

DỰ BÁO NGUY CƠ TIM MẠCH 10 NĂM BẰNG THANG ĐIỂM SCORE2 VÀ SCORE2-OP TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Hoàng Anh Tiến¹, Trần Thanh Toàn², Đoàn Chí Thắng³

¹Bộ môn Nội, Trường Đại Học Y Dược Huế, Đại học Huế.

²Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Hữu nghị Cu Ba - Đồng Hới

³Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện trung ương Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nguy cơ bệnh tim mạch bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP trên bệnh nhân tăng huyết áp theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu 2021 và đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tăng huyết áp với phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 141 bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 - 89 tuổi được chẩn đoán tăng huyết áp đến khám chữa bệnh tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 02/2022 đến tháng 05/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu $67,9 \pm 10,9$ tuổi. Điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP có trung vị là 15,0. Nhóm nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,5% sau đó lần lượt là nhóm nguy cơ cao và thấp - trung bình với tỷ lệ tương ứng là 22,0% và 13,5%. Tỷ lệ nguy cơ tim mạch rất cao ở nam giới (80,4%) cao hơn có ý nghĩa so với nữ giới (50,6%), $p < 0,05$. Tương tự, tỷ lệ này ở nhóm hút thuốc lá (84,4%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không hút thuốc lá (58,7%), và nhóm giảm HDL-C (83,3%) cao hơn so với nhóm không giảm HDL-C (59,5%), $p < 0,05$. Nguy cơ tim mạch ở hai nhóm tuổi 50 - 69 và ≥ 70 hầu hết nằm ở nhóm rất cao và cao (lần lượt là 79,1% và 100%). Trong khi đó nguy cơ tim mạch chủ yếu ở nhóm < 50 tuổi là nguy cơ thấp - trung bình (55,6%). Sự khác biệt về phân tầng nguy cơ tim mạch theo các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Kết luận: Bệnh nhân tăng huyết áp có mức phân tầng nguy cơ tim mạch rất cao theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP chiếm đa số. Nhóm bệnh nhân nam giới, tuổi > 50 , hút thuốc lá, giảm HDL - C có nguy cơ tim mạch cao hơn.

Từ khóa: Bệnh tim mạch, tăng huyết áp, các yếu tố nguy cơ tim mạch, thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP.

ABSTRACT

PREDICTING 10 - YEAR CARDIOVASCULAR RISK USING SCORE2 AND SCORE2-OP SCALE IN HYPERTENSION PATIENTS

Hoang Anh Tien¹, Tran Thanh Toan², Doan Chi Thang³

Objective: To survey the risk of cardiovascular disease using the SCORE2 and SCORE2-OP scores in hypertensive patients according to the recommendations of the European Society of Cardiology 2021 and evaluate the relationship between some risk factors in patients. hypertension with cardiovascular risk stratification according to the SCORE2 and SCORE2-OP scales.

Methods: Cross - sectional descriptive study on 141 patients aged 40 - 89 years old diagnosed with hypertension who treated at the Department of Cardiology - Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy during the period from January February 2022 to May 2023.

Ngày nhận bài: 05/01/2024. Ngày chỉnh sửa: 01/5/2024. Chấp thuận đăng: 11/03/2024

Tác giả liên hệ: Đoàn Chí Thắng. Email: thangdoanchi1981@gmail.com. ĐT: 0905469595

Dự báo nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP...

Results: The average age of the study sample was 67.9 ± 10.9 years old. The estimated cardiovascular risk score according to the SCORE2 and SCORE2-OP scales has a median of 15.0%. The very high cardiovascular risk group accounts for the highest proportion with 64.5%, followed by the high and low - moderate risk groups with 22.0% and 13.5%, respectively. The rate of very high cardiovascular risk in men (80.4%) was significantly higher than in women (50.6%), $p < 0.05$. Similarly, this rate in the smoking group (84.4%) was significantly higher than the non - smoking group (58.7%), and the group with HDL-C reduction (83.3%) was higher than the group without HDL-C reduction (59.5%), $p < 0.05$. Cardiovascular risk in the age groups 50 - 69 and ≥ 70 was mostly in the very high and high groups (79.1% and 100% respectively). Meanwhile, the main cardiovascular risk in the group < 50 years old was low - moderate risk (55.6%). The difference in cardiovascular risk stratification according to age groups is statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Hypertensive patients with very high cardiovascular risk stratification according to the SCORE2 and SCORE2-OP scales are the majority. The group of male patients, age > 50 , smokers, and reduced HDL-C have a higher cardiovascular risk.

Keywords: Cardiovascular disease, hypertension, cardiovascular risk factors, SCORE2 and SCORE2-OP scores.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo báo cáo mới từ Liên đoàn Tim mạch thế giới, số ca tử vong do bệnh tim mạch trên toàn cầu đã tăng vọt từ 12,1 triệu ca vào năm 1990 lên 20,5 triệu ca vào năm 2021, chiếm khoảng một phần ba tổng số ca tử vong toàn cầu [1]. Trong đó, tăng huyết áp được biết đến là một yếu tố nguy cơ phổ biến dẫn tới các biến cố tim mạch, là gánh nặng bệnh tật lớn ở nhiều quốc gia. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rằng các bệnh lý tim mạch, mà đặc biệt do nguyên nhân xơ vữa động mạch bao gồm bệnh mạch máu não, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu ngoại biên... đang là những nguyên nhân hàng đầu dẫn tới tử vong và tàn tật, trong đó tăng huyết áp được biết tới là một yếu tố nguy cơ tim mạch chính, làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành lên gấp 3 lần và tăng theo cấp số nhân nếu kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác [1, 2]. Tuy vậy tăng huyết áp cũng là một bệnh lý dễ được sàng lọc và chẩn đoán trong cộng đồng, khi điều trị tốt sẽ giúp làm giảm đáng kể các nguy cơ và biến cố tim mạch liên quan. Do đó khi xây dựng các công cụ dự báo nguy cơ tim mạch, việc đánh giá và kiểm soát tăng huyết áp là một trong những yếu tố quan trọng nhất, giúp xây dựng kế hoạch dự phòng và điều trị hợp lý cho từng bệnh nhân. Gần đây tại Hội nghị Tim mạch châu Âu 2021 đã khuyến nghị sử dụng hệ thống đánh giá mới, bao gồm thang điểm SCORE2 cho người từ 40 - 69 tuổi và SCORE2-OP cho người từ 70 tuổi trở lên [3]. Tại Việt Nam, khuyến cáo “Dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng” của Hội Tim mạch Việt Nam (2022) cũng khuyến nghị

sử dụng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP dành cho nhóm nước có nguy cơ tim mạch cao để ước đoán và phân tầng nguy cơ tim mạch [4]. Vì vậy, nhằm cung cấp thông tin áp dụng các khuyến cáo mới về dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: Khảo sát nguy cơ bệnh tim mạch bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP trên bệnh nhân tăng huyết áp và đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tăng huyết áp với phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 141 bệnh nhân trong độ tuổi từ 40 - 89 tuổi được chẩn đoán xác định tăng huyết áp đến khám chữa bệnh tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế trong thời gian từ tháng 02/2022 đến tháng 05/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp nguyên phát hoặc bệnh nhân chưa có tiền sử tăng huyết áp nhưng vào viện được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát theo tiêu chuẩn của Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam - Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam 2022 khi huyết áp tối đa ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tối thiểu ≥ 90 mmHg

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nằm trong nhóm không khuyến cáo sử dụng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP để đánh giá nguy cơ tim mạch theo hướng dẫn của Hội Tim mạch Châu Âu 2021 [3]:

Dự báo nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP...

Đã được chẩn đoán hoặc có giấy tờ ghi nhận mắc các bệnh lý tim mạch do xơ vữa: Nhồi máu cơ tim cấp, hội chứng vành cấp, tái thông mạch vành hay các thủ thuật tái thông động mạch khác, tai biến mạch máu não, phình động mạch chủ, bệnh động mạch ngoại biên. Tiền sử tăng Lipid máu nặng có tính chất gia đình (di truyền). Tiền sử hoặc đang mắc bệnh lý đái tháo đường type 2 hoặc đái tháo đường type 1 trên 40 tuổi. Bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lý thận mạn giai đoạn 3 trở lên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện.

Bệnh nhân được thăm khám, thu thập thông tin theo phiếu điều tra, lấy máu xét nghiệm. Tính

toán thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP bằng công cụ trực tuyến do ESC cung cấp là phần mềm “ESC CVD risk calculation” trên Smartphone [3]. Sau khi thu thập biến số nghiên cứu trong phiếu câu hỏi nghiên cứu, nhập các biến số này vào công cụ tính toán nguy cơ tim mạch được cung cấp, ta thu được điểm nguy cơ tim mạch 10 năm của đối tượng. Điểm nguy cơ tim mạch 10 năm của đối tượng là a% có nghĩa là xác suất ước đoán xảy ra biến cố tim mạch trong 10 năm của đối tượng này là a%, từ đó phân tầng nguy cơ tim mạch dựa vào ước tính từ thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP (bảng 1).

Xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft office Excel 2019 và SPSS 26.0.

Bảng 1: Phân tầng nguy cơ bệnh tim mạch dựa vào kết quả ước tính từ thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP theo các nhóm tuổi [3].

	< 50 tuổi	50 - 69 tuổi	≥ 70 tuổi
Nguy cơ thấp - trung bình	< 2,5%	< 5%	< 7,5%
Nguy cơ cao	2,5 - < 7,5%	5 - < 10%	7,5 - < 15%
Nguy cơ rất cao	≥ 7,5%	≥ 10%	≥ 15%

III. KẾT QUẢ

Bảng 2: Ước tính và phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP

Thông số	Ước tính nguy cơ theo SCORE2 và SCORE2-OP	
± SD	18,1 ± 12,6	
Giá trị tối thiểu - tối đa	1,0 - 54,0	
Trung vị	15,0	
Phân tầng nguy cơ tim mạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thấp - Trung bình	19	13,5
Cao	31	22,0
Rất cao	91	64,5
Tổng	141	100,0

Điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP tối thiểu là 1,0%, tối đa là 54,0% với mức trung vị là 15,0. Nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ lớn nhất sau đó đến nhóm nguy cơ cao và thấp - trung bình với tỷ lệ lần lượt là 64,5%, 22,0% và 13,5% (bảng 2).

Dự báo nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP...

Bảng 3: Liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch với giới và tuổi.

Nguy cơ bệnh tim mạch	Giới		Tuổi		
	Nam	Nữ	< 50	50 - 69	≥ 70
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Thấp - Trung bình	1 (2,0)	18 (20,0)	5 (55,6)	14 (20,9)	0 (0)
Cao	9 (17,6)	22 (24,4)	2 (22,2)	19 (28,4)	10 (15,4)
Rất cao	41 (80,4)	50 (55,6)	2 (22,2)	34 (50,7)	55 (84,6)
P	< 0,05		< 0,05		

Nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nam và nữ lần lượt là 80,4% và 55,6%. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm nguy cơ từ thấp đến cao giữa nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguy cơ tim mạch ở hai nhóm tuổi 50 - 69 và ≥ 70 hầu hết nằm ở nhóm rất cao và cao (lần lượt là 79,1% và 100%). Trong khi đó nguy cơ tim mạch chủ yếu ở nhóm < 50 tuổi là nguy cơ thấp - trung bình (55,6%). Sự khác biệt về phân tầng nguy cơ tim mạch theo các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 3).

Bảng 4: Liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch và hút thuốc lá

Nguy cơ bệnh tim mạch	Hút thuốc lá			p
	Có	Không	Tổng	
	n (%)	n (%)	n (%)	
Thấp - Trung bình	1 (3,1)	18 (16,5)	19 (13,5)	< 0,05
Cao	4 (12,5)	27 (24,8)	31 (22,0)	
Rất cao	27 (84,4)	64 (58,7)	91 (64,5)	
Tổng	32 (100,0)	109 (100,0)	141 (100,0)	

Ở BN có hút thuốc lá, có 84,4% có nguy cơ tim mạch rất cao, 12,5% có nguy cơ cao và 3,1% có nguy cơ thấp - trung bình. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm nguy cơ từ thấp đến cao giữa hút thuốc lá và không hút thuốc lá có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (bảng 5).

Bảng 5: Liên quan giữa phân tầng nguy cơ tim mạch và HDL - C

Nguy cơ bệnh tim mạch	Tăng cholesterol toàn phần		Giảm HDL - C		Tăng non HDL - C	
	Có	Không				
	n (%)	n (%)				
Thấp - Trung bình	11 (15,9)	8 (11,1)	3 (10,0)	16 (14,4)	13 (14,8)	6 (14,4)
Cao	16 (23,2)	15 (20,8)	2 (6,7)	29 (26,1)	18 (20,5)	13 (26,1)
Rất cao	42 (60,9)	49 (68,1)	25 (83,3)	66 (59,5)	57 (64,7)	64,2 (59,5)
p						

Nguy cơ tim mạch được phân tầng ở nhóm rất cao theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm bệnh nhân có tăng cholesterol toàn phần và không tăng cholesterol toàn phần. So sánh tỷ lệ giữa các nhóm nguy cơ từ thấp đến cao giữa 2 nhóm tăng và không tăng cholesterol toàn phần không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Ở nhóm BN giảm HDL - C, phân tầng nguy

cơ tim mạch rất cao theo SCORE2 và SCORE2-OP chiếm tỷ lệ 83,3% trong khi đó nguy cơ cao chỉ chiếm 6,7% và thấp - trung bình là 10,0%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ phân tầng nguy cơ tim mạch giữa nhóm giảm HDL - C và không giảm HDL - C với $p < 0,05$. Nguy cơ tim mạch được phân tầng ở nhóm nguy cơ rất cao theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP ở nhóm có tăng non HDL - C cao hơn nhóm không tăng non HDL - C (64,7% so với 59,5%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP dao động nhiều khi điểm thấp nhất là 1% và cao nhất là 54%, trung vị là 15,0%. Khi phân tầng nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP thì nhóm có nguy cơ rất cao có tỷ lệ cao nhất với 64,5% sau đó giảm dần ở nhóm nguy cơ cao chiếm tỷ lệ 22,0%, nguy cơ thấp - trung bình là 13,2%. Nghiên cứu Orsolya Csenter (2022) về sự khác biệt trong đánh giá nguy cơ tim mạch trong thực hành lâm sàng bằng SCORE và SCORE2 ở nhóm BN từ 50 - 65 tuổi thì nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 ở nhóm nguy cơ cao chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,4%, nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ 17,6%, nhóm nguy cơ thấp - trung bình chiếm tỷ lệ 38,9% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có nguy cơ tim mạch rất cao theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP chiếm tỷ lệ cao hơn vì chúng tôi đánh giá nguy cơ trên nhóm đối tượng khác từ 40 - 89 tuổi, trong đó có đến 57,4% trường hợp > 65 tuổi, hầu hết các đối tượng này có nguy cơ tim mạch rất cao nên tỷ lệ nguy cơ tim mạch rất cao trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Bệnh nhân ở nhóm cơ cao và rất cao ở nam có tỷ lệ cao hơn nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nam giới, nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng tuyến tính theo thời gian và quá trình xơ vữa động mạch không ngừng phát triển. Ngược lại, do estrogen có tác dụng có lợi cho hệ tim mạch nên phụ nữ trong độ tuổi sinh sản có thể được bảo vệ khỏi chứng xơ vữa động mạch. Nguy cơ theo độ tuổi thấp hơn ở phụ nữ trước thời kỳ mãn kinh. Tuy nhiên sau thời kỳ mãn kinh, cùng với việc suy giảm estrogen tỷ lệ đột quỵ

ở phụ nữ mãn kinh tăng lên đáng kể và tỷ lệ tăng huyết áp ở phụ nữ trên 75 tuổi cũng cao hơn nam giới [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng có sự khác biệt về phân tầng nguy cơ tim mạch theo các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tuổi càng cao nguy cơ tim mạch càng cao. Nhóm BN < 50 tuổi chủ yếu nằm thuộc phân nhóm nguy cơ thấp - trung bình (55,6%). Trong khi đó nguy cơ tim mạch chủ yếu ở độ tuổi từ 50 - 69 tuổi và ≥ 70 tuổi là nguy cơ rất cao (lần lượt chiếm 50,7% và 84,6%). Nguy cơ tim mạch ở nhóm hút thuốc lá cao hơn so với không hút thuốc lá, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hầu hết bệnh nhân trong nhóm có hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi thuộc nhóm nguy cơ cao và rất cao. Nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Truyền cho thấy có hút thuốc lá có liên quan đến phân tầng nguy cơ tim mạch [7]. Rối loạn lipid máu là một trong những vấn đề cần quan tâm hàng đầu và là một trong những yếu tố để phân tầng nguy cơ trong thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân giảm HDL - C có mức nguy cơ tim mạch rất cao lại chiếm đến 83,3%, nhóm nguy cơ cao và thấp - trung bình lần lượt chiếm tỷ lệ là 6,7% và 10,0% và sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm nguy cơ khi so sánh giữa nhóm có giảm HDL - C và không giảm HDL - C có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, tăng Cholesterol toàn phần cũng là rối loạn lipid phổ biến trong nghiên cứu của chúng tôi. Cả nhóm tăng Cholesterol toàn phần hay không tăng Cholesterol toàn phần thì tỷ lệ nguy cơ tim mạch cao và rất cao chiếm phần lớn lần lượt là 89,2% và 84,2%. Hiện nay, khuyến cáo của ESC/EAS về quản lý rối loạn lipid máu cũng khẳng định rằng tăng cholesterol toàn phần, LDL - C nhận được nhiều sự chú ý nhất, đặc biệt vì nó có thể được điều chỉnh bằng cách thay đổi lối sống và sử dụng thuốc. Bên cạnh việc tăng Cholesterol toàn phần và LDL - C, rối loạn các thành phần khác của lipid máu, dường như có xu hướng dẫn đến bệnh nhân sớm mắc bệnh tim mạch được gọi là bộ ba lipid gây xơ vữa gồm tăng VLDL cholesterol, tăng TG và tăng LDL - C kèm giảm HDL - C [8]. Vì vậy, non HDL - C được khuyến cáo hiện nay có thể cung cấp ước tính rủi ro tốt hơn so với LDL - C, đặc biệt ở BN THA kết hợp với ĐTĐ hoặc bệnh thận mạn. Trong nghiên cứu của

Dự báo nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP...

chúng tôi, mặc dù tỷ lệ nguy cơ tim mạch rất cao ở nhóm BN tăng non HDL - C cao hơn nhóm không tăng non HDL - C, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Có lẽ vì cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, ngoài ra độ tuổi trung bình khá cao và đây là yếu tố ảnh hưởng rất nhiều đến nguy cơ tim mạch trong nghiên cứu của chúng tôi do đó chưa thấy rõ được sự khác biệt về nguy cơ tim mạch ở hai nhóm này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá nguy cơ tim mạch theo SCORE2 và SCORE2-OP được tiến hành trên bệnh nhân tăng huyết áp thấy rằng nhóm nguy cơ rất cao và cao chiếm phần lớn. Nam giới, tuổi cao, giảm HDL - C, hút thuốc lá là những yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch ước đoán theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP trên bệnh nhân tăng huyết áp có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mariachiara DC, Honor B, Thomas G, World Heart Report 2023: Confronting the World's Number One Killer. 2023, Geneva, Switzerland: World Heart Federation (WHF).
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, a. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004;364(9438):937-952.
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-3337.
4. Hội Tim mạch học Việt Nam. Khuyến cáo về dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng. 2022.
5. Csenteri O, Jancsó Z, Szöllösi GJ, Andréka P. Differences of cardiovascular risk assessment in clinical practice using SCORE and SCORE2. Open Heart. 2022;9(1):e002087.
6. Zujie G, Zengsheng C, Anqiang S. Gender differences in cardiovascular disease. Medicine in Novel Technology and Devices. 2019;4(2):100025.
7. Trần Thanh Truyền. Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người ≥ 40 tuổi đến khám bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Thuận, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y Dược, Đại học Huế. 2018.
8. Mach F, Baigent C, Catapano AL. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111-188.