng độ 25 - HYDROXYVITAMIN D huyết thanh

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Nồng độ 25 (OH)D huyết thanh trung bình của nhóm bệnh là 31,22 ± 8,87 ng/mL. Nồng độ 25 (OH)D huyết thanh trung bình của nhóm chứng 36,31 ± 5,35 ng/mL. Nồng độ 25 (OH)D huyết thanh trung bình của nhóm bệnh thấp hơn nồng độ 25 (OH)D huyết thanh trung bình của nhóm chứng (p < 0,05). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Veli Polat và cộng sự, giá trị trung bình của 25 (OH)D trong nhóm bệnh là 24,1 ± 10,4 ng/mL, thấp hơn đáng kể so với nhóm chứng là 41,4 ± 20,9 ng/mL [4].

4.4. Mối liên quan giữa 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh với bất thường ECG, rối loạn vận động vùng thất và số lượng tổn thương mạch vành ở nhóm bệnh

Haleh Rezaee và cộng sự nghiên cứu sự thiếu hụt Vitamin D dự đoán sự xuất hiện của ST chênh lên trong nhồi máu cơ tim ở bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp tính. Tỷ lệ thiếu hụt Vitamin D tổng thể được ghi nhận ở mức 59,1% với tỷ lệ cao hơn đáng kể trong nhóm nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (77,5% so với 43,7%; $p = 0,001$). Trong nhóm nhồi máu cơ tim có ST chênh lên, nồng độ 25 (OH)D huyết thanh thấp hơn đáng kể so với nhóm ST không chênh lên ($13,5 \pm 7,7$ so với $24,3 \pm 14,9$; $p = 0,001$). Nhóm tác giả đã đưa ra kết luận: “Sự thiếu hụt Vitamin D là nguyên nhân của ST chênh lên ở những bệnh nhân hội chứng vành cấp” [12]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy nếu bệnh nhân có thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh thì dự báo nhồi máu cơ tim có ST chênh lên cao hơn so với nhóm không thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh.

Về mối liên quan giữa nồng độ 25 (OH)D huyết thanh và rối loạn vận động vùng tim trên siêu âm, nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy nếu bệnh nhân có thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh thì dự báo nguy cơ rối loạn vận động vùng cao hơn so với nhóm không thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh. Tương tự, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không cho thấy nếu bệnh nhân có thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh thì dự báo khả năng có tổn thương ĐMV cao hơn so với nhóm không thiếu nồng độ 25 (OH)D huyết thanh.

Dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi về nồng độ 25 (OH)D có thể chưa đưa đến một kết luận cụ thể về mối liên quan giữa nồng độ 25 (OH)D với các yếu tố thay đổi ở bệnh nhân NMCT cấp. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Deba Prasad Dhibar và cộng sự cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa việc tổn thương động mạch vành ở các nồng độ vitamin D [5].

V. KẾT LUẬN

Sự thiếu hụt nồng độ 25 - hydroxyvitamin D huyết thanh có mối liên quan đến gia tăng nguy cơ mắc bệnh nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên không cho thấy mối liên quan giữa sự thiếu hụt nồng độ 25 (OH)D với các đặc điểm ST chênh trên ECG, rối loạn vận động vùng thất trái hay mức độ nặng của tổn thương động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. World Health Statistics. 200829.
2. Nguyễn Lâm Việt, Thực hành Bệnh Tim mạch. 2015, Hà Nội: Nhà Xuất Bản Y Học.
3. Fall T, Shiue I, Bergeå af Geijerstam P, Sundström J, Årnlöv J, Larsson A, et al. Relations of circulating vitamin D concentrations with left ventricular geometry and function. *Eur J Heart Fail*. 2012;14(9):985-91.
4. Polat V, Bozcali E, Uygun T, Opan S, Karakaya O. Low vitamin D status associated with dilated cardiomyopathy. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(1):1356-62.
5. Dhibar D, Sharma Y, Bhadada S, Sachdeva N, Sahu K. Association of Vitamin D Deficiency with Coronary Artery Disease. *Journal of Clinical and Diagnostic Research : JCDR*. 2016;10OC24-OC28.
6. Vaidya A, Forman JP. Vitamin D and hypertension: current evidence and future directions. *Hypertension*. 2010;56(5):774-9.
7. Jablonski KL, Chonchol M, Pierce GL, Walker AE, Seals DR. 25-Hydroxyvitamin D deficiency is associated with inflammation-linked vascular endothelial dysfunction in middle-aged and older adults. *Hypertension*. 2011;57(1):63-9.
8. Reddy Vanga S, Good M, Howard PA, Vacek JL. Role of vitamin D in cardiovascular health. *Am J Cardiol*. 2010;106(6):798-805.
9. Karakas M, Thorand B, Zierer A, Huth C, Meisinger C, Roden M, et al. Low levels of serum 25-hydroxyvitamin D are associated with increased risk of myocardial infarction, especially in women: results from the MONICA/KORA Augsburg case-cohort study. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(1):272-80.
10. Weber T, Lang I, Zweiker R, Horn S, Wenzel RR, Watschinger B, et al. Hypertension and coronary artery disease: epidemiology, physiology, effects of treatment, and recommendations : A joint scientific statement from the Austrian Society of Cardiology and the Austrian Society of Hypertension. *Wien Klin Wochenschr*. 2016;128(13-14):467-79.
11. Nguyễn Dũng, Nghiên cứu ứng dụng thử nghiệm Troponin I nhanh trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp. 2005, Trường Đại học Y Dược Huế: Luận văn thạc sĩ y học.
12. Safaie N, Rezaee H, Seif Dvati B, Entezari-Maleki T. Vitamin D Deficiency Predicts the ST Elevation Type of Myocardial Infarction in Patients with Acute Coronary Syndrome. *Iran J Pharm Res*. 2018;17(Suppl):73-78.