

ĐÁNH GIÁ THANG ĐIỂM RISK-PCI TRONG DỰ BÁO BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH (MACE) Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Hồ Anh Bình¹, Lê Văn Duy¹, Trần Quốc Bảo¹

¹Khoa Cấp cứu Tim mạch Can thiệp - Bệnh Viện Trung Ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý động mạch vành đặc biệt là hội chứng động mạch vành cấp tính vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Can thiệp ĐMV qua da ra đời là phương pháp điều trị hiện đại, được xem xét ưu tiên để tái thông động mạch vành giúp cải thiện đáng kể biến cố tử vong cho hội chứng mạch vành cấp. Thang điểm RISK-PCI là một thang điểm mới, dễ sử dụng và bao gồm nhiều yếu tố lâm sàng, thông số can thiệp có thể dự báo biến cố tim mạch chính và tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp sau can thiệp động mạch vành qua da. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với 2 mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da và Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính trong 12 tháng sau can thiệp ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

Đối tượng, phương pháp: Mô tả cắt ngang có theo dõi dọc ở 337 bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da tại khoa Cấp cứu Tim mạch Can thiệp - bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 1/2021 - 12/2021 và theo dõi sau can thiệp 12 tháng.

Kết quả: Tuổi trung bình $68,19 \pm 10,73$, tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 2/1. NMCT có ST chênh lên chiếm đa số với 56,4%, NMCT không ST chênh lên và ĐTNKÔĐ chiếm 27,3% và 16,3%. Tỉ lệ biến cố tim mạch chính (MACE) trong vòng 12 tháng sau can thiệp là 3,6%. Diện tích dưới đường cong (AUC) của RISK PCI tiên đoán tử vong do mọi nguyên nhân trong HCMVC là 0,928, điểm cắt là 5,25, độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 75,1%. Đường biểu diễn Kaplan - Meier cho thấy khả năng sống còn tách biệt sớm và duy trì trong suốt 12 tháng theo dõi giữa phân độ nguy cơ rất cao và các phân độ khác của thang điểm RISK-PCI ($p < 0,0001$).

Kết luận: Sử dụng thang điểm RISK PCI để dự báo biến cố MACE sau 12 tháng theo dõi ở bệnh nhân HCVC được PCI có giá trị rất tốt ($AUC = 0,928$, 95% CI 0,878 - 0,978, $p < 0,001$). Những bệnh nhân có phân độ nguy cơ cao và rất cao là đối tượng có tiên lượng xấu, cần được lên kế hoạch điều trị nội khoa và phục hồi chức năng tối ưu, theo dõi sát và nên xem xét việc tái thông hoàn toàn trước khi xuất viện.

Từ Khóa: Hội chứng vành cấp, biến cố tim mạch chính, can thiệp động mạch vành qua da, thang điểm RISK-PCI.

ABSTRACT

RISK-PCI SCORE ASSESSMENT IN PREDICTION OF MAJOR ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS (MACE) PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Ho Anh Binh¹, Le Van Duy¹, Tran Quoc Bao¹

Ngày nhận bài:

01/6/2023

Ngày chỉnh sửa:

05/7/2023

Chấp thuận đăng:

10/7/2023

Tác giả liên hệ:

Lê Văn Duy

Email:

lvnduy@gmail.com

SĐT: 0356250691

Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

Introduction: Acute coronary syndrome (ACS) is still the leading cause of mortality worldwide. Percutaneous coronary intervention (PCI) was appeared as a modern treatment method, considered as a priority for coronary artery revascularization, which significantly improved mortality in patients with acute coronary syndrome. The RISK-PCI score is a new, easy - to - use and includes many clinical factors and intervention parameters that can predict Major Adverse Cardiovascular Events (MACE) and mortality in patients with acute coronary syndromes after percutaneous coronary intervention. Therefore, we carried out this study with two objectives: To figure out the clinical and subclinical characteristics of patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention and to evaluate the RISK-PCI score in predicting Major Adverse Cardiovascular Events in 12 months post - intervention in patients with acute coronary syndrome.

Methods: Cross - sectional descriptive and prospective study in 337 acute coronary syndrome patients who received percutaneous coronary intervention at the Department of Emergency - Interventional Cardiology - Hue Central Hospital since January 2021 - December 2021 and follow - up 12 months after the intervention.

Results: The mean age was 68.19 ± 10.73 , and the male/female ratio was approximately 2/1. ST - elevation Myocardial Infarction accounted for the majority with 56.4%, Non - ST - Elevation Myocardial Infarction and Unstable Angina made up 27.3% and 16.3%, respectively. The rate of MACE within 12 months after intervention was 3.6%. The Area under the curve (AUC) of the RISK PCI predicting all-cause mortality in ACS was 0.928, the cut - off point was 5.25, with the sensitivity of 100%, and the specificity of 75.1%. The Kaplan - Meier plot showed early and sustained survival separated during 12 months of follow-up between the very high - risk and other RISK-PCI scores ($p < 0.0001$).

Conclusion: The RISK-PCI score in predicting MACE events after 12 months of follow - up in ACS patients undergoing PCI had a good value (AUC = 0.928, 95% CI 0.878 - 0.978, $p < 0.001$). High - and very - high - risk patients who had a poor prognosis and required optimal medical and rehabilitation treatment, close follow - up, and complete revascularization should be considered prior to being discharged from the hospital.

Key words: Acute coronary syndrome, Major Adverse Cardiovascular Event, Percutaneous coronary intervention, RISK-PCI score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo tổ chức Y Tế Thế giới, bệnh lý động mạch vành (ĐMV) đặc biệt là hội chứng vành cấp (HCVC) vẫn là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên toàn cầu. Năm 2016, ước tính Việt Nam có 31% trường hợp tử vong là do bệnh tim mạch, trong đó, hơn nửa là do bệnh mạch vành [1].

Hội chứng vành cấp bao gồm nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (NMCT ST chênh lên), Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NMCT không ST chênh lên) và đau thắt ngực không ổn định [2]. Nhờ có

những tiến bộ vượt bậc trong điều trị những năm gần đây như thuốc tiêu huyết khối, các thuốc điều trị nội khoa. Đặc biệt can thiệp ĐMV qua da (PCI) ra đời là phương pháp điều trị hiện đại, được xem xét ưu tiên để tái thông động mạch vành giúp cải thiện đáng kể biến cố tử vong cho hội chứng mạch vành cấp [3, 4]. Mặc dù vậy, HCVC vẫn là bệnh nặng, diễn biến phức tạp, có nhiều biến chứng nguy hiểm tỷ lệ tử vong cao. Bệnh nhân sống sót sau HCVC vẫn có nguy cơ cao xuất hiện các biến cố tim mạch chính như tử vong, NMCT và đột quỵ không tử

Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

vong trong 1 năm. Gánh nặng về bệnh suất và kinh tế xã hội của loại bệnh này vẫn tiếp tục là vấn đề lớn trong vài thập kỷ tiếp theo.

Phân tầng nguy cơ sớm để có chiến lược can thiệp động mạch vành sớm, có biện pháp điều trị phối hợp tối ưu và tiên lượng bệnh. Những bệnh nhân nguy cơ cao thường có xảy ra các biến cố tim mạch và cần phải được điều trị thuốc tích cực, can thiệp sớm, và theo dõi thích hợp, qua đó góp phần quan trọng cải thiện tiên lượng của bệnh nhân HCVC. Hiện nay, có nhiều thang điểm giúp cho các bác sĩ lâm sàng có thể xác định tốt hơn các bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó có thể cá thể hóa điều trị bệnh nhân hội chứng vành cấp được tốt hơn. Các thang điểm trước đây tập trung nhiều vào tiền sử bệnh lý và yếu tố cận lâm sàng cho thấy áp dụng khá khó khăn. Vì vậy cần có một thang điểm mới, dễ sử dụng và bao gồm nhiều yếu tố lâm sàng, thông số can thiệp để dự báo biến cố tim mạch chính và tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp sau can thiệp động mạch vành qua da. Ngoài ra, thang điểm này còn có thể dự báo huyết khối trong stent sớm hoặc muộn sau can thiệp [5,6].

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu sau: (1) Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da. (2) Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính trong 12 tháng sau can thiệp ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân chẩn đoán HCVC được điều trị can thiệp ĐMV qua da nhập viện và điều trị tại khoa trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không có chỉ định can thiệp động mạch vành hoặc can thiệp thất bại như không đưa được dây dẫn, bóng, giá đỡ qua tổn thương. Bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng có tiên lượng sống ngắn như: xơ gan, ung thư, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhóm C-D, suy tim mạn giai đoạn D. Hoặc các tình trạng khác ảnh hưởng điều trị nội khoa tối ưu như: Chảy máu nội tạng đang hoạt động hoặc gần đây không dung nạp hoặc dị ứng với aspirin hoặc clopidogrel, tiền sử quá mẫn với chất cản quang có i-ốt.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang có theo dõi dọc trong vòng 12 tháng.

2.4. Thu thập dữ liệu

Bệnh nhân được tiến hành thu thập các đặc điểm nhân trắc, yếu tố nguy cơ, tiền sử, khám lâm sàng và cận lâm sàng. Bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da, đánh giá thang điểm RISK PCI, sau đó được điều trị theo các hướng dẫn hiện hành. Theo dõi các biến cố tim mạch chính (tử vong, tái nhồi máu cơ tim, tai biến mạch não) tính đến thời điểm 12 tháng sau khi ra viện.

2.5. Định nghĩa biến cố tim mạch chính

Tử vong do mọi nguyên nhân bao gồm: tử vong trong bệnh viện (tử vong xảy ra trong thời gian nằm viện, hoặc những bệnh nhân nặng xin về) và tử vong trong vòng 12 tháng (tử vong từ lúc ra viện đến 12 tháng sau đó). Nhồi máu cơ tim tái phát không tử vong quá trình theo dõi: xác định bằng hiện diện của: (a) đau thắt ngực tái phát kéo dài hơn 20 phút; (b) đoạn ST chênh tái diễn, sóng T đảo ngược, hoặc sóng Q bệnh lý mới trong ít nhất hai chuyển đạo liên tiếp; và (c) tăng troponin tim so với giá trị tham chiếu trên. Đột quỵ não không tử vong được xác định: có triệu chứng thần kinh khu trú (yếu hoặc liệt, mất cảm giác $\frac{1}{2}$ người, chóng mặt kiểu trung ương... mới xuất hiện sau HCVC) kéo dài hơn 24 giờ. Dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não để phân loại là nhồi máu não hay xuất huyết não [5, 6].

2.6. Định nghĩa thang điểm RISK PCI

Gồm tổng điểm 12 yếu tố nguy cơ độc lập, có điểm từ 0 - 20 điểm. Phân loại nguy cơ dựa vào khả năng xảy ra MACE: nguy cơ thấp (0 - 2,5 điểm), trung bình (3 - 4,5 điểm), cao (5 - 6,5 điểm) và rất cao (≥ 7 điểm) [6].

Bảng 1: Thang điểm RISK PCI

	Điểm	Khả năng xảy ra MACE (%)
Nguy cơ thấp	0 - 2.5	0.7 - 3.5
Nguy cơ trung bình	3 - 4.5	5.0 - 8.8
Nguy cơ cao	5 - 6,5	10.7 - 18.2
Nguy cơ rất cao	≥ 7	22.3 - 95.0

Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

Bảng 2: Yếu tố nguy cơ của thang điểm RISK-PCI

Yếu tố nguy cơ		Điểm
Tuổi > 75		1
Tiền sử NMCT		1.5
NMCT thành trước		1
Block AV thành trước*		2
LBBB cấp *		3.5
Bạch cầu > 1210 - 9/L*		1
Glucose ≥ 6.6 mmol/L*		1
Creatinin Clearance*	≥ 90ml/min	0
	60 - 89ml/min	1
	< 60ml/min	2
EF < 40%		1.5
Đường kính tham chiếu ≤ 2.5mm		1
Dòng chảy TIMI trước thủ thuật = 0		1
Dòng chảy TIMI sau thủ thuật < 3		3.5
* Tại lúc nhập viện		

2.7. Xử lý số liệu

Các biến định lượng được tính trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị, khoảng tứ phân vị. Tính tỉ lệ phần trăm, phân tích đơn biến phép kiểm Chi - Square cho biến định tính. Giá trị $p < 0,05$ và $< 0,01$ lần lượt đánh giá là có ý nghĩa và rất có ý nghĩa thống kê. Phân tích hồi quy Logistic đơn biến và đa biến nhằm xác định RISK PCI là yếu tố nguy cơ độc lập của biến cố. Vẽ đường cong ROC, tính diện tích dưới đường cong, xác định điểm cắt RISK PCI bằng chỉ số Youden. Phân tích xác suất sống còn bằng Kaplan - Meier để tính xác suất mắc MACE trong thời gian theo dõi theo phân độ RISK PCI.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và tỉ lệ biến cố MACE của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3: Đặc điểm các chỉ số nhân trắc

	Giới		Chung (n = 337)
	Nam (n = 226)	Nữ (n = 111)	
Tuổi	63,7 ± 12,24	71,69 ± 10,27	68,19 ± 10,73
BMI (kg/m ²)	22,22 ± 3,22	21,32 ± 3,04	21,86 ± 2,96

Tỷ lệ bệnh nhân HCVC được can thiệp mạch vành qua da của nam chiếm đa số. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68 tuổi, trong khi BMI trung bình là 21,86kg/m².

Bảng 4: Phân bố đặc điểm tiền sử bệnh

Tiền sử	Nam (n = 226)	Nữ (n = 111)	Chung (n = 337)
Hút thuốc lá	115 (18,6)	6 (1,6)	121 (12,2)
Tăng huyết áp	110 (46,8)	58 (52,4)	168 (49,9)
Đái tháo đường	65 (10,5)	48 (12,9)	113 (11,4)
Tăng lipid máu	13 (2,1)	8 (3,9)	21 (2,1)
Bệnh thận mạn	5 (0,8)	3 (0,8)	8 (0,8)
Động mạch ngoại biên	11 (1,8)	3 (0,8)	14 (1,4)
Đột quỵ	18 (2,9)	11 (3,0)	29 (2,9)

48,9% đối tượng nghiên cứu có tiền sử tăng huyết áp. Các bệnh nhân tiền sử hút thuốc lá và đái tháo đường chiếm lần lượt 12,2% và 11,4%. Tỷ lệ bệnh thận mạn, bệnh động mạch ngoại biên rất thấp.

Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

Bảng 5: Phân bố đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện

Huyết động		Trung vị	Tứ phân vị
Nhịp tim		79	70 - 88
HATT		130	110 - 150
HATTr		80	70 - 80
Lâm sàng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Suy tim		157	46,6
NYHA	I	21	13,4
	II	67	42,7
	III	68	43,3
	IV	1	0,6
Choáng tim		14	4,2
Ngừng tim		1	0,3
Cận lâm sàng		Trung bình/ Trung vị	Độ lệch chuẩn/ Tứ phân vị
EF		50	40 - 60
Hb		12,1	±1,68
Hct		36,9	34,4 - 39,6
Tiểu cầu		258	215 - 315
MLCT		73,7	± 18,5

Nhịp tim của đối tượng nghiên cứu khoảng 79 lần/phút, trong khi trung vị của huyết áp là 130/80mmHg. Nhóm bệnh nhân lúc nhập viện có biểu hiện suy tim chiếm 46,6%, chủ yếu thuộc nhóm NYHA II và III. Khoảng 4,2% bệnh nhân có biểu hiện choáng tim và có 1 bệnh nhân có biểu hiện ngừng tim lúc nhập viện. EF của đối tượng nghiên cứu có trung vị 50%, tiểu cầu là 258 và mức lọc cầu thận trung bình là 73,7ml/phút.

Bảng 6: Phân bố đặc điểm thể chẩn đoán của HCVC

Chẩn đoán	Số lượng	Tỷ lệ (%)
NMCT ST chênh lên	190	56,4
NMCT không ST chênh lên	92	27,3
Đau thắt ngực không ổn định	55	16,3
Tổng	337	100

Tỷ lệ bệnh nhân NMCT ST chênh lên được chẩn đoán trước can thiệp là đa số, sau đó là nhóm bệnh nhân NMCT không ST chênh lên.

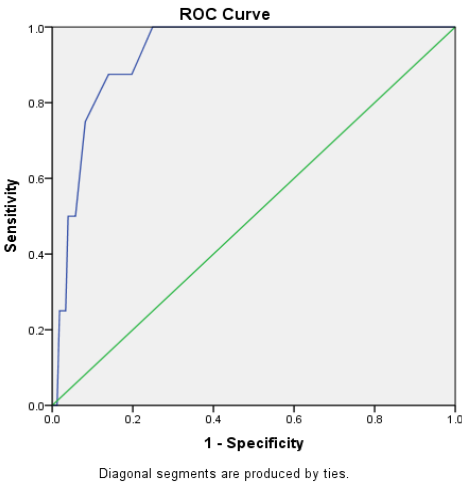
Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

Bảng 7: Tỷ lệ biến cố tim mạch chính

	Số lượng	Tần số (%)
Tử vong do mọi nguyên nhân	8	(2,4%)
Nhồi máu cơ tim không tử vong	3	(0,9%)
Đột quỵ	1	(0,3%)
Tổng	12	(3,6%)

Tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân trong các biến cố tim mạch chính là 2,4%.

3.2. Thang điểm RISK PCI và khả năng dự báo biến cố tim MACE trong 12 tháng sau can thiệp ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp

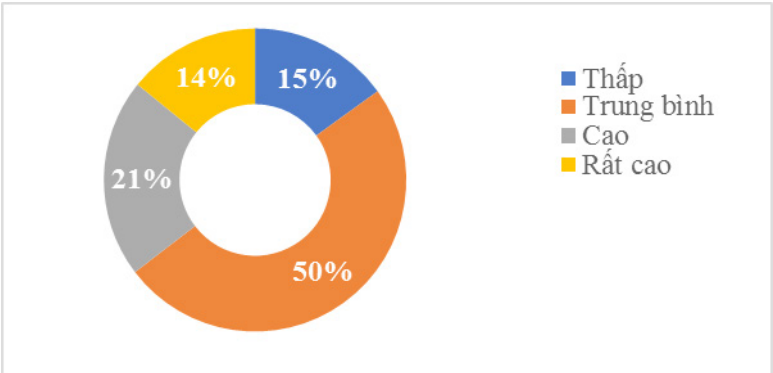


Biểu đồ 1: Diện tích dưới đường cong của RISK PCI tiên đoán MACE HCMVC ở thời điểm 12 tháng
Diện tích dưới đường cong (AUC) của RISK PCI tiên đoán tử vong do mọi nguyên nhân trong HCMVC là 0,928 cho thấy khả năng dự báo rất tốt. Chúng tôi xác định điểm cắt là 5,25.

Bảng 8: Liên quan điểm RISK PCI với điểm cắt 5,25 và tử vong trong 12 tháng

Điểm cắt	AUC	CI 95%	p	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
5,25	0,928	0,878 - 0,978	< 0,001	100%	75,1%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với điểm cắt 5,25 thì độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 75,1%



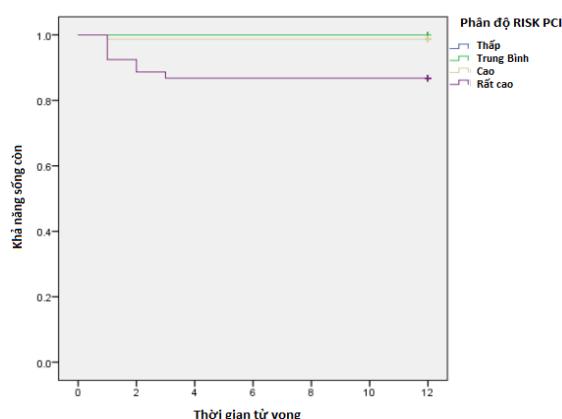
Biểu đồ 2: Phân độ nguy cơ thang điểm RISK PCI

Chiếm nhiều nhất là nguy cơ trung bình với gần 50%. Tiếp theo đó là nguy cơ cao và thấp. Thấp nhất là nguy cơ rất cao với khoảng 14%.

Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

Bảng 9: Phân độ thang điểm RISK PCI và tử vong

Nguy cơ	Tử vong		Chung, n
	Có	Không	
Thấp	0	48	48
Trung bình	0	157	157
Cao	1	78	79
Rất cao	7	46	53
Tổng	226 (100)	111 (100)	337 (100)



Biểu đồ 3: Đường cong sống sót Kaplan - Meier ở các phân độ RISK PCI thấp, trung bình, cao và rất cao.

Tất cả các trường hợp xảy ra biến cố tử vong ở phân độ nguy cơ cao - rất cao, đặc biệt 87,5% ở nhóm nguy cơ rất cao. Đường cong sống sót Kaplan - Meier: so sánh tử vong do mọi nguyên nhân giữa nhóm phân độ điểm RISK PCI thấp, trung bình, cao, rất cao qua 12 tháng theo dõi. Đường biểu diễn Kaplan - Meier cho thấy khả năng sống sót tách biệt sớm và duy trì trong suốt 12 tháng theo dõi giữa phân độ nguy cơ rất cao và các phân độ khác ($p < 0,0001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 337 bệnh nhân, kết quả nam chiếm ưu thế so với nữ, tỉ lệ khoảng 2:1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68 tuổi, và BMI trung bình là 21,86kg/m². Kết quả là tương tự so với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác như Giao Thị Thoa (2018), Nguyễn Hoàng Hải (2019), Bùi Long (2018), hay nghiên cứu Euro Heart 2 (2006) [4,7 - 9]. Điều này có thể giải thích do nữ trước tuổi mãn kinh là yếu tố bảo vệ bệnh

nhân khỏi các bệnh lý xơ vữa mà đặc biệt là bệnh mạch vành, vì vậy tuổi mắc bệnh mạch vành giới nam sớm hơn khoảng 7 - 10 năm so với giới nữ giai đoạn trước mãn kinh.

Việc nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tim mạch trong HCMVC là quan trọng vì điều trị hiệu quả các yếu tố nguy cơ tim mạch sẽ cải thiện khả năng sống còn gấp 4 lần so với các phương pháp điều trị tim mạch khác. Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất trong các yếu tố nguy cơ tim mạch trong nghiên cứu của chúng tôi với gần 50%. Các nghiên cứu và thử nghiệm trong cũng như ngoài nước ghi nhận tỷ lệ THA ở HCMVC giao động từ 50 - 70%. Hút thuốc lá hiện diện ở 12,2% và Đái tháo đường được ghi nhận khoảng 12% bệnh nhân HCMVC. Có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Lâm Việt (2009) với lần lượt 22% và 19,17%, hay của Nguyễn Văn Linh với khoảng 31% và 21,04% [10, 11]. Các yếu tố nguy cơ khác như rối loạn Lipid máu, Bệnh thận mạn, bệnh động mạch ngoại biên chiếm tỷ lệ từ 1 - 3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác có sự khác biệt tương đối về tỷ lệ các yếu tố nguy cơ. Nhưng nhìn chung, các yếu tố nguy cơ này đều chiếm tỷ lệ cao.

Kết quả các đặc điểm về huyết động của bệnh nhân lúc nhập viện, ghi nhận giá trị trung vị mạch là 79 lần/ phút, HATT và HATTr lần lượt là 130mmHg và 80mmHg. So sánh với nghiên cứu trên 227 bệnh nhân của Bùi Long 2018, thì các giá trị trung bình của mạch, HATT và HATTr lần lượt là 77 lần/ phút, 131mmHg và 77mmHg [9]. Nghiên cứu của Trương Phi Hùng năm 2019, kết quả trung bình của 3 chỉ số trên 245 bệnh nhân HCMVC lần lượt là 83,97 lần/ phút, 134,03 mmHg, 84,34 mmHg [12]. Nghiên cứu ngoài nước như của Mrdovic và cộng sự 2013, ghi nhận trung bình mạch là 76 lần/ phút, HATT là 140mmHg. Nghiên cứu của Tamara (2017), cho kết quả 80 lần/ phút và 140mmHg lần lượt trung bình nhịp tim, và HATT của đối tượng nghiên cứu [13], [5].

Chúng tôi ghi nhận 46,6% bệnh nhân có biểu hiện suy tim. Điều này khá tương đồng so với kết quả từ nghiên cứu của các tác giả Bùi Long (2018) và Giao Thị Thoa (2018) với tỷ lệ lần lượt 37,89% và 33,99% [7, 9]. Khoảng 4,2% bệnh nhân biểu hiện sốc tim, khá tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Linh (2015) với 6,85%. Tuy nhiên có

Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

thấp hơn nghiên cứu của Giao Thị Thoa ghi nhận 18,3% và của Phạm Quang Tuấn là 12,3% [10, 14].

Về cận lâm sàng, EF có trung vị là 50%. Nghiên cứu của Mrdovic (2013) cũng có EF trung bình của 2096 bệnh nhân là 50%. Tác giả Giao Thị Thoa có kết quả 71,5% bệnh nhân có $EF \geq 50\%$ [5, 7]. Kết quả số lượng tiểu cầu là 237 Giga (205 - 284) và nữ có số lượng tiểu cầu cao hơn so với nam, so với của Bùi Long thì cũng tương đương với $231,35 \pm 56,82$ [9]. Một vài nghiên cứu đã chứng minh nữ thường có số lượng tiểu cầu cao hơn nam, do đó, có một số ý kiến cho rằng, việc dùng thuốc kháng kết tập tiểu cầu nên có liều cao hơn ở giới nữ [15]. Nồng độ Hb trung bình trong nghiên cứu là $12,9 \pm 1,82$ g/l và có sự khác biệt giữa nam và nữ. Nồng độ Hb là yếu tố tiên lượng của bệnh nhân HCMVC do liên quan nhiều bệnh kèm, đồng thời tăng nguy cơ biến chứng xuất huyết đặc biệt ở nam giới [16]. Ở dân số chung, mức Hb của nữ giới thường thấp hơn so với nam giới khoảng 12%. Do đó, việc Hb của nữ thấp hơn nam trong nhóm nghiên cứu HCMVC là có thể giải thích được. Nghiên cứu của chúng tôi có MLCT $75,9 \pm 20,3$ ml/phút. So với của Nguyễn Hoàng Hải năm (2019) cho kết quả MLCT $69,3 \pm 18,8$ ml/phút [8].

Dựa vào chẩn đoán chia ra thành 3 nhóm như sau: NMCT ST Chênh lên (56,4%), NMCT ST không chênh (27,3%) và Đau thắt ngực không ổn định (16,3%). Khả tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Hải với tỷ lệ lần lượt là: 53,4%, 37,1% và 9,5%. Nghiên cứu nước ngoài, như của Tamara Jakimov năm 2017, kết quả của 3 thể bệnh cũng tương tự với của chúng tôi với 58%, 34,5% và 7,5% [13].

Có 12 bệnh nhân bị MACE chiếm 3,6%, trong đó có 2,4% bệnh nhân tử vong do mọi nguyên nhân. Còn lại NMCT, đột quỵ không tử vong chiếm tỷ lệ lần lượt 0,9% và 0,3%. Có thấp hơn khi so sánh nghiên cứu tác giả Nguyễn Quang Tuấn (2005) tỷ lệ tử vong cộng dồn trong 1 năm đầu ở nhóm can thiệp là 14,5% và 33% ở nhóm điều trị nội khoa [17]. Hay của Tamara Jakimov thực hiện từ 1 - 7/2014 cho kết quả 3% tử vong trong thời gian theo dõi 30 ngày ở hội chứng vành cấp được tái thông mạch vành. L.Savic nghiên cứu trên 2096 bệnh nhân từ 2006 - 2009, nhận thấy tỷ lệ tử vong là 6,2% và biến cố MACE là 12,2% trong vòng 1 năm. Điều này

được lý giải do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành sau các nghiên cứu trên khoảng 5 - 15 năm, do đó có những thay đổi vượt bậc về điều trị tại viện cũng như điều trị trong giai đoạn sau HCMVC 1 năm, mặt khác khác nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ bệnh nhân điều trị can thiệp mạch vành là 100%, khi so với các nghiên cứu trên có tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội khoa bảo tồn.

Xác định khả năng dự báo của thang điểm RISK-PCI trong xuất hiện biến cố tim mạch chính trong 12 tháng bằng đường cong ROC là rất tốt với AUC là 92,8 với $p < 0,001$, chỉ ra điểm PCI RISK dự đoán chính xác về biến cố MACE 12 tháng của bệnh nhân hội chứng vành cấp. Với điểm cắt 5,25 thì độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 75,1%. Khi so sánh nghiên cứu của Đoàn Văn Chung (2020), kết luận PCI Risk dự báo biến cố tái nhập viện trong 30 ngày theo dõi có giá trị tốt (AUC = 0,795, 95% KTC = 0,68 - 0,87, $p < 0,001$) [18]. Tác giả Tamara Jakimov kết luận RISK PCI có giá trị dự báo tốt biến cố MACE trong 30 ngày với (AUC = 0,88; 95% CI 1.018 - 1.072; $P = 0.002$), không thua kém thang điểm GRACE và TIMI, không những vậy, mà nó còn là chỉ số duy nhất có thể dự đoán thiếu máu cục bộ tái phát cần tái thông lại (AUC = 0,91; 95% CI 1.392 - 2.882) [13]. Bởi vì, so với các thang điểm nguy cơ khác, ngoài dựa vào các đặc điểm lâm sàng, RISK PCI còn có thêm các dấu hiệu trên ECG và siêu âm tim, cũng như các hình ảnh trên chụp động mạch vành giúp làm tăng thêm độ chính xác trong khả năng dự báo các biến cố. Ngoài các yếu tố tiên lượng đã có như tuổi, nhồi máu thành trước, block nhánh, suy thận, phân xuất tổng máu, dòng chảy TIMI < 3 sau can thiệp thì PCI RISK còn bao gồm các thông số chưa hiện diện trước đây như tiền sử nhồi máu, block nhĩ thất hoàn toàn lúc nhập viện, không dung nạp glucose máu, tăng bạch cầu, dòng chảy TIMI < 1 và đường kính mạch máu nhỏ. Nghiên cứu của tác giả L. Savic còn theo dõi bệnh nhân đến 6 năm sau HCMVC, và hiện tại, RISK PCI vẫn là thang điểm duy nhất có thể ước tính chính xác biến cố MACE và tử vong trong thời gian dài đến 6 năm [6, 13].

Phân tích nguy cơ sống còn của điểm RISK PCI theo phân độ nguy cơ, cho thấy các bệnh nhân có điểm RISK PCI nhóm nguy cơ cao mà đặc biệt rất cao có tiên lượng xấu, tỷ lệ sống còn giảm ngay trong

Đánh giá thang điểm RISK-PCI trong dự báo biến cố tim mạch chính...

30 ngày đầu so với các nhóm còn lại. Nghiên cứu của Mrdovic và cộng sự (2013) cũng cho thấy bệnh nhân phân độ nguy cơ cao có khả năng xuất hiện biến cố MACE gấp 18 lần so với bệnh nhân nguy cơ thấp [19]. Nghiên cứu của Tamara Jakimo kết luận 1/3 số bệnh nhân điểm > 7 tử vong trong thời gian theo dõi 30 ngày. Gợi ý rằng đây là những bệnh nhân cần điều trị nội khoa tối ưu, theo dõi sát và nên xem xét việc tái thông hoàn toàn trước khi xuất viện [13]. Tác giả Savic đánh giá thang điểm RISK PCI trong tiên lượng sống còn dài hạn cũng cho thấy rõ nhóm nguy cơ cao và rất cao tách biệt sớm so với 2 nhóm còn lại trong thời gian 1 tháng đầu, và tiếp tục duy trì cho đến thời gian 6 năm sau [5].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ biến cố tim mạch chính MACE trong 12 tháng sau can thiệp động mạch vành qua da là 3,6%, trong đó tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân chiếm 2,4%. Sử dụng thang điểm RISK PCI để dự báo biến cố MACE sau 12 tháng theo dõi ở bệnh nhân HCVC được PCI có giá trị rất tốt (AUC = 0,928, 95% CI 0,878 - 0,978, $p < 0,001$). Những bệnh nhân có phân độ nguy cơ cao và rất cao là đối tượng có tiên lượng xấu, cần được lên kế hoạch điều trị nội khoa và phục hồi chức năng tối ưu, theo dõi sát và nên xem xét việc tái thông hoàn toàn trước khi xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Global health estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region 2000-2016. 2018.
2. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). Circulation. 2018;138(20):e618-e651.
3. Zijlstra F, Hoorntje JC, de Boer MJ, et al. Long-term benefit of primary angioplasty as compared with thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. N Engl J Med. 1999;341(19):1413-9.
4. Mandelzweig L, Battler A, Boyko V, et al. The second Euro Heart Survey on acute coronary syndromes: Characteristics, treatment, and outcome of patients with ACS in Europe and the Mediterranean Basin in 2004. Eur Heart J. 2006;27(19):2285-93.
5. Mrdovic I, Savic L, Lasica R, et al. Usefulness of the RISK-PCI score to predict stent thrombosis in patients treated with primary percutaneous coronary intervention for ST-segment elevation myocardial infarction: a substudy of the RISK-PCI trial. Heart and Vessels. 2013;28(4):424-433.
6. Savic L, Mrdovic I, Asanin M, et al. Using the RISK-PCI Score in the Long-Term Prediction of Major Adverse Cardiovascular Events and Mortality after Primary Percutaneous Coronary Intervention. J Interv Cardiol. 2019;2019:2679791.
7. Thoa GT, Nghiên cứu nồng độ H-FABP trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp. 2018, Trường Đại học Y Dược Huế.
8. Hải NH, Nghiên cứu vai trò của acid uric trong tiên lượng hội chứng mạch vành cấp. 2019, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
9. Long B, Nghiên cứu kết quả điều trị can thiệp bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp bằng Stent phủ thuốc có Polymer tự tiêu. 2018, Học Viện Quân Y.
10. Linh NV, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân HCMVC được PCI tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên. 2015, Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên.
11. Phạm Nguyễn Vinh, Việt NL. Nghiên Cứu Quan Sát Điều Trị Bệnh Nhân Nhập Viện Do Hội Chứng Động Mạch Vành Cấp (MEDI- ACS Study). Tim mạch học Việt Nam. 2011;58:12-23.
12. Hùng TP, Giá trị của NGAL trong tiên đoán các biến cố tim mạch ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. 2019, Trường Đại Học Dược Tp Hồ Chí Minh.
13. Jakimov T, Mrdović I, Filipović B, et al. Comparison of RISK-PCI, GRACE, TIMI risk scores for prediction of major adverse cardiac events in patients with acute coronary syndrome. Croat Med J. 2017;58(6):406-415.
14. Tuấn PQ, Nghiên cứu vai trò chẩn đoán của IMA (Ischemia Modified Albumin) huyết thanh phối hợp với hs-troponin t ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. 2019, Trường Đại học Y Dược Huế.
15. Ranucci M, Aloisio T, Di Dedda U, et al. Gender-based differences in platelet function and platelet reactivity to P2Y12 inhibitors. PLoS One. 2019;14(11):e0225771.
16. Fujii T, Suzuki T, Torii S, et al. Diagnostic accuracy of Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE) risk score in ST-elevation myocardial infarction for in-hospital and 360-day mortality in Japanese patients. Circ J. 2014;78(12):2950-4.
17. Tuấn NQ, Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp can thiệp động mạch qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp. 2005, Đại học Y Hà Nội.
18. Đoàn Văn Chung, Hoàng Anh Tiến, Bình HA. Nghiên cứu mối liên quan của nồng độ BNP huyết thanh và Hs cTnI với biến cố tái nhập viện sau can thiệp động mạch vành. Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường. 2020:62-72.