

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, VÀ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH CỦA BỆNH NHÂN ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Thanh Liêm¹, Bùi Mạnh Hà¹, Đỗ Văn Dũng¹, Lê Minh¹, Nguyễn Doãn Thái Hưng¹, Trương Hữu Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và tổn thương động mạch vành của bệnh nhân được can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD). Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa.

Đối tượng và phương pháp: Thiết kế nghiên cứu là hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhân được CTĐMVQD tại Khoa Can thiệp Tim mạch, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022.

Kết quả: Bệnh nhân CTĐMVQD có tuổi trung bình là $64,3 \pm 10,6$, và tỷ lệ nam giới là 76%. Bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC) chiếm đa số với 60%. Gần 90% bệnh nhân có đau thắt ngực điển hình và khó thở với phân loại NYHA I và II. Các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa thường gặp nhất là tăng huyết áp (THA), giới tính nam, tuổi nguy cơ, rối loạn lipid máu, và thừa cân. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về BMI giữa nhóm HCVC và hội chứng vành mạn (HCVM) ($p=0,0044$). Có mối liên quan giữa đặc điểm thừa cân và tình trạng bệnh mạch vành ($p=0,001$). NT-proBNP và phân suất tống máu thất trái (LVEF) trung vị của bệnh nhân là 731.4 (Khoảng tứ vị, KTV: 220,8-1655,8) pg/ml, và 60,6 (KTV: 53,4-67,0) %. Tổn thương ở thân chung (LM) có tỷ lệ thấp nhất (3%). Động mạch liên thất trước (LAD) là vị trí thường gặp nhất. Điểm Gensini trung bình là $31,6 \pm 24,87$. 88% tổn thương động mạch vành là những tổn thương có ý

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi: Bùi Mạnh Hà, drha175hospital@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/09/2024

Ngày phản biện: 21/09/2024

ngừa (TTYN). Tỷ lệ bệnh nhiều nhánh động mạch vành (BNN) là 54%. Có mối liên quan giữa giới tính và tình trạng mắc BNN ($p=0,014$).

Kết luận: Đa phần bệnh nhân tuổi trung niên trở lên, là nam giới, và mắc HCVC. Các triệu chứng chủ yếu là đau thắt ngực điển hình và khó thở NYHA I-II. Yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa phổ biến gồm THA, giới tính nam, tuổi nguy cơ, rối loạn lipid máu, và thừa cân. Hầu như không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm HCVC và HCVM về tỷ lệ mắc các yếu tố nguy cơ, ngoại trừ đặc điểm thừa cân. NT-proBNP và LVEF trung vị của bệnh nhân được CTĐMVQD là 731,4 (KTV: 220,8-1655,8) pg/ml, và 60.6 (KTV: 53,4-67,0) %. Tổn thương ở LM có tỷ lệ thấp nhất trong khi tổn thương LAD có tỷ lệ cao nhất. GS trung bình là $31,6 \pm 24,87$. Hầu hết tổn thương là tổn thương ý nghĩa. Hơn một nửa bệnh nhân mắc BNN. Tỷ lệ BNN ở nhóm nam giới cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ này ở nhóm nữ giới.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, can thiệp động mạch vành qua da.

CLINICAL, PARA-CLINICAL, AND CORONARY LESION CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERWENT PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN 175 MILITARY HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: To survey some clinical, para-clinical, and coronary artery lesion characteristics of patients undergoing percutaneous coronary intervention (PCI). To evaluate the relationship between coronary artery lesion characteristics and some atherosclerotic cardiovascular risk factors. *Subjects and methods:* The study design is retrospective, cross-sectional on 100 patients undergoing PCI at the Department of Cardiovascular Intervention, Military Hospital 175 from January 2022 to June 2022. *Results:* PCI patients had an average age of 64.3 ± 10.6 years, and the proportion of male was 76%. Patients with acute coronary syndrome (ACS) accounted for 60%. Nearly 90% of patients had typical angina, and breathlessness with NYHA I and II classification. The most common cardiovascular risk factors were hypertension (HTN), male sex, age at risk, dyslipidemia, and overweight. BMI was significantly different between the ACS group and chronic coronary syndrome (CCS) ($p=0.0044$). There was a significant association between overweight and the likelihood of having acute or chronic coronary syndrome ($p=0.001$). The median NT-proBNP and left ventricular ejection fraction (LVEF) of patients were 731.4 (interquartile range, IQR: 220.8-1655.8) pg/ml, and 60.6 (IQR: 53.4-67.0) %. Lesions in the left main trunk (LM) had the lowest rate (3%). Left anterior descending artery (LAD) was the

most common site. The mean Gensini score was 31.6 ± 24.87 . 88% of the coronary lesions were significant. The rate of multivessel disease (MVD) was 54%. There is a relationship between gender and the rate of MVD ($p=0.014$). Conclusion: Most patients were middle-aged or older, male, and had ACS. The main symptoms were typical angina and dyspnea with NYHA I-II. Common cardiovascular risk factors included hypertension, male sex, age at risk, dyslipidemia, and overweight. There was almost no statistically significant difference between the ACS and CCS groups in the rate of risk factors, except for overweight. The median NT-proBNP and LVEF of PCI patients were 731.4 (IQR: 220.8-1655.8) pg/ml, and 60.6 (IQR: 53.4-67.0) %. LM lesions had the lowest incidence while LAD lesions had the highest incidence. The mean Gensini score was 31.6 ± 24.87 . Most lesions were significant. More than half of the patients had MVD. The rate of MVD in the male group was statistically higher than that in the female group.

Keywords: clinical, para-clinical characteristics, percutaneous coronary intervention.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ước tính có đến 17,9 triệu người tử vong do các bệnh liên quan đến tim mạch vào năm 2019, chiếm 32% tổng số người chết trên thế giới [1]. Trong số này, 85% tử vong do bệnh động mạch vành và đột quỵ não [1]. Tuy nhiên, nhờ sự tiên bộ của công nghệ, chất lượng cuộc sống và tiên lượng của bệnh nhân tim mạch đã được cải thiện. Các kỹ thuật hiện đại như CTĐMVQD đã mang lại hi vọng mới cho những bệnh nhân này. Những bệnh nhân được điều trị bằng CTĐMVQD thường có nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng phức tạp, cần được chú ý trong quá trình can thiệp và chăm sóc sau can thiệp. Bệnh nhân CTĐMVQD hầu hết ở độ tuổi trung niên hoặc lão niên,

và gần hai phần ba là nam giới [2]. Đối tượng này cũng thường xuyên có các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa phổ biến bao gồm hút thuốc lá, thừa cân/béo phì, THA, đái tháo đường (ĐTĐ), và rối loạn lipid máu [3],[4],[5],[6],[7],[8],[9]. Trong đó THA là yếu tố phổ biến nhất.

Tại Bệnh viện Quân y 175, chưa có nghiên cứu nào đánh giá toàn diện đặc điểm của bệnh nhân CTĐMVQD, mặc dù dữ liệu về nhóm bệnh nhân này là cần thiết trong chẩn đoán và điều trị. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu: 1) *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và tổn thương động mạch vành của bệnh nhân được can thiệp động mạch vành qua da.* 2) *Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc bệnh mạch vành (HCVC hoặc HCVM), 18 tuổi trở lên, được CTĐMVQD tại Khoa Can thiệp Tim mạch, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có

2.2. Phương pháp

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu: 100 bệnh nhân CTĐMVQD

- Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện, theo trình tự thời gian nhập viện.

- Các bước nghiên cứu: Bệnh nhân được lập bệnh án nghiên cứu, thu thập số liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước CTĐMVQD, và đặc điểm tổn thương động mạch vành. Các biến số được thu thập dữ liệu gồm:

+ Tuổi, giới, chẩn đoán bệnh động mạch vành. Chẩn đoán HCVC (nhồi máu cơ tim ST chênh lên, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, và đau thắt ngực không ổn định) và HCVM, cũng như chỉ định CTĐMVQD dựa trên tài liệu chuyên

môn “Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành” do Bộ Y tế ban hành năm 2020.

+ Các đặc điểm lâm sàng trước CTĐVMQD (triệu chứng lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa)

+ Giá trị NT-proBNP và LVEF

+ Các đặc điểm tổn thương động mạch vành: được đánh giá dựa trên kết quả chụp động mạch vành số hóa xóa nền. Điểm Gensini của từng bệnh nhân sẽ được tính. Mức độ tổn thương động mạch vành được phân loại thành ba mức dựa trên điểm Gensini: mức độ tổn thương nhẹ (0-23 điểm), mức độ trung bình (24-54 điểm), mức độ nặng (>54 điểm).

Theo hướng dẫn năm 2021 về tái thông động mạch vành của Hiệp hội Tim Hoa Kỳ, Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ, một tổn thương mạch vành được coi là có ý nghĩa khi đường kính mạch máu bị hẹp ít nhất 50% đối với thân chung, hoặc hẹp ít nhất 70% ở các vị trí khác.

BNN được định nghĩa là hẹp lòng mạch ít nhất 70% ở ít nhất hai động mạch vành chính hoặc ở một động mạch vành chính kèm theo hẹp ít nhất 50% LM.

- Các số liệu được phân tích, xử lý bằng phần mềm thống kê Stata phiên bản 17.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi (năm): $64,3 \pm 10,6$			
Biến số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	76	76
	Nữ	24	24
Chẩn đoán	HCVC	60	60
	HCVM	40	40

Nhận xét: Bệnh nhân CTĐMVQD có tuổi trung bình là 64.3 ± 10.6 , và tỷ lệ nam giới là 76%. Bệnh nhân có chẩn đoán là HCVC chiếm đa số với 60%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

Biến số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau thắt ngực điển hình		88	88
NYHA	I	72	72
	II	18	18
	III	7	7
	IV	3	3
Rối loạn nhịp tim		13	13

Nhận xét: Hầu hết (88-90%) bệnh nhân có đau thắt ngực điển hình và khó thở NYHA I-II. 13% bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim trước CTĐMVQD.

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa

Biến số	Chung	HCVC	HCVM	p
Nam giới	76 (76%)	46 (77%)	30 (75%)	0,84
Tuổi nguy cơ	73 (73%)	44 (73,3%)	29 (72,5%)	0,93
Tiền sử gia đình	41 (41%)	22 (36,7%)	19 (47,5%)	0,28
Rối loạn lo âu/trầm cảm	13 (13%)	9 (15%)	4 (10%)	0,47
Hút thuốc	11 (11%)	7 (11,7%)	4 (10%)	0,80
THA	83 (83%)	50 (83,3%)	33 (82,5%)	0,91

Rối loạn lipid máu	61 (61%)	36 (60%)	25 (62,5%)	0,80
ĐTĐ	34 (34%)	24 (40%)	10 (25%)	0,12
BMI (kg/m ²)	23,19 ± 2,5	22,6 ± 2,5	23,2 ± 2,4	0,0044
Thừa cân	55(55%)	25 (42%)	30 (75%)	0,001

Nhận xét: Các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa thường gặp nhất là THA, giới tính nam, tuổi nguy cơ, rối loạn lipid máu, và thừa cân. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI của hai nhóm bệnh lý HCVC và HCVM (p=0,0044). Có mối liên quan giữa đặc điểm thừa cân và tình trạng bệnh mạch vành cấp hay mạn (p=0,001).

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng

Biến số	Trung vị	Khoảng tứ vị
NT-proBNP (pg/ml)	731,4	220,8-1655,8
LVEF %	60,6	53,4-67,0

Nhận xét: NT-proBNP và LVEF trung vị của bệnh nhân được CTĐMVQD là 731.4 pg/ml (220,8-1655,8), và 60,6% (53,4-67,0).

3.4. Đặc điểm tổn thương động mạch vành

Bảng 5: Đặc điểm tổn thương động mạch vành

Biến số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí tổn thương			
LM		3	1,4
LAD		89	41,0
LCx		46	21,2
RCA		79	36,4
Điểm Gensini trung bình 31,6 ± 24,87			
Mức độ tổn thương theo điểm Gensini	Nhẹ (0-23)	47	47%
	Trung bình (24-54)	36	36%
	Nặng (>54)	17	17%
Số TTYN		192	88,5%
BNN		54	54%

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Nhận xét: Tồn thương ở LM có tỷ lệ thấp nhất trong bốn vị trí (3%). LAD là vị trí có thường gặp nhất, kể đến là RCA, và LCx. Điểm Gensini trung bình là $31,6 \pm 24,87$. Trên 80% bệnh nhân có mức độ tổn thương động mạch vành từ nhẹ đến trung bình theo điểm Gensini. Gần 90% tổn thương động mạch vành là những TTYN. Tỷ lệ BNN chiếm 54%.

3.5. Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa

Bảng 6: Mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa

Đặc điểm	Nam	Nữ	p
Điểm Gensini	32,83±25,80	27,58±21,68	0,370
Số TTYN	2 (1-3)	1 (1-2,75)	0,173
BNN	85,5%	14,5%	0,014
	Tuổi nguy cơ	Không tuổi nguy cơ	p
Điểm Gensini	32,5±26,4	29,1±20,2	0,544
Số TTYN	2 (1-2)	2 (1-3)	0,271
BNN	69,1%	30,9%	0,330
	THA	Không THA	p
Điểm Gensini	32,83±25,80	27,58±21,68	0,370
Số TTYN	2 (1-3)	1 (1-2,5)	0,412
BNN	87,3%	12,7%	0,209
	ĐTĐ	Không ĐTĐ	p
Điểm Gensini	31,6±23,4	31,5±25,8	0,982
Số TTYN	2 (1-3)	1,5 (1-2)	0,0812
BNN	40%	60%	0,161
	Thừa cân	Không thừa cân	p
Điểm Gensini	27,3±22,4	36,8±26,9	0,056
Số TTYN	2 (1-2)	2 (1-3)	0,703
BNN	56,4%	53,3%	0,092

Nhận xét: Hầu như không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm tổn thương động mạch vành và một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa. Một ngoại lệ đó là tỷ lệ BNN có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính của bệnh nhân ($p=0,014$). Cụ thể là so với nữ giới, nam giới có khả năng cao hơn mắc BNN.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân CTĐMVQD có tuổi trung bình là $64,3 \pm 10,6$, và tỷ lệ nam giới là 76%. Kết quả nghiên cứu này nhất quán với nhiều báo cáo khác trên thế giới. Một tổng quan hệ thống trên 11518 bệnh nhân được CTĐMVQD cho thấy tuổi trung bình là $63,6 \pm 6,8$, với 76,1% nam giới [3]. Kết quả từ một nghiên cứu đoàn hệ cho thấy, hơn 5500 bệnh nhân có tuổi trung bình là $63,8 \pm 11,2$, 71,2% nam [5]. Tác giả Hoa T.T. Vu báo cáo kết quả tương tự [7]. Trong nghiên cứu của Souliyeth Laddavong và CS các bệnh nhân có tuổi trung bình là $76,58 \pm 6,24$ [9], lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ nam giới trong kết quả nghiên cứu của Phạm Huỳnh Minh Trí và CS là 50%, thấp hơn so với các nghiên cứu khác [8]. Cơ cấu bệnh mạch vành không nhất quán giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác. Trong khi tỷ lệ bệnh nhân mắc HCVC trong nghiên cứu của chúng tôi là 60%, tỷ lệ này ở các nghiên cứu khác dao động từ 35,7-54,4% [2],[4],[7],[9].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng lâm sàng: Có 88% bệnh nhân có triệu chứng đau thắt ngực điển hình trước CTĐMVQD. Tỷ lệ này không được đề cập đến trong các nghiên cứu. Ít bệnh nhân bị khó thở với phân độ NYHA III và IV (10%), cao hơn so

với nghiên cứu của Mehran R và CS (6%) [5].

- Các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa: Mặc dù có sự khác biệt về mức độ phổ biến, kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trên dân số người da trắng và Đông Nam Á [3],[4],[5],[7],[9], trong đó THA, giới tính nam và rối loạn lipid máu là ba yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch xơ vữa, tiền sử rối loạn lo âu hoặc trầm cảm, và tuổi nguy cơ từ lâu đã được biết đến là các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa [10],[11],[12]. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ này trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 41%, 73%, 13%. Dữ liệu về các yếu tố nguy cơ này không được đề cập đến trong các nghiên cứu [3],[4],[5],[7],[9]. BMI trung bình là $23,19 \pm 2,5$ kg/m², tương đương với kết quả từ một nghiên cứu tại Trung Quốc ($23,67 \pm 2,12$ kg/m²) [2] nhưng thấp hơn đáng kể khi so sánh với kết quả nghiên cứu tại Mỹ ($29,8 \pm 5,5$ kg/m²) [4]. Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt về chủng tộc của bệnh nhân trong các nghiên cứu. Trong khi dân số nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả tại Trung Quốc thuộc nhóm Châu Á, dân số nghiên cứu trong nghiên cứu tại Mỹ chủ yếu là người da trắng với nguy cơ thừa cân, béo phì cao hơn. Đáng chú ý, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy so với những bệnh nhân mắc HCVM, các bệnh nhân mắc HCVC có BMI thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,0044$). Có mối liên quan giữa đặc

điểm thừa cân và tình trạng bệnh mạch vành cấp hay mạn ($p=0,001$).

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng

NT-proBNP và LVEF trung vị lần lượt là 731,4 (KTV: 220,8-1655,8) pg/ml, 60,6 (KTV: 53,4-67,0) %. Dữ liệu về các đặc điểm này ít được báo cáo trong các nghiên cứu trên thế giới. Các nghiên cứu tại Trung Quốc và Việt Nam cho thấy LVEF trung bình là $67,71 \pm 7,63$ pg/ml và $59,4 \pm 14,7$ pg/ml [2],[7].

4.4. Đặc điểm tổn thương động mạch vành

Về cơ cấu vị trí tổn thương, kết quả của chúng tôi nhất quán với các báo cáo khác từ vùng Đông Á [2],[7],[9]. Tổn thương ở LM có tỷ lệ thấp nhất trong bốn vị trí (3%). LAD là vị trí có thường gặp nhất, kế đến là RCA, và LCx. Tuy nhiên nghiên cứu của Xiao-Qin Li cho thấy tỷ lệ các tổn thương lớn hơn đáng kể (LM 6,6%, LAD 80,8%, LCx 51,9%, và RCA 63,1%) so với kết quả của chúng tôi [2]. Đáng chú ý là tỷ lệ tổn thương LM khá cao ở nghiên cứu của Vu T.T. Hoa (11,9%) [7].

Chúng tôi ghi nhận điểm Gensini là $31,6 \pm 24,87$. Tỷ lệ mức độ tổn thương nhẹ, trung bình, nặng theo điểm Gensini lần lượt là 47%, 36%, và 17%. Tuy nhiên, các tỷ lệ này khá đồng đều trong kết quả nghiên cứu của Wang Yao (36,6%, 31,9%, 31,5%) [13], và của Kai-Yang Wang (32,5%, 34,5%, 33%) [14]. Khác biệt này có thể do tiêu chuẩn phân độ tổn thương động mạch vành

theo điểm Gensini của chúng tôi khác với tiêu chuẩn của các tác giả này.

Tỷ lệ BNN chiếm 54%. Tỷ lệ này mặc dù cao hơn đáng kể so với kết quả từ nghiên cứu của Roxana Mehran và CS (26,9%) [5], nhưng lại thấp hơn nhiều tỷ lệ trong báo cáo của Xiao-Qin Li (66,7%) [2].

4.5 Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm tổn thương động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa

Hầu như không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm tổn thương động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa gồm: giới tính, tuổi nguy cơ, THA, ĐTD, thừa cân. Tuy nhiên, so với nữ giới, nam giới có khả năng cao hơn mắc BNN ($p=0,014$). Mặc dù các yếu tố như giới tính nam, tuổi cao, tiền sử gia đình, THA, ĐTD, rối loạn lipid máu, thừa cân/béo phì từ lâu đã được biết đến là các yếu tố làm tăng khả năng các bệnh tim mạch xơ vữa (như bệnh động mạch vành, bệnh động mạch ngoại vi, hay đột quy não), chúng tôi không tìm thấy trong y văn các bài báo đánh giá sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ tim mạch về các đặc điểm tổn thương động mạch vành. Vì vậy, kết quả này từ nghiên cứu của chúng tôi đóng góp một thông tin có giá trị vào y văn thế giới.

5. KẾT LUẬN

Qua khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, và tổn thương động mạch vành ở 100 bệnh nhân được CTĐMVQD, chúng tôi nhận thấy:

- Bệnh nhân CTĐMVQD có tuổi trung bình là $64,3 \pm 10,6$. Bệnh nhân đa số là nam giới, và có bệnh lý mạch vành cấp. Hầu hết bệnh nhân có đau thắt ngực điển hình và khó thở NYHA I-II. Các yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa thường gặp nhất là THA, giới tính nam, tuổi nguy cơ, rối loạn lipid máu, và thừa cân. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa BMI của hai nhóm bệnh lý HCVC và HCVM. Có mối liên quan giữa đặc điểm thừa cân và tình trạng bệnh mạch vành cấp hay mạn. NT-proBNP và LVEF trung vị của Bệnh nhân được CTĐMVQD là 731,4 (KTV: 220,8-1655,8) pg/ml, và 60,6 (KTV: 53,4-67,0)

%. Tồn thương ở LM có tỷ lệ thấp nhất trong bốn vị trí. LAD là vị trí có thường gặp nhất. Điểm Gensini trung bình là $31,6 \pm 24,87$. Hầu hết tồn thương động mạch vành là những tồn thương có ý nghĩa. Tỷ lệ BNN chiếm 54%.

- Hầu như không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các đặc điểm tồn thương động mạch vành và một số yếu tố nguy cơ tim mạch xơ vữa. Một ngoại lệ đó là tỷ lệ BNN có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). (Updated 11 June 2021). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. Li XQ, Yin C, Li XL et al (2021). Comparison of the prognostic value of SYNTAX score and clinical SYNTAX score on outcomes of Chinese patients underwent percutaneous coronary intervention. *BMC Cardiovascular Disorders*, 21(1),334.
3. Head SJ, Milojevic M, Daemen J et al (2018) Mortality after coronary artery bypass grafting versus percutaneous coronary intervention with stenting for coronary artery disease: a pooled analysis of individual patient data. *The Lancet Journal*, 391(10124), 939-948.
4. Collison D, Copt S, Mizukami T et al (2023) Angina After Percutaneous Coronary Intervention: Patient and Procedural Predictors. *Circulation Cardiovascular Interventions*, 16(4):e012511.
5. Mehran R, Aymong ED, Nikolsky E et al (2004). A simple risk score for prediction of contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary intervention: Development and initial validation. *Interventional cardiology*, 44(7), 1393-1399.
6. Brennan JM, Peterson ED, Messenger JC et al (2012). Linking the National

Cardiovascular Data Registry CathPCI Registry With Medicare Claims Data. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5(1), 134-140.

7. Vu HTT, Pham HM, Nguyen HTT et al (2020). Novel insights into clinical characteristics and in-hospital outcomes of patients undergoing percutaneous coronary intervention in Vietnam. *Int J Cardiol Heart Vasc*, 31, 100626.

8. Phạm Huỳnh Minh Trí, Lý Thanh Đồng, Lê Phước Luyện và cộng sự (2019). Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. *Hội Nghị Khoa Học Công Nghệ Năm 2019*.

9. Souliyeth Laddavong, Phonpaserth Suvannlath, Somboun Xayakham (2022). Đánh giá kết quả bước đầu chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Trung ương 103 Quân đội Nhân dân Lào. *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*. (2022).

10. Ibanez B, James S, Agewall S et al. (2018). 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 39(2),119-177.

11. Juhani K, William W, Antti S et al. (2020). 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*, 41(3), 407-477.

12. Bộ Y Tế (2020). Quyết định số 5332/QĐ-BYT Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành.

13. Wang Y, Lv Q, Li Y, Chen S et al. Gensini score values for predicting periprocedural myocardial infarction: An observational study analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2022 Jul 22;101(29):e29491

14. Wang KY, Zheng YY, Wu TT et al. Predictive Value of Gensini Score in the Long-Term Outcomes of Patients With Coronary Artery Disease Who Underwent PCI. *Front Cardiovasc Med*. 2022 Jan 24;8:778615.