

ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH THEO THANG ĐIỂM SYNTAX Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Ngô Thị Xuân Vân¹, Lê Thị Bích Thuận², Hồ Anh Bình³

¹Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định

²Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế Huế

³Khoa Cấp cứu can thiệp tim mạch, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đái tháo đường (ĐTĐ) là yếu tố nguy cơ chính cho sự hình thành và phát triển bệnh động mạch vành (ĐMV). Các nghiên cứu trên thế giới và trong nước cho thấy tổn thương ĐMV ở bệnh nhân ĐTĐ nặng nề hơn, tổn thương đa nhánh với hình thái tổn thương phức tạp hơn bệnh nhân không ĐTĐ. Chụp ĐMV giúp đánh giá mức độ tổn thương ĐMV theo thang điểm SYNTAX, một thang điểm giúp người thầy thuốc có thể đưa ra cách thức điều trị tối ưu cho mỗi bệnh nhân: điều trị nội khoa đơn thuần, đặt stent hay phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành.

Đối tượng và phương pháp: Nhóm bệnh gồm bệnh nhân ĐTĐ típ 2; nhóm đối chứng là những bệnh nhân không có ĐTĐ. Bệnh động mạch vành: được chụp ĐMV có tổn thương ĐMV (hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng mạch ≥ 1 nhánh ĐMV chính). Phương pháp nghiên cứu: mô tả, cắt ngang có đối chứng

Kết quả: Tính chất đau thắt ngực ở bệnh nhân ĐTĐ chủ yếu là không ĐTN và ĐTN không điển hình. Tăng huyết áp ở bệnh nhân ĐTĐ có tỷ lệ cao hơn. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ thường gặp tăng triglycerid, tỷ lệ bệnh nhân có microalbumin niệu chiếm 41,6%. BN đái tháo đường típ 2 có tổn thương nhiều nhánh ĐMV hơn, số nhánh ĐMV trung bình bị tổn thương là $2,38 \pm 0,72$ nhánh, trong đó chủ yếu là tổn thương 2 và 3 nhánh, tổn thương 3 nhánh chiếm tỷ lệ cao có ý nghĩa 53,3%. BN Đái tháo đường típ 2: Tổn thương động mạch liên thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất 90%, tiếp đến là ĐMV phải 73,3% và tổn thương động mạch mũ chiếm tỷ lệ thấp nhất 63,3%. Tổn thương thân chung ĐMV trái chiếm tỷ lệ 10%. BN Đái tháo đường típ 2 Điểm SYNTAX trung bình là $23,55 \pm 8,22$ và phân bố ở nhóm SYNTAX trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%.

Kết luận: BN đái tháo đường típ 2 có biểu hiện cơn đau ngực không rõ nhưng tổn thương ĐMV nặng nề, với điểm SYNTAX cao so với nhóm BN không có ĐTĐ.

Từ khóa: Điểm syntax, đái tháo đường típ 2, bệnh động mạch vành.

Ngày nhận bài:

13/6/2022

Ngày chỉnh sửa:

13/8/2022

Chấp thuận đăng:

20/8/2022

Tác giả liên hệ:

Hồ Anh Bình

Email:

drhoanhbinh@gmail.com

SĐT: 0913489896

ABSTRACT

EVALUATING CORONARY ARTERY LESIONS BY SYNTAX SCORE IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Ngo Thi Xuan Van¹, Le Thi Bich Thuan², Ho Anh Binh³

Background: Diabetes is a main risk for the formation and development of CAD. Studies all over the world and in Vietnam find out the lesions of coronary arteries in diabetes are more severe, more vessels and more complex morphology than in

Đánh giá tổn thương động mạch vành theo thang điểm Syntax...

non - diabetic patients. Coronary artery angiography helps to evaluate the degree of coronary artery lesion according to SYNTAX score, a scale that supports physicians to give out optimal treatment such as medical therapy, stenting or CABG.

Methods: A cross - sectional study with control group was conducted on type 2 diabetic patients are performed coronary artery angiography and detected coronary artery lesion ($\geq 50\%$ luminal diameter stenosis in $\geq$ main branches). The control group were non - diabetic patients are performed coronary artery angiography and detected no lesion.

Results: Angina characteristics in diabetes are mainly subtle or atypical. Hypertension in diabetes is higher ratio. The most blood lipid disorders in diabetes is hypertriglyceridaemia, microalbuminuria accounts for 41,6%. Type 2 diabetic patients have multi vessel lesion, the average number of lesions is $2,38 \pm 0,72$, mainly 2 - vessel or 3 - vessel lesions, and 3 - vessel lesion accounts for 53,3%. Type 2 diabetic patients: LAD lesion accounts for 90%, RCA 73,3%, LCx 63,3%. LM lesion accounts for 10%. Type 2 diabetic patients with average SYNTAX score is $23,55 \pm 8,22$, and the ratio of average SYNTAX score group is the highest 56,7%

Conclusion: Type 2 diabetic patients have atypical angina whereas the coronary artery lesions, with higher SYNTAX scores, are more severe than non - diabetic patients.

Key words: Syntax score, type 2 diabetic patient, coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy có mối quan hệ mật thiết giữa đái tháo đường và bệnh động mạch vành. ĐTĐ là YTNC chính cho sự hình thành và phát triển bệnh ĐMV. Bệnh ĐMV trên bệnh nhân ĐTĐ có bệnh cảnh lâm sàng nặng và tỷ lệ tử vong cao. Các nghiên cứu trên thế giới và trong nước cho thấy tổn thương ĐMV ở bệnh nhân ĐTĐ nặng nề hơn, tổn thương đa nhánh với hình thái tổn thương phức tạp hơn bệnh nhân không ĐTĐ [1].

Chụp ĐMV giúp đánh giá mức độ tổn thương ĐMV theo thang điểm SYNTAX, một thang điểm giúp người thầy thuốc có thể đưa ra cách thức điều trị tối ưu cho mỗi bệnh nhân: điều trị nội khoa đơn thuần, đặt stent hay phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành [2]. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, và các YTNC ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 và đánh giá tổn thương động mạch vành theo thang điểm syntax ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn mẫu gồm 60 bệnh nhân ĐTĐ típ 2 (nhóm bệnh) và nhóm đối chứng gồm 65 bệnh nhân không có ĐTĐ.

Bệnh động mạch vành: được chụp ĐMV có tổn thương ĐMV (hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng mạch $\geq$ 1 nhánh ĐMV chính).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tử vong trong những giờ đầu, chưa làm được phiếu nghiên cứu; Những bệnh nhân có hồ sơ không đủ các dữ liệu nghiên cứu; Những bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mô tả, cắt ngang có đối chứng tại Khoa Nội Tim Mạch Bệnh viện Đa Khoa Tỉnh Bình Định trong thời gian từ tháng 5/2019 đến tháng 5/2020.

Các bước tiến hành nghiên cứu: (1) Thu thập số liệu về tiền sử bệnh tật, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, kết quả đọc điểm SYNTAX theo mẫu bệnh án thiết kế sẵn. (2) Tính điểm SYNTAX trên phim chụp ĐMV, chia làm 3 nhóm [2]: Điểm SYNTAX ≤ 22 : điểm thấp; $22 < \text{điểm SYNTAX} \leq 32$: điểm trung bình; điểm SYNTAX > 32 : điểm cao.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và mã hóa theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, số liệu được nhập bằng Excel. Sử dụng các thuật toán thống kê y học, phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Tình hình phân bố theo nhóm tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu

Nhóm \ Tuổi		≤ 50	51 - 55	56 - 60	61 - 65	> 65	p (1, 2)
Nhóm không ĐTD (n = 65)	n	7	9	8	11	30	0,127
	%	10,7	13,8	12,3	16,9	46,1	
	X ± SD	63,55 ± 10,87					
Nhóm ĐTD (n = 60)	n	6	3	7	11	33	
	%	10,0	5,0	11,6	18,3	55,0	
	X ± SD	66,50 ± 10.59					
p		0,868	0,172	0,876	0,976	0,414	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ các nhóm tuổi của hai nhóm nghiên cứu, $p > 0,05$.

Bảng 2: Phân bố theo giới tính giữa hai nhóm nghiên cứu

Giới	Nhóm không ĐTD (n = 65)		Nhóm ĐTD (n = 60)		p
	Số BN	%	Số BN	%	
Nam	55	85,0	40	66,7	0.0285
Nữ	10	15,0	20	33,3	0.0285
Tỷ lệ nữ/ nam	2/11		1/2		0,0004

Nhóm bệnh nhân ĐTD tỷ lệ nữ/ nam cao hơn nhóm bệnh nhân không ĐTD có ý nghĩa

3.2. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Bảng 3: Triệu chứng ĐTN giữa hai nhóm nghiên cứu

Nhóm \ Triệu chứng		Nhóm không ĐTD (n = 65)		Nhóm ĐTD (n = 60)		p
		n	%	n	%	
Không đau thắt ngực		0	0	12	20	0,0005
Đau thắt ngực điển hình		45	69,2	10	16,7	0,0001
Đau thắt ngực không điển hình		20	30,8	38	63,3	0,0001
Mức độ ĐTN (CCS)	I	0		0		
	II	6	9,2	5	8,3	0,096
	III	28	43,1	22	36,7	0,076
	IV	31	47,7	21	35	0,059

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về phân loại mức độ đau thắt ngực theo CCS ở hai nhóm nghiên cứu.

Bảng 4: Phân bố các yếu tố nguy cơ trong từng nhóm

Yếu tố nguy cơ		Nhóm không ĐTĐ (n = 65)		Nhóm ĐTĐ (n = 60)	
		n	%	n	%
Lớn tuổi	30	46,1	33	55,0	0,42
Giới nữ	10	15,4	20	33,3	0,033
Hút thuốc lá	35	53,8	25	41,7	0,24
Tăng huyết áp	32	49,2	42	70,0	0,029
Béo phì (vòng bụng)	9	13,8	15	25,0	0,173
Tăng cholesterol máu	50	76,9	56	93,3	0,0214
Tăng triglycerid	47	72,3	56	93,3	0,0045
Microalbumin niệu	15	23,0	25	41,6	0,042

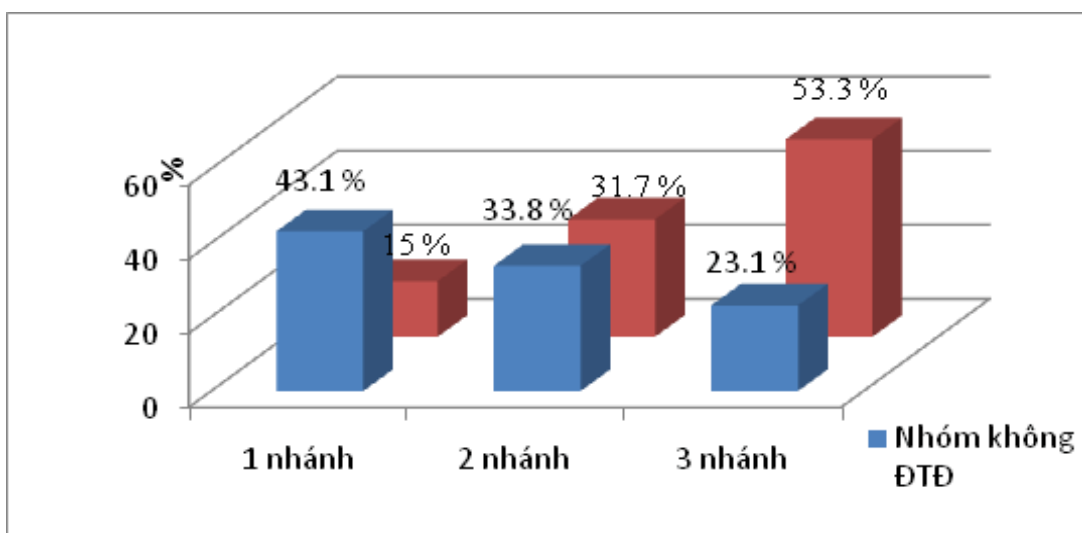
Tỷ lệ giới nữ, THA, tăng cholesterol máu, tăng triglycerid, MAU (+) ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân không ĐTĐ, $p < 0,05$.

Bảng 5: Mức độ kiểm soát đường huyết của nhóm ĐTĐ

Chỉ số	X ± SD
Thời gian mắc ĐTĐ (năm)	10,52 ± 5,66
Glucose đói (mmol/l)	9,74 ± 3,02
HbA1C (%)	8,38 ± 1,78

Thời gian mắc bệnh ĐTĐ típ 2 trung bình là khá dài $10,52 \pm 5,66$ năm.

3.3. Đặc điểm tổn thương ĐMV



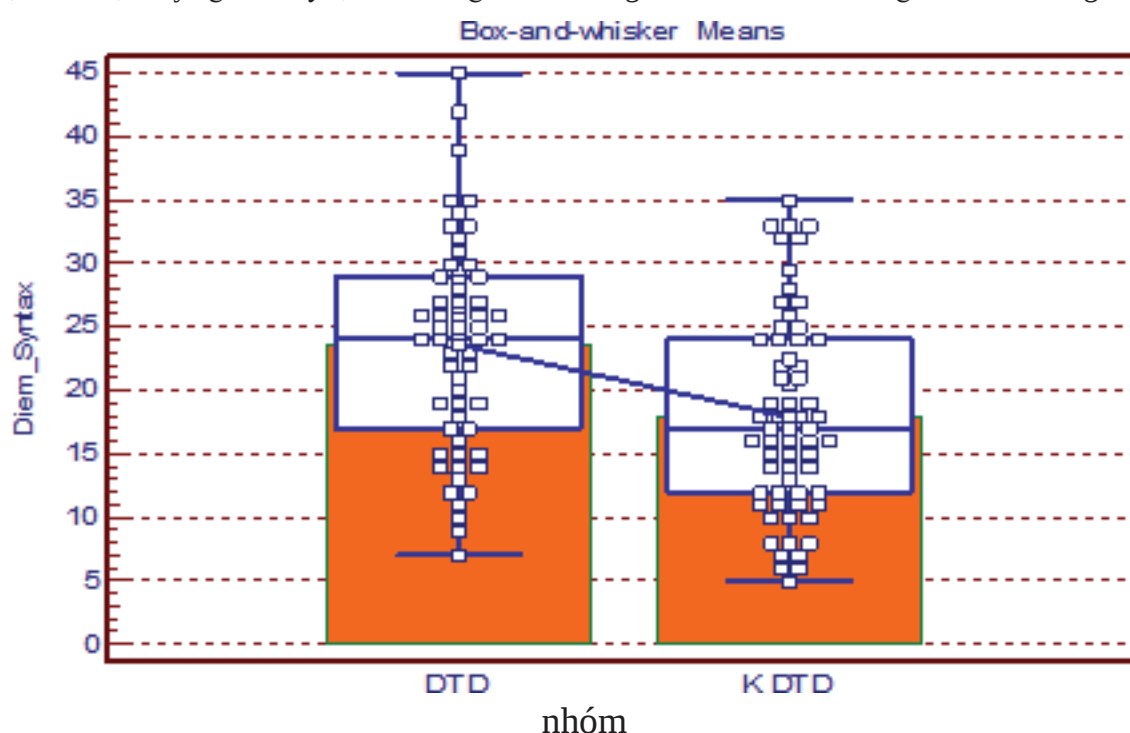
Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ tổn thương số nhánh ĐMV của hai nhóm

Nhóm bệnh nhân ĐTĐ (n = 60) có tỷ lệ tổn thương 3 nhánh ĐMV cao hơn có nghĩa ($p < 0,001$) và tỷ lệ tổn thương 1 nhánh ĐMV thấp hơn có ý nghĩa ($p = 0,012$) so với nhóm không ĐTĐ (n = 65). Không có sự khác nhau có ý nghĩa về tỷ lệ tổn thương 2 nhánh ĐMV giữa hai nhóm nghiên cứu ($p = 0,95$).

Bảng 6: Tỷ lệ tổn thương các nhánh ĐMV

Nhánh ĐMV \ Nhóm	Nhóm không ĐTD		Nhóm ĐTD		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Thân chung	4	6,15	6	10,00	0,64
ĐMLTTr	45	69,20	54	90,00	0,0083
Động mạch mũ	35	53,80	38	63,30	0,37
ĐMV phải	31	47,70	44	73,30	0,0062

Nhóm bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ tổn thương ĐMLTTr cao nhất rồi đến ĐMV phải và thấp nhất là động mạch mũ. Nhóm bệnh nhân không ĐTD có tỷ lệ tổn thương ĐMLTTr cao nhất, thấp nhất là ĐMV phải. Có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tổn thương ĐMLTTr, ĐMV phải giữa hai nhóm nghiên cứu, $p < 0,01$. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ tổn thương ở thân chung ĐMV trái và ĐM mũ giữa hai nhóm nghiên cứu.



Biểu đồ 2: Phân bố điểm SYNTAX trung bình của hai nhóm nghiên cứu
Điểm SYNTAX trung bình của nhóm bệnh nhân ĐTD cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không ĐTD ($p < 0,001$).

Bảng 7: Phân bố theo từng nhóm thang điểm SYNTAX hai nhóm nghiên cứu

Điểm SYNTAX \ Nhóm	Nhóm không ĐTD (n = 65)		Nhóm ĐTD (n = 60)		p (1,2)
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Thấp (< 23 điểm)	48	73,8	24	40,0	0,0003
Trung bình (23 - 32 điểm)	13	20,0	28	46,7	0,0028
Cao (> 32 điểm)	4	6,2	8	13,3	0,297

Nhóm bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ điểm SYNTAX nhóm trung bình (23 - 32 điểm) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không ĐTD, $p < 0,01$. Nhóm bệnh nhân không ĐTD có tỷ lệ điểm SYNTAX thấp (< 23 điểm) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm ĐTD, $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch nói chung và bệnh ĐMV nói riêng, đây là yếu tố tiên lượng trong hội chứng vành cấp. Điều này đã được chứng minh trong các nghiên cứu lớn như FRAMINGHAM [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân ĐTD là $66,5 \pm 10,59$ tuổi, của nhóm bệnh nhân không ĐTD là $63,55 \pm 10,86$ tuổi.

Từ kết quả các nghiên cứu cho thấy, trên bệnh nhân ĐTD cấp 2, biến chứng tim mạch đặc biệt chiếm tỷ lệ cao ở giới nữ. Thật vậy, so với người không mắc bệnh ĐTD, nguy cơ bệnh ĐMV tăng cao rất đáng kể gấp 5,1 lần ở nữ và 2,4 lần đối với nam giới [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ nữ/nam là 1/2, nhóm bệnh nhân không ĐTD tỷ lệ này là 2/11. Nghiên cứu Trần Thị Huỳnh Nga [5], Phạm Mạnh Hùng và cộng sự [6] cũng có tỷ lệ nữ/ nam ở nhóm ĐTD cao hơn nhóm không ĐTD, tuy nhiên sự khác nhau này chưa có ý nghĩa.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ không ĐTN và ĐTN không điển hình cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân không ĐTD ($p < 0,05$), tỷ lệ ĐTN điển hình thấp hơn có ý nghĩa (16,7 % so với 69,2 %, $P = 0,0001$).

Tác giả Chiarello M (1985) ghi nhận ở bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ TMCT im lặng (36%) cao hơn nhiều so với bệnh nhân không ĐTD (19%) [7]. Theo AmmanPeter thì tỷ lệ đau thắt ngực im lặng trên nhóm bệnh nhân ĐTD cao hơn, tỷ lệ NMCT im lặng ở bệnh nhân ĐTD cũng cao hơn ghi nhận khoảng 30 % bệnh nhân bị NMCT là thể im lặng. Người ta đã lý giải đặc tính này xuất phát từ sự suy yếu và bất thường của hệ thần kinh tự chủ cảm nhận đau [8].

Tăng huyết áp là một YTNC chính đã được xác định của bệnh ĐMV. Khi THA phối hợp với ĐTD thì nguy cơ bệnh lý ĐMV sẽ tăng gấp đôi. Các tác giả đã cho rằng khả năng đi kèm của THA và hội chứng chuyển hóa có mối liên hệ căn nguyên giữa

THA và tình trạng đề kháng insulin [9]. Theo nghiên cứu của UKPDS (1998) cho thấy có trên 50% bệnh nhân ĐTD cấp 2 bị THA, tần suất tăng theo tuổi, béo phì và microalbumin niệu [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ THA nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm không ĐTD (tỷ lệ này là 70 % so với 49,2 %, $p = 0,0291$).

Người hút thuốc lá có nguy cơ mắc bệnh ĐMV gấp 2,04 lần so với người không hút thuốc lá [11]. Hút thuốc lá làm đề kháng insulin và đáp ứng tiết insulin không đầy đủ. Một nghiên cứu ở bệnh nhân ĐTD cấp 2 mới chẩn đoán có hút thuốc lá, khi ngưng hút thuốc lá trong 1 năm sẽ cải thiện các thông số chuyển hóa, giảm HA và giảm microalbumin niệu [12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số người hút thuốc lá ở nhóm ĐTD là 41,7 %, nhóm không ĐTD là 53,7 %; giữa 2 nhóm số người hút thuốc lá khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,24$).

Béo phì là một trong những YTNC truyền thống, thường được đánh giá thông qua chỉ số khối cơ thể (BMI) và vòng bụng. Ở bệnh nhân ĐTD cấp 2, béo phì vừa là yếu tố dự báo bệnh ĐTD vừa là YTNC tim mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy sự khác nhau có ý nghĩa về tỷ lệ béo phì giữa 2 nhóm nghiên cứu, tương tự kết quả nghiên cứu của Trần thị Huỳnh Nga (30,6 % so với 27,3%, $p = 0,72$) [5].

Rối loạn chuyển hóa lipid đã được chứng minh là tác nhân quan trọng tác động lên sự hình thành và phát triển các tổn thương mạch máu do xơ vữa trong cả 2 nhóm ĐTD và không ĐTD. Laakso và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu bệnh nhân ĐTD trong 7 năm, tác giả đã nhận thấy bệnh nhân ĐTD cấp 2 có kèm bệnh ĐMV có nồng độ tryglicerid cao có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không kèm bệnh ĐMV [13].

Bệnh thận ĐTD thường xảy ra từ 10 - 15 năm sau khi khởi bệnh ĐTD. Khoảng 10% bệnh nhân có MAU xảy ra dưới 10 năm và tăng lên 20 - 30% sau 10 năm sau đó. Đối với ĐTD cấp 2, bệnh nhân có thể có MAU ngay khi phát hiện bệnh, do thời gian tiền lâm sàng ĐTD trước đó. Nghiên cứu ở châu Á MAPS (Microalbuminuria Prevalence study) (2015) thực hiện trên 6801 bệnh nhân ĐTD cấp 2 ở 10 quốc gia hoặc vùng lãnh thổ của Châu Á cho thấy tần suất lưu hành của MAU lên đến 39,8% và của MAU lâm sàng là 18,8% [14].

Onur Sinan Deveci đã cho thấy có sự liên quan độc lập giữa MAU và sự hiện diện bệnh ĐMV ở cả 2 nhóm đối tượng ĐTD và không ĐTD. Tác giả nghiên cứu trên 402 bệnh nhân chụp ĐMV. Tồn thương ĐMV dựa trên thang điểm Gensini. Ở nhóm ĐTD: Nhóm MAU (+) có điểm số Gensini là $57 \pm 38,2$, nhóm MAU (-) có điểm số Gensini là $26,5 \pm 19,5$, sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$); ở nhóm không ĐTD cũng cho kết quả tương tự [15].

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phát hiện ĐTD típ 2 trung bình là $10,52 \pm 5,66$ năm. Không những HbA1c liên quan đến sự phát triển bệnh mạch máu nhỏ, mà còn liên quan đến biến chứng mạch máu lớn ở bệnh nhân ĐTD. Selvin Elizabeth cho thấy liên quan giữa HbA1c và nguy cơ bệnh ĐMV độc lập với các YTNC khác. Nghiên cứu được tiến hành trên 1321 bệnh nhân không ĐTD và 1626 bệnh nhân ĐTD, thời gian theo dõi 8 - 10 năm. Kết quả: ở bệnh nhân ĐTD, những người có mức HbA1c cao nhất tăng 2,37 nguy cơ mắc bệnh ĐMV so với người có mức HbA1c thấp nhất, ở bệnh nhân không ĐTD nguy cơ này là 1,41 [16]. Nồng độ HbA1c của bệnh nhân ĐTD trong nghiên cứu của chúng tôi là $8,38 \pm 1,78$ % thấp hơn nghiên cứu của Võ Xuân Sang và Trương Quang Bình là $8,49 \pm 2,20$ [17].

4.3. Đặc điểm tổn thương ĐMV

Nghiên cứu chúng tôi ở cả hai nhóm nghiên cứu có tổn thương ĐMLTT chiếm tỷ lệ cao nhất nhóm ĐTD là 90%, nhóm không ĐTD là 69,2 %. Bệnh nhân có tổn thương ĐMV phải nhóm ĐTD chiếm tỷ lệ 73,3 %, nhóm không ĐTD là 47,7 %, bệnh nhân có tổn thương ĐM mũ là ĐM thủ phạm nhóm ĐTD chiếm tỷ lệ 63,3 %, nhóm không ĐTD là 53,8%. Như vậy, nghiên cứu chúng tôi thấy ở nhóm ĐTD thì tổn thương các nhánh ĐMV tuân theo quy luật trên, còn nhóm không ĐTD thì tỷ lệ tổn thương ĐM mũ lại cao hơn ĐMV phải. Chúng tôi còn tìm thấy tỷ lệ tổn thương ĐMV phải ở nhóm ĐTD cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không ĐTD (73,3% so với 47,7%, $p < 0,001$).

Nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân ĐTD có tỷ lệ tổn thương thân chung ĐMV trái là 10%, nhóm bệnh nhân không ĐTD là 6,15 %, không có sự khác biệt có ý nghĩa về tổn thương thân chung ĐMV giữa 2 nhóm. Kết quả nghiên cứu của Trần

Thị Huỳnh Nga (2011) nghiên cứu trên 141 bệnh nhân có tổn thương ĐMV tại bệnh viện Thống Nhất, cũng không tìm thấy sự khác nhau có ý nghĩa về tỷ lệ tổn thương thân chung ĐMV trái giữa hai nhóm ĐTD và không ĐTD [5].

4.4. Thang điểm SYNTAX

Sự ra đời của ngành Tim mạch can thiệp đã mở ra một bước tiến lớn trong điều trị bệnh ĐMV. Chiến lược tái thông mạch vành tối ưu ở bệnh nhân bị bệnh ĐMV vẫn là chủ đề tranh luận giữa các nhà can thiệp tim mạch - bác sĩ phẫu thuật, đặc biệt trên các bệnh nhân có tổn thương nhiều thân ĐMV hay tổn thương thân chung ĐMV trái. Trên cơ sở đó thang điểm SYNTAX ra đời năm 2005, nhằm giải quyết các tồn tại trên để giúp các bác sĩ phẫu thuật và can thiệp có sự lựa chọn tốt nhất khi quyết định phương pháp điều trị can thiệp [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm SYNTAX trung bình của bệnh nhân ĐTD và không ĐTD tương ứng là $23,55 \pm 8,22$ điểm và $17,94 \pm 7,69$ điểm. Điểm SYNTAX trung bình ở nhóm ĐTD cao có ý nghĩa so với nhóm không ĐTD ($p = 0,0001$). Ở nhóm ĐTD thì nhóm SYNTAX trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. Nhóm không ĐTD thì nhóm SYNTAX thấp lại chiếm tỷ lệ cao nhất 73,8%. Theo nghiên cứu của Rodrigo B. Esper và cộng sự (2018) khi khảo sát 953 bệnh nhân ĐTD can thiệp ĐMV qua da, kết luận điểm SYNTAX trung bình là $26,2 \pm 8,4$ điểm, SYNTAX cao 19,2 %, SYNTAX trung bình 46,1 %, SYNTAX thấp 34,7 % [18].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có biểu hiện cơn đau ngực không rõ nhưng tổn thương ĐMV nặng nề, với điểm SYNTAX trung bình cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aronson D, Edelman ER. Coronary artery disease and diabetes mellitus. Cardiol Clin. 2014;32:439-55.
2. Serruys PW, Onuma Y, Garg S, Sarno G, van den Brand M, Kappetein AP, et al. Assessment of the SYNTAX score in the Syntax study. EuroIntervention. 2009;5:50-6.
3. Berry JD, Lloyd - Jones DM, Garside DB, Greenland P. Framingham risk score and prediction of coronary heart disease death in young men. Am Heart J. 2007;154:80-6.
4. Wilson CS, Gau GT, Fulton RE, Davis GD. Coronary artery disease in diabetic and nondiabetic patients: a clinical and angiographic comparison. Clin Cardiol. 1983;6:440-6.

Đánh giá tổn thương động mạch vành theo thang điểm Syntax...

5. Trần Thị Huỳnh Nga, Hồ Thượng Dũng. Đặc điểm hình thái tổn thương động mạch vành trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Nghiên cứu Y học. 2011;15:264-270.
6. Phạm Mạnh Hùng, Lê Thị Yến, Nguyễn Lâm Hiếu. Đặc điểm tổn thương động mạch vành trên chụp mạch ở bệnh nhân đái tháo đường. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2003;34:18-23.
7. Chiariello M, Indolfi CJC. Silent myocardial ischemia in patients with diabetes mellitus. 1996;93:2089-2091.
8. Ammann P, Brunner-La Rocca H, Fehr T, Münzer T, Sagmeister M, Angehrn W, et al. Coronary anatomy and left ventricular ejection fraction in patients with type 2 diabetes admitted for elective coronary angiography. Catheter Cardiovasc Interv. 2004;62:432-8.
9. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten - year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003;24:987-1003.
10. Turner RC, Millns H, Neil HA, Stratton IM, Manley SE, Matthews DR, et al. Risk factors for coronary artery disease in non - insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS: 23). Bmj. 1998;316:823-8.
11. Kastelein JJ, van der Steeg WA, Holme I, Gaffney M, Cater NB, Barter P, et al. Lipids, apolipoproteins, and their ratios in relation to cardiovascular events with statin treatment. Circulation. 2008;117:3002-9.
12. Bertolucci MC, Rocha VZ. Cardiovascular risk assessment in patients with diabetes. Diabetol Metab Syndr. 2017;9:25.
13. Jellinger PS, Smith DA, Mehta AE, Ganda O, Handelsman Y, Rodbard HW, et al. American Association of Clinical Endocrinologists' Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis. Endocr Pract. 2012;18 Suppl 1:1-78.
14. Wu AY, Kong NC, de Leon FA, Pan CY, Tai TY, Yeung VT, et al. An alarmingly high prevalence of diabetic nephropathy in Asian type 2 diabetic patients: the MicroAlbuminuria Prevalence (MAP) Study. Diabetologia. 2005;48:17-26.
15. Kanakamani J, Ammini AC, Gupta N, Dwivedi SN. Prevalence of microalbuminuria among patients with type 2 diabetes mellitus - a hospital - based study from north India. Diabetes Technol Ther. 2010;12:161-6.
16. Selvin E, Coresh J, Golden SH, Brancati FL, Folsom AR, Steffes MW. Glycemic control and coronary heart disease risk in persons with and without diabetes: the atherosclerosis risk in communities study. Arch Intern Med. 2005;165:1910-6.
17. Võ Xuân Sang, Trương Quang Bình. Khảo sát Micoalbumin niệu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2010;14:1-5.
18. Esper RB, Farkouh ME, Ribeiro EE, Hueb W, Domanski M, Hamza TH, et al. SYNTAX Score in Patients With Diabetes Undergoing Coronary Revascularization in the FREEDOM Trial. J Am Coll Cardiol. 2018;72:2826-2837.