

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM TIỀN LƯỢNG ACUITY-PCI Ở BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Hoàng Trần Phú¹, Hoàng Anh Tiến², Hồ Anh Bình³

DOI: 10.38103/jcmhch.2020.60.1

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thang điểm tiên lượng ACUITY-PCI, ở bệnh nhân có triệu chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da. Đánh giá mối liên quan giữa thang điểm ACUITY-PCI, với tình trạng tử vong và biến cố tim mạch chính ở nhóm bệnh nhân nan.

Mở đầu: Can thiệp động mạch vành là phương pháp điều trị tích cực để điều trị những bệnh nhân có hội chứng vành cấp. Tuy nhiên kết quả sau can thiệp động mạch vành cần được đánh giá và phân tích các mối tương quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 51 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có hội chứng vành cấp. Các thành phần đánh giá trong nghiên cứu gồm: phạm vi tổn thương động mạch vành, tổn thương động mạch vành lan tỏa hoặc mạch máu nhỏ, tổn thương chỗ chia đôi động mạch vành, suy chức năng thận, đái tháo đường điều trị insulin. Theo dõi các biến cố tim mạch lớn sau 30 ngày can thiệp.

Kết quả: Phân nhóm ACUITY-PCI nguy cơ cao 49% , nguy cơ trung bình 15,7% , nguy cơ thấp 35,3%. Tỷ lệ biến cố tim mạch lớn sau 1 tháng là: tử vong 13,7%; nhồi máu cơ tim tái phát 1,9%. Trong đó tỉ lệ xuất hiện biến cố tim mạch ở nhóm nguy cơ cao là 28%; nguy cơ trung bình là 12,5%.

Kết luận: Tần suất các biến cố tim mạch sau can thiệp mạch vành thường gặp ở phân nhóm nguy cơ cao và nguy cơ trung bình. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng bệnh nhân là tuổi > 60; hút thuốc lá; BMI < 18,49 kg/m², tổn thương 3 thân động mạch vành.

Từ khóa: Can thiệp động mạch vành qua da, Thang điểm tiên lượng ACUITY-PCI.

ABSTRACT

ACUITY-PCI SCORE IN STRATIFICATION OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROMES UNDERGOING PERTACUNEAL CORONARY INTERVENTION

Hoang Tran Phu¹, Hoang Anh Tien², Ho Anh Binh³

Background: Percutaneous coronary intervention (PCI) is used to treated patients with acute coronary syndromes (ACS) in many years. However the outcomes after PCI needs to be evaluated and analysed.

Objective: ACUITY-PCI score in stratification of patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention. To evaluate the relation between ACUITY-PCI score and death and major cardiovascular risk factor in these patients

1. Khoa Cấp cứu tim mạch can thiệp,
Bệnh viện TW Huế
2. Trường Đại học Y Dược Huế

- Ngày nhận bài (Received): 27/1/2020; Ngày phản biện (Revised): 21/02/2020;
- Ngày đăng bài (Accepted): 24/04/2020
- Người phản hồi (Corresponding author): Hồ Anh Bình
- Email: drhoanhbinh@gmail.com; SĐT: 0913 489 896

Methods: This research was created from data of 51 patients with ACS and used AQUIY-PCI score to stratification. Six variables were used in this score: insulin-treated diabetes, renal insufficiency, baseline cardiac biomarker elevation or ST-segment deviation, bifurcation lesion, small vessel/diffuse coronary disease and the extent of coronary artery disease.

Results: AQUIY-PCI score with lower tertile 35.3%; intermediate tertile 15.7%; upper tertile 49 %. 30 day clinical outcomes: Death 13.7%; Reinfarction 1.9%. Event rates increased significantly across tertiles of AQUIY-PCI score: 0% in the lower tertile; 12.5% in the intermediate tertile and 28% in the upper tertile. The AQUIY-PCI score had the good discrimination (C-statistic = 0.865). Age > 60 ; smoke; BMI < 18.49 kg/m² and triple-vessel disease were univariate predictors of mortality after PCI (p < 0.05).

Conclusion: AQUIY-PCI risk score is a good tool to prognostic for patients with ACS undergoing PCI in prediction of 30-day death or MI. Event rates increased significantly across tertiles of AQUIY-PCI score.

Key words: Percutaneous coronary intervention (PCI), AQUIY-PCI score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là bệnh lý quan trọng ở nhiều nước công nghiệp phát triển và ngày càng gia tăng ở những nước đang phát triển vì tỉ lệ mắc bệnh và tỉ lệ tử vong cao. Chiếm hơn 1/2 ở các nước phát triển và hơn 1/4 ở các nước đang phát triển mà nguyên nhân là do xơ vữa động mạch.

Theo thống kê năm 2015 của Tổ chức Y tế thế giới, tử vong do bệnh tim mạch đứng đầu danh sách các nguyên nhân gây tử vong trên toàn thế giới. Trong đó theo thống kê năm 2015 có 17,7 triệu người tử vong do bệnh tim mạch, chiếm 31% trong số tất cả các nguyên nhân tử vong và ước tính trong đó có 7,4 triệu người tử vong do bệnh động mạch vành [3].

Sự gia tăng nguy cơ bệnh mạch vành là sự phối hợp của nhiều yếu tố như: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì, đái tháo đường,... Các yếu tố nguy cơ này có khuynh hướng xuất hiện cùng nhau và tác động cộng hưởng. Những người có nhiều yếu tố nguy cơ thì khả năng xuất hiện các biến cố tim mạch sẽ cao hơn.

Việc lựa chọn phương pháp can thiệp nào là tối ưu trước những trường hợp tổn thương mạch vành phức tạp, tổn thương thân chung đang là những thách thức lớn cho những nhà can thiệp tim mạch. Cũng như các bệnh lý khác, tiên lượng bệnh nhân sau can thiệp cần dựa vào những yếu tố nào luôn là một vấn đề quan trọng và khó khăn. Có nhiều thông

số và bảng điểm ra đời giúp các bác sỹ lâm sàng tiên lượng bệnh nhân hội chứng vành cấp, nhồi máu cơ tim sau khi can thiệp mạch vành qua da như: thang điểm AQUIY-PCI, thang điểm TIMI, thang điểm GRACE, thang điểm CADILLAC, thang điểm SYNTAX và SYNTAX LÂM SÀNG,....

Thang điểm AQUIY-PCI là một thang điểm mới được nghiên cứu để tìm ra một thang điểm đặc hiệu hơn cho bệnh nhân có hội chứng vành cấp không ST chênh lên (NSTEMI/ACS), bằng sự tích hợp lâm sàng, chụp động mạch vành, xét nghiệm máu, điện tâm đồ và được lựa chọn bởi phân tích đa biến và được so sánh với các thang điểm nguy cơ GRACE, TIMI và SYNTAX và điểm SYNTAX lâm sàng. Kết quả, cho thấy sự phân biệt, phân tầng và chỉ số để phân loại là tốt nhất so với các thang điểm khác. Mặc dù, thang điểm TIMI và GRACE đã cho thấy được giá trị tiên lượng vào thời điểm nhập viện cho chiến lược lựa chọn điều trị thuốc và xác định những bệnh nhân nào có lợi nhất khi điều trị bằng can thiệp [1], [3], [2] tuy nhiên chúng không tối ưu cho tiên lượng và phân tầng nguy cơ ở những bệnh nhân có hội chứng vành cấp được điều trị bằng PCI. Thang điểm AQUIY-PCI vì thế hướng đến sự hỗ trợ cho thang điểm TIMI và GRACE khi chiến lược điều trị can thiệp được tiến hành hoặc xem xét [6]. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện chưa có tác giả, tài liệu

Bệnh viện Trung ương Huế

nào nghiên cứu đầy đủ vấn đề này.

Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

1. *Đánh giá thang điểm tiên lượng ACUITY-PCI ở bệnh nhân có hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da.*

2. *Nhận xét mối liên quan của thang điểm ACUITY-PCI với một số yếu tố tiên lượng khác trên tử vong và biến cố tim mạch chính của bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành qua da.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân có hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 7/2017-6/2018.

Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có chống chỉ định các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu, mới bị tai biến mạch máu não, hoặc xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng trước can thiệp, đã can thiệp đặt stent động mạch vành trước đó, bệnh van tim nặng. Bệnh nặng đi kèm như: chạy thận nhân tạo, suy gan nặng, ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do ĐTĐ, COPD nặng.

Dựa trên kết quả chụp can thiệp mạch vành kết hợp lâm sàng, cận lâm sàng chấm điểm theo thang điểm ACUITY-PCI, chúng tôi chia làm 3 nhóm:

- Nhóm nguy cơ thấp : từ 0-12 điểm
- Nhóm nguy cơ trung bình : từ 13-19 điểm
- Nhóm nguy cơ cao : từ 20 điểm trở lên

Chúng tôi tiến hành theo dõi dọc theo thời gian trong 1 tháng sau can thiệp động mạch vành.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu theo dõi dọc.

- Tất cả các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi được lựa chọn vào nghiên cứu theo trình tự thời gian, không phân biệt về tuổi, giới tính cũng như tình trạng lâm sàng khi nhập viện của bệnh nhân.

2.2.1 Các bước tiến hành nghiên cứu

- Những bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da sau khi đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sẽ được đưa vào nghiên cứu. Thông tin về tình trạng lâm sàng, xét nghiệm, diễn biến trong quá trình điều trị sẽ được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Những bệnh nhân hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cũng sẽ bị loại khỏi nghiên cứu.

- Đọc lại tất cả kết quả lâm sàng, cận lâm sàng, chụp và can thiệp ĐMV của 51 bệnh nhân, đánh giá tổn thương mạch vành theo thang điểm ACUITY-PCI.

- Sau khi đọc xong tính tổng điểm cho từng bệnh nhân và chia thành các nhóm theo thang điểm ACUITY-PCI thấp, trung bình, cao.

Bảng 2.1. Cách tính điểm ACUITY-PCI

Mục	Điểm
Độ dài của đoạn mạch vành tổn thương (1 điểm cho mỗi 10mm)	1
Tổn thương mạch vành lan tỏa / mạch máu nhỏ	2
Tổn thương chỗ chia đôi	4
Tăng chất chỉ điểm sinh học tim (hs_Troponin T/I) hoặc thay đổi đoạn ST	8
Đái tháo đường điều trị insulin	12
Suy chức năng thận (GFR < 60ml/phút)	12

2.2.2. Các biến cố tim mạch chính sau can thiệp:

- Tử vong do mọi nguyên nhân
- Nhồi máu cơ tim tái phát
- Can thiệp lại (can thiệp qua da hay phẫu thuật cầu nối)

2.2.3. Xử lý số liệu:

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0
- Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông số nghiên cứu	Giá trị
Điểm ACUITY	$17,90 \pm 7,21$
Tuổi	$67,49 \pm 14,26$
Tuổi > 60	35(68,6%)
Nam/Nữ	37/14
THA	18(35,3%)
Nghiện thuốc lá	13(25,5%)
Đái tháo đường	4(7,9%)
Đái tháo đường điều trị insulin	1(2%)
BMI < 18,5	41(19,6%)
Mức lọc cầu thận < 60 (mL/min/1.73m ²)	25(49%)
Rối loạn lipid máu	30(58,8%)
Tổn thương 3 thân động mạch vành	16(31,4%)
Phạm vi tổn thương động mạch vành	$25,24 \pm 12,44$
Tổn thương động mạch vành lan tỏa/mạch máu nhỏ	16(31,4%)
Tổn thương chỗ chia đôi động mạch vành	8(15,7%)
Nhịp tim	15(29,4%)
Phân suất tống máu thất trái LVEF < 50%	33(64,7%)

3.2. Mối liên quan giữa thang điểm ACUITY-PCI và biến cố tim mạch

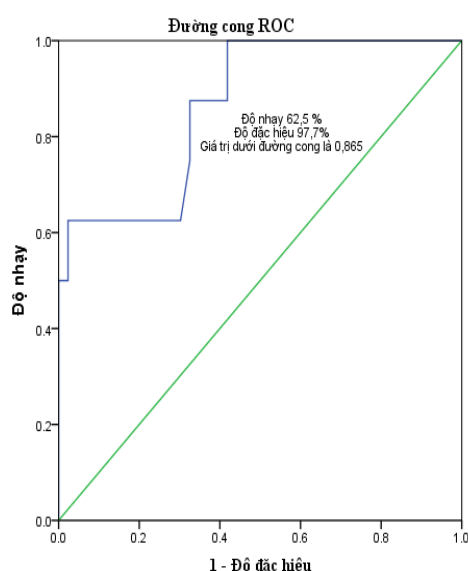
Bảng 3.2. Mối liên quan giữa phân nhóm chỉ số tiên lượng ACUITY-PCI với biến cố tử vong sau can thiệp ĐMV

Phân nhóm chỉ số tiên lượng ACUITY-PCI	Tử vong		Tổng	p
	Không (người)	Có (người)		
Nhóm nguy cơ thấp	18	0	18	0,078
Nhóm nguy cơ trung bình	7	1	8	
Nhóm nguy cơ cao	19	6	25	
Tổng	44 (86,3 %)	7 (13,7 %)	51	

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa phân nhóm chỉ số tiên lượng ACUITY-PCI với biến cố tim mạch chính sau can thiệp ĐMV

Phân nhóm chỉ số tiên lượng ACUITY-PCI	Phân nhóm biến cố tim mạch chính		Tổng	p
	Không có biến cố tim mạch (người)	Có biến cố tim mạch (người)		
Nhóm nguy cơ thấp	18	0	18	0,043
Nhóm nguy cơ trung bình	7	1	8	
Nhóm nguy cơ cao	18	7	25	
Tổng	43 (84,3 %)	8 (15,7 %)	51	

Sự liên quan có ý nghĩa giữa phân nhóm chỉ số tiên lượng ACUITY với biến cố tim mạch (tử vong, NMCT tái phát, tái can thiệp/phẫu thuật) sau 30 ngày sau khi can thiệp ĐMV qua da (với mức ý nghĩa $p = 0,043 < 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Đường cong ROC và phân nhóm nguy cơ ACUITY-PCI trong đánh giá sự xuất hiện biến cố tim mạch (tử vong, NMCT tái phát, tái can thiệp/phẫu thuật) sau 1 tháng can thiệp động mạch vành qua da.

Từ biểu đồ 3.1 ta thấy điểm cắt phân nhóm tốt nhất là ở phân nhóm nguy cơ cao với độ nhạy 62,5%, độ đặc hiệu 97,7 % diện tích dưới đường cong là 0,865 (CI 95%).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa điểm số tiên lượng ACUITY-PCI với các biến cố tim mạch (tử vong, NCMT tái phát và tái can thiệp/phẫu thuật)

Biến cố	Tổng (n = 51)	Điểm số ACUITY-PCI trung bình	p
Tử vong	Có (7)	26,40 6,54	<0,05
	Không (44)	16,55 6,39	
NMCT tái phát và tái can thiệp/phẫu thuật	Có (1)	25,68 0,00	0,280
	Không (50)	17,75 7,193	

Sự liên quan có ý nghĩa ($p < 0,05$) giữa điểm số tiên lượng ACUITY-PCI với tỷ lệ tử vong

3.3. Một số yếu tố khác ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân sau can thiệp và mối liên quan đến thang điểm ACUITY-PCI

Bảng 3.5. Mối liên quan của một số yếu tố độc lập ảnh hưởng đến biến cố tử vong

Đặc điểm	Biến cố tử vong	Có (n=7)	Không (n=44)	p
Tuổi > 60		7/7	28/44	0,054
Tuổi		77,86±5,52	65,84±14,55	0,018
BMI < 18,5		4/7	6/44	0,007
Giới nữ		3/7	11/44	0,325
Hút thuốc lá		4/7	9/44	0,039
Rối loạn Lipid máu		3/7	27/44	0,355
Tăng huyết áp		4/7	14/44	0,193
Tổn thương 3 thân ĐMV		4/7	12/44	0,114
Tần số tim ≥ 100 lần/phút		3/7	12/44	0,401
Phân suất tổng máu tâm thu thất trái LVEF < 50%		6/7	27/44	0,21

Sự liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ giữa biến cố tử vong với các yếu tố nguy cơ như: tuổi ($p = 0,018$); hút thuốc lá ($p=0,039$), BMI < 18,5 ($p=0,007$).

Bảng 3.6. Mối liên quan của một số yếu tố độc lập ảnh hưởng đến biến cố tim mạch (tử vong, NMCT tái phát và tái can thiệp/phẫu thuật)

Đặc điểm	Biến cố tim mạch chính	Có (n=8)	Không (n=43)	p
Tuổi > 60		8/8	27/43	0,037
Tuổi		76,50±6,39	65,81±14,72	0,017
Giới nữ		3/8	11/43	0,488
BMI < 18,5		4/8	37/43	0,018
Hút thuốc lá		4/8	9/43	0,083
Rối loạn Lipid máu		4/8	26/43	0,581
Tổn thương 3 thân ĐMV		5/8	11/43	0,039
Tăng huyết áp		4/8	14/43	0,343
Tần số tim ≥ 100 lần/phút		4/8	11/43	0,164
Phân suất tổng máu tâm thu thất trái LVEF < 50%		7	26	0,142

Sự liên quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ giữa biến cố tim mạch với các yếu tố như: tuổi ≥ 60 ($p = 0,037$); BMI < 18,5 ($p=0,018$); tổn thương 3 thân ĐMV ($p = 0,039$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối liên quan của thang điểm ACUITY-PCI với một số yếu tố tiên lượng trên biến cố tim mạch chính sau can thiệp động mạch vành qua da

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa phân nhóm nguy cơ ACUITY-PCI với các yếu tố nguy cơ độc lập khác như: tuổi > 60 ($p = 0,014$); giới nữ ($p = 0,034$); nhịp tim ≥ 100 lần/phút ($p = 0,012$); phân suất tống máu tâm thu thất trái $LVEF < 50\%$ ($p = 0,017$); tổn thương 3 thân động mạch vành ($p = 0,002$).

So sánh với nghiên cứu của tác giả David Rott và cộng sự trong nghiên cứu “Sự kết hợp của phân loại TIMI và Killip trong phân tầng sớm nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên” cho thấy tuổi > 65, giới nữ là những yếu tố có sự liên quan với sự phân tầng nguy cơ ở 3 nhóm TIMI từ thấp đến cao.[7] Trong nghiên cứu được công bố năm 2003 của Christopher B.Ganger và cộng sự ở nghiên cứu “Tiên đoán tử vong trong viện ở đăng kí toàn cầu của biến cố động mạch vành cấp GRACE”, dữ liệu được thu thập đa trung tâm trên 11.389 bệnh nhân cho thấy các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân tương tự nghiên cứu của chúng tôi bao gồm đó là tuổi, giới nữ và tần số tim [4]. Nghiên cứu của Halkin và cộng sự công bố năm 2005 trên 2082 bệnh nhân trong nghiên cứu “Tiên lượng tử vong sau can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp” sử dụng thang điểm CADILLAC dữ liệu được lấy từ 2 nghiên cứu đa trung tâm lớn cũng ghi nhận tuổi > 65, giới nữ, tổn thương 3 thân động mạch vành là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân [5].

4.2. Giá trị của thang điểm ACUITY-PCI trong tiên lượng bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành qua da

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 51 bệnh nhân cho thấy biến cố tim mạch chính (tử vong, NMCT tái phát, tái can thiệp/phẫu thuật bắc cầu nối) sau 1 tháng ở bệnh nhân được PCI chiếm tỷ

lệ 15,7% (8 người). Trong đó tỷ lệ tử vong chiếm 13,7% (7 người), tỷ lệ NMCT tái phát và tái can thiệp/phẫu thuật chiếm tỷ lệ 1,96% (1 người). Có 43 đối tượng không có biến cố tim mạch chính với tỷ lệ là 84,3%.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm có nguy cơ cao (6 trường hợp) cao hơn hẳn so với 2 nhóm còn lại, với 1 trường hợp tử vong ở nhóm nguy cơ trung bình và không có trường hợp tử vong ở nhóm nguy cơ thấp. Điểm trung bình của phân nhóm ACUITY-PCI ở nhóm bệnh nhân tử vong là $26,40 \pm 6,54$ tập trung ở nhóm nguy cơ cao.

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ phân nhóm nguy cơ thấp là 35,3%, tỷ lệ phân nhóm nguy cơ trung bình chiếm 15,7% và tỷ lệ phân nhóm nguy cơ cao chiếm 49%. Theo kết quả cho thấy sự liên quan có ý nghĩa giữa phân nhóm nguy cơ ACUITY-PCI với biến cố tim mạch sau 30 ngày PCI ($p = 0,043 < 0,05$). Từ đó theo thang điểm ACUITY-PCI, phân nhóm ở nguy cơ càng cao thì tỷ lệ xuất hiện biến cố tim mạch chính sau 1 tháng PCI là càng cao, diện tích dưới đường cong của chúng tôi theo biểu đồ 3.2 là 0,865 với độ nhạy là 62,5%, độ đặc hiệu là 97,7%.

Trong nghiên cứu của Palmerini và cộng sự năm 2012 trên cùng thang điểm ACUITY-PCI cũng ghi nhận tỷ lệ tử vong tập trung đa số ở nhóm có nguy cơ cao và thấp dần ở các nhóm còn lại. Tỷ lệ tử vong ghi nhận sau 30 ngày ở nghiên cứu trên là 1,1%. Theo nghiên cứu của Palmerini trên 1692 bệnh nhân có hội chứng vành cấp không ST chênh lên, trong đó 846 bệnh nhân được kiểm chứng có hội chứng vành cấp không ST chênh lên, ghi nhận tỷ lệ tử vong và tái nhồi máu phân nhóm nguy cơ cao chiếm đa số với 18,6%, tỷ lệ phân nhóm nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ 9,3% và nguy cơ thấp chiếm tỷ lệ 5,1% [6].

V. KẾT LUẬN

5.1. Một số yếu tố như tuổi > 60; hút thuốc lá; BMI < 18,49 kg/m²; tổn thương 3 thân động mạch vành, là các yếu tố dự đoán tử vong và các biến cố

tim mạch chính của bệnh nhân có hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da.

Có sự liên quan giữa thang điểm ACUITY-PCI với các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân sau can thiệp động mạch vành qua da như: tuổi > 60; giới nữ; tần số tim lúc nhập viện ≥ 100 lần/phút; phân suất tổng máu tâm thu thất trái < 50 %; tổn thương 3 thân động mạch vành; độ thanh thải Creatinine.

Có mối tương quan thuận ở mức độ mạnh giữa thang điểm ACUITY-PCI và tuổi của bệnh nhân, hệ số tương quan $r = 0,59$ và $p < 0,001$.

5.2. Thang điểm ACUITY-PCI có giá trị trong dự báo các biến cố tim mạch sớm trong 30 ngày trên bệnh nhân có hội chứng vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da.

Thang điểm ACUITY-PCI ở phân nhóm ở nguy cơ càng cao thì tỷ lệ xuất hiện biến cố tim mạch chính sau 1 tháng PCI là càng cao, diện tích dưới đường cong là 0,865 với độ nhạy là 62,5%, độ đặc hiệu là 97,7%. Giá trị dự đoán nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch của thang điểm ACUITY-PCI ở mức tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Altman Douglas G, Royston Patrick (2000), "What do we mean by validating a prognostic model?", *Statistics in medicine*, 19(4), pp. 453-473.
2. Cannon CP et al (2001), "for the TACTICS-TIMI 18 investigators. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable coronary syndromes treated with the glycoprotein IIb/IIIa inhibitor tirofiban", *N Engl J Med*, 344(1), pp. 879-1.
3. Eagle Kim A et al (2004), "A validated prediction model for all forms of acute coronary syndrome: estimating the risk of 6-month postdischarge death in an international registry", *Jama*, 291(22), pp. 2727-2733.
4. Granger Christopher B et al (2003), "Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events", *Archives of internal medicine*, 163(19), pp. 2345-2353.
5. Halkin Amir et al (2005), "Prediction of mortality after primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction: the CADILLAC risk score", *Journal of the American College of Cardiology*, 45(9), pp. 1397-1405.
6. Palmerini Tullio et al (2012), "A new score for risk stratification of patients with acute coronary syndromes undergoing percutaneous coronary intervention: the ACUITY-PCI (Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage Strategy-Percutaneous Coronary Intervention) risk score", *JACC: Cardiovascular Interventions*, 5(11), pp. 1108-1116.
7. Rott David et al (2010), "Combination of the Killip and TIMI classifications for early risk stratification of patients with acute ST elevation myocardial infarction", *Cardiology*, 117(4), pp. 291-295.