

# Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hẹp 3 thân động mạch vành mạn tính

## Clinical and paraclinical features for stable three-vessel coronary artery disease patients

Hồ Minh Tuấn\*,  
Phạm Thái Giang\*\*, Vũ Điện Biên\*\*

\*Bệnh viện F-V,  
\*\*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

### Tóm tắt

**Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân hẹp 3 thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax  $\leq 22$  được can thiệp qua da. **Đối tượng và phương pháp:** 177 bệnh nhân hẹp 3 thân động mạch vành điều trị tại Bệnh viện Tim Tâm Đức, từ tháng 01/2017 đến tháng 07/2020. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, thu thập dữ liệu các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $65,94 \pm 10,85$  năm, nam chiếm tỷ lệ cao 67,2%. BMI trung bình là  $23,85 \pm 2,97$ . Các yếu tố nguy cơ mạch vành thường gặp: Tăng huyết áp 89,8%, rối loạn mỡ máu 88,1%, ĐTĐ 44,1%, hút thuốc lá 14,1% và tiền sử gia đình bệnh ĐMV 11,3%. Đau thắt ngực CCS II chiếm tỷ lệ cao nhất với 47,5%, đau thắt ngực CCS III chiếm 51,9%. Bệnh thận mạn 40,7%, rung nhĩ 6,8%. Tỷ lệ LVEF  $\geq 50\%$  chiếm 81,4%, có rối loạn vận động vùng chiếm 36,7%. Phân tầng nguy cơ bằng test không xâm lấn theo ACC/AHA và ESC: Tỷ lệ nguy cơ trung bình chiếm 21,5%, nguy cơ cao chiếm 78,5%. Tỷ lệ mỗi thân ĐMV tổn thương ở LM là 14,8%, LAD là 98,9%, LCX là 99,4% và RCA 100%. Điểm Syntax là  $15,84 \pm 3,85$  với khoảng điểm từ 7 đến 22. **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ mạch vành thường gặp: Tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu. Triệu chứng lâm sàng phần lớn là đau thắt ngực CCS II và CCS III chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ thay đổi ECG thấp. Tỷ lệ phân xuất tổng máu thất trái bảo tồn LVEF  $\geq 50\%$  cao. Phân tầng nguy cơ bằng test không xâm lấn theo ACC/AHA và ESC phần lớn là nguy cơ cao. Tỷ lệ mỗi thân ĐMV tổn thương chiếm tỷ lệ cao riêng với LM là thấp. Điểm Syntax thấp với khoảng điểm từ 7 đến 22.

**Từ khóa:** Bệnh ba thân động mạch vành, yếu tố nguy cơ mạch vành, điểm Syntax.

### Summary

**Objective:** The aim of this study was to describe baseline clinical and paraclinical features in a group of patients with stable three-vessel coronary artery disease patients with Syntax score  $\leq 22$  underwent PCI. **Subject and method:** We assigned 177 patients with stable three-vessel disease to undergo PCI in Tam Duc Hospital from 01/2017-10/2020. The disease was defined when  $\geq 70\%$  stenosis was present in each major epicardial coronary artery. The cross-sectional descriptive and prospective study, documented clinical sign, paraclinical sign and coronary risk factors. **Result:** The study included 177 patients, mean age  $65.94 \pm 10.85$  years and male 67.2%. Mean BMI  $23.85 \pm 2.97$ . The coronary risk factors observed were hypertension (89.8%), dyslipidemia (88.1%), diabetes (44.1%), smoking (14.1%), family history (11.3%). High prevalence typical chest pain CCS II, CCS III, ST-T change on ECG: 19.2%. Preserved EF  $\geq 50\%$ : 81.4%. Non-invasive stratification test: Intermediate risk 21.5%, high risk: 78.5%. The mean Syntax score was in  $15.84 \pm 3.85$  (7 -

Ngày nhận bài: 20/7/2021, ngày chấp nhận đăng: 20/12/2021

Người phản hồi: Hồ Minh Tuấn, Email: tuancar74@yahoo.com.vn - Bệnh viện F-V

22), and high prevalence lesion was in LAD: 98.9%, LCX: 99.4%, RCA: 100%, the prevalence of left main coronary heart disease was 14.8%. No significant between complete and incomplete revascularization group. *Conclusion:* The most common coronary risk factors observed were hypertension, dyslipidemia. The most common symptoms is CCS II and CCS III. Low rate of ST-T change on ECG. High rate of preserved LVEF  $\geq$  50%. High prevalence high risk Non-invasive stratification test. The mean Syntax score was in  $15.84 \pm 3.85$  (7 - 22), and the prevalence of left main coronary heart disease was low.

*Keywords:* Multivessel disease, coronary risk factor, Syntax score.

## 1. Đặt vấn đề

Bệnh tim mạch là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới và trong nước, trong đó bệnh động mạch vành (ĐMV) rất phổ biến, đặc biệt bệnh đa thân động mạch vành ngày càng chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính [2], [1] trong đó bệnh nhân bệnh ba thân động mạch vành mạn tính có đặc điểm khác với các nhóm bệnh động mạch vành khác, các đặc điểm này cũng ảnh hưởng đến phương pháp điều trị và tiên lượng.

Bệnh ba thân động mạch vành được định nghĩa là hẹp lòng mạch có ý nghĩa  $> 70\%$  ít nhất từ 2 động mạch vành chính (đường kính  $\geq 2,5\text{mm}$ ) trở lên, trong đó bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính là biểu hiện của xơ vữa động mạch nặng được định nghĩa là hẹp  $> 70\%$  của 3 thân động mạch vành thượng mạc. Phần lớn các bệnh nhân này cần được tái thông động mạch vành để cải thiện triệu chứng cũng như tiên lượng. Kết quả can thiệp qua da bệnh nhân bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax  $\leq 22$  có liên quan rất nhiều đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân [10].

Bệnh nhân Việt Nam bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính điểm Syntax  $\leq 22$  có các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng như thế nào còn là câu hỏi ngỏ. Hiện tại, chưa có một nghiên cứu toàn diện về bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm với mục tiêu sau: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hẹp ba thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax  $\leq 22$  được can thiệp qua da.*

## 2. Đối tượng và phương pháp

### 2.1. Đối tượng

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

### Lâm sàng:

Bệnh nhân tuổi  $\geq 18$  tuổi, cả hai giới nam và nữ.  
Tất cả bệnh nhân đau thắt ngực ổn định.

Trắc nghiệm gắng sức không xâm lấn (Siêu âm dobutamin hoặc ECG gắng sức) dương tính nguy cơ trung bình-cao hoặc CT động mạch vành hẹp 3 thân động mạch vành.

Chụp động mạch vành xâm lấn:

Tổn thương 3 thân và hẹp mức độ  $> 70\%$  qua đo đặc chụp ĐMV định lượng (QCA).

Tính điểm Syntax  $\leq 22$ .

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có các chống chỉ định chụp mạch vành.

Bệnh nhân đang bị HCMVC.

Bệnh nhân đã mổ bắc cầu chủ - vành (CABG).

Bệnh nhân có tổn thương đã được đặt stent ĐMV trước đó.

Bệnh nhân có phân xuất tổng máu thất trái thấp (EF  $< 40\%$ ), bệnh van tim nặng.

Bệnh thận mạn tính (eGFR)  $< 30\text{mL}/\text{min}$ .

Bệnh nhân có thai.

### 2.2. Phương pháp

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện.

#### 2.2.2. Tiến hành nghiên cứu

Gồm 177 bệnh nhân hẹp 3 thân ĐMV được can thiệp qua da đặt stent và sau đó được điều trị nội khoa sau đặt stent ĐMV. Theo dõi tại Bệnh viện Tim Tâm Đức, trong thời gian 01/2017 đến 07/2020. Thu

thập các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trước can thiệp.

### 2.2.3. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

Giới: Là biến định tính gồm 2 giá trị nam và nữ.

Tuổi: Là biến định lượng liên tục, được tính từ năm sinh cho đến thời điểm bệnh nhân nhập viện.

Đột quỵ não: Gọi là có khi có các thiếu sót chức năng thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại hơn 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân chấn thương sọ não.

Hút thuốc lá: Gọi là có hút thuốc lá khi có hút  $\geq$  5 điếu mỗi ngày từ 1 tháng trở lên. Gồm có 2 giá trị: Có và không hút thuốc lá [3].

Tăng huyết áp (THA): Gọi là có THA khi bệnh nhân có huyết áp tâm thu  $\geq$  140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq$  90mmHg, hoặc bệnh nhân đang dùng thuốc hạ huyết áp.

Lipid máu: Gọi là có rối loạn lipid máu khi có ít nhất 1 trong 4 dấu hiệu sau (theo ATP III): cholesterol toàn phần  $>$  240mg% (5,2mmol/L), LDL-C  $>$  160mg% (3,4 mmol/L), HDL-C  $<$  40mg% (1,03mmol/L), triglyceride  $>$  200mg% (1,7mmol/L).

Chỉ số khối cơ thể (BMI), gồm có 4 giá trị (theo phân loại BMI dùng chẩn đoán béo phì cho người châu Á trưởng thành). Gọi là gầy khi BMI  $<$  18,5; bình thường khi BMI từ 18,5 -  $<$  23; thừa cân khi BMI từ 23 -  $<$  25; béo phì khi BMI  $\geq$  25.

Đái tháo đường (ĐTĐ): Chẩn đoán ĐTĐ khi đường huyết lúc đói  $\geq$  126mg% hoặc HbA1C  $\geq$  6,5% (qua ít nhất 2 lần xét nghiệm) hoặc đường huyết bất kỳ  $\geq$  200mg/dl, hoặc đường huyết sau nghiệm pháp dung nạp đường huyết  $\geq$  200mg/dl hoặc bệnh nhân đang được điều trị ĐTĐ [8].

Bệnh thận mạn tính: Khi có độ thanh thải creatinin ước đoán  $<$  60 ml/phút kéo dài  $>$  3 tháng hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh thận mạn hoặc đang lọc thận chu kì. Độ thanh thải creatinin ước đoán (ml/phút) được tính dựa theo công thức Cockcroft-Gault.

Thiếu máu: Định nghĩa khi Haemoglobin  $<$  130g/L ở nam và  $<$  120g/L ở nữ.

Suy tim: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Framingham và phân độ NYHA.

ECG: Sự biến đổi ST-T và các loại rối loạn nhịp xuất hiện bao gồm nhịp nhanh trên thất, nhanh thất, rung thất, block nhĩ thất, block nhánh trái và phải.

Siêu âm tim: Theo quy trình thống nhất của Hội Siêu âm Hoa Kỳ trên máy siêu âm màu của Affiniti 70G-Phillips-Hà Lan. Máy có hai đầu dò sector 2,5MHz và 5MHz có đầy đủ chức năng TM, 2D, Doppler xung, Doppler liên tục và Doppler màu. Bệnh nhân được siêu âm tim trước thủ thuật chụp ĐMV và PCI hoặc bất kỳ lúc nào có chỉ định sau PCI. Siêu âm ghi nhận các tình trạng rối loạn vận động vùng; LVEF (%) theo phương pháp Simpson; hở van hai lá  $\geq$  2/4, hở van ĐM chủ; áp lực động mạch phổi thì tâm thu (mmHg).

Rối loạn vận động vùng gồm 2 giá trị là có và không. Gọi là có rối loạn vận động vùng khi trên siêu âm thấy có giảm động, loạn động hoặc vô động thành tim.

LVEF được phân loại: Giảm (LVEF  $<$  40%), giới hạn (LVEF từ 41 - 49%), bảo tồn (LVEF  $\geq$  50%).

Đánh giá bệnh ĐMV 3 thân và bệnh thân chung ĐMV trái: Bệnh nhân được xác định có bệnh 3 thân là khi có hẹp khít ( $>$  70% đường kính) của 3 thân ĐMV chính (ĐM liên thất trước, ĐM vành mũ, ĐM vành phải) ở góc chụp hẹp nhiều nhất. Bệnh nhân được xác định có bệnh thân chung ĐMV trái nếu chụp ĐMV có hẹp  $\geq$  50% đường kính của thân chung ĐMV trái ở góc chụp hẹp nhiều nhất [7].

**Bảng 1. Phân tầng nguy cơ theo AHA và ESC năm 2020**

Phân tầng nguy cơ, ưu tiên hơn sử dụng test hình ảnh hoặc CCTA (nếu khả năng phương tiện và chuyên môn cho phép), hoặc thay thế là ECG gắng sức (nếu bệnh nhân có thể thực hiện gắng sức và ECG có	I B (ESC 2019)
--	----------------

thể xác định thiếu máu cơ tim), khuyến cáo ở bệnh nhân nghi ngờ hoặc đã mới chẩn đoán bệnh ĐMV.	
---	--

**Bảng 1. Phân tầng nguy cơ theo AHA và ESC năm 2020 (Tiếp theo)**

Trắc nghiệm	Hiệp hội	Mức nguy cơ
Chụp ĐMV bằng thông tim/CCTA	ACC/AHA	Cao: Hẹp đa thân ĐMV ( $\geq 70\%$ ) hoặc thân chung trái ( $\geq 50\%$ ).
	ESC	Cao: Hẹp đa thân ĐMV đoạn đầu, hẹp thân chung trái, hoặc hẹp đoạn đầu LAD.
Siêu âm tim gắng sức	ACC/AHA	Cao: Rối loạn vận động vùng ở liều thấp dobutamine ( $\leq 10$ mg/kg/p) hoặc ở tần số tim thấp ( $< 120$ lần/phút). Trung bình: Rối loạn vận động vùng ít: 1 - 2 vùng. Thấp: Không rối loạn vận động vùng.
	ESC	Cao: Rối loạn vận động vùng $\geq 3/16$ vùng.
ECG gắng sức	ACC/AHA	Cao: ST chênh xuống $\geq 2$ mm ở mức gắng sức thấp kéo dài tới giai đoạn hồi phục hoặc chênh lên hoặc nhanh thất, rung thất. Trung Bình: ST chênh xuống $\geq 1$ mm trong giai đoạn gắng sức Thấp: Duke treadmill score $> 5$ .
	ESC	Theo thang điểm Duke Treadmill Score

### 3. Kết quả

#### 3.1. Đặc điểm chung

**Bảng 2. Đặc điểm chung (n = 177)**

Đặc điểm		n (%)
Giới	Nam	119 (67,2)
	Nữ	58 (32,8)
Tuổi (năm)	Mean $\pm$ SD	65,94 $\pm$ 10,85
	(Range)	(32 - 91)
BMI, kg/m <sup>2</sup>	Mean $\pm$ SD	23,85 $\pm$ 2,97
	(Range)	(15 - 34)

*Nhận xét:* Có tổng số 177 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, trong đó có 32,8% là nữ. Độ tuổi trung bình là 65,94  $\pm$  10,85 năm, thấp nhất là 32 và cao nhất là 91 tuổi. BMI trung bình là 23,85  $\pm$  2,97kg/m<sup>2</sup>.

#### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng (n = 177)**

Đặc điểm		n (%)
Đau thắt ngực	CCS I	1 (0,6)
	CCS II	84 (47,5)
	CCS III	92 (51,9)
	CCS IV	0

*Nhận xét:* Tình trạng đau thắt ngực CCS III chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,9%, đau thắt ngực CCS II chiếm 47,5%. Không có CCS IV.

**Bảng 4. Đặc điểm tỷ lệ các yếu tố nguy cơ ĐMV (n = 177)**

Đặc điểm		n (%)
Hút thuốc lá	Có	25 (14,1)
	Không	152 (85,9)
Tăng huyết áp	Có	159 (89,8)
	Không	18 (10,2)
Đái tháo đường	Có	78 (44,1)
	Không	99 (55,9)
Rối loạn lipid máu	Có	156 (88,1)
	Không	21 (11,9)
Tiền sử gia đình mắc ĐMV	Có	20 (11,3)
	Không	157 (88,7)

*Nhận xét:* Tỷ lệ hút thuốc lá là 14,1%. Về tình hình bệnh lý, có 89,8% bị tăng huyết áp, 44,1% bị ĐTĐ, 88,1% bị rối loạn mỡ máu và 11,3% tiền sử gia đình bệnh ĐMV.

### 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

**Bảng 5. Đặc điểm xét nghiệm huyết học (n = 177)**

Đặc điểm	TB ± ĐLC
HST (g/dL)	14,01 ± 8,43
Range (min-max)	115,6 (8,2 - 12,38)
HC (tr/μL)	4,52 ± 0,617
Range (min-max)	3,5 (2,7 - 6,2)
TC (G/L)	245,06 ± 69,53
Range (min-max)	428 (112 - 540)

*Nhận xét:* Huyết sắc tố (HST) trung bình của nhóm nghiên cứu nghiên cứu là 14,01 ± 8,43g/dL, số lượng hồng cầu (HC) trung bình 4,52 ± 0,617tr/μL, số lượng tiểu cầu (TC) trung bình của nhóm nghiên cứu là 245,06 ± 69,53 (G/L).

**Bảng 6. Đặc điểm bệnh lý kèm (n = 177)**

Đặc điểm	n (%)
Bệnh thận mạn (eGFR<60ml/p/1,73m <sup>2</sup> )	72 (40,7)
Rung nhĩ dùng kháng đông NOAC	12 (6,8)
Thiếu máu	25 (14,1)

*Nhận xét:* 40,7% bệnh nhân có bệnh thận mạn tính, 6,8% rung nhĩ cần dùng kháng đông NOAC. Không có sự khác biệt về bệnh lý khác giữa 2 nhóm tái tưới máu với  $p > 0,05$ . Tỷ lệ thiếu máu là 14,1%. Ở nhóm tái tưới máu không hoàn toàn là 13,3% và ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn là 16,7%.

**Bảng 7. Đặc điểm siêu âm tim (n = 177)**

Đặc điểm		n (%)
EF (%) Simpson trung bình		60,34 ± 11,75
EF (%) Simpson	≥ 50%	144 (81,4)
	40 - 49	33 (18,6)
Rối loạn vận động vùng	Có	65 (36,7)
	Không	112 (63,3)
Thay đổi ECG	Có	34 (19,2)
	Không	143 (80,8)

*Nhận xét:* EF (%) Simpson trung bình 60,34 ± 11,75. Tỷ lệ EF > 50% chiếm 81,4%, có 36,7% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng, có 19,2% bệnh nhân có thay đổi trên ECG.

**Bảng 8. Đặc điểm phân tầng nguy cơ bằng các nghiệm pháp không xâm lấn theo ACC/AHA và ESC (n = 177)**

Đặc điểm	n (%)
Nguy cơ trung bình	38 (21,5)
Nguy cơ cao	139 (78,5)

*Nhận xét:* Phân tầng nguy cơ bằng test không xâm lấn theo ACC/AHA và ESC, cho thấy tỷ lệ nguy cơ trung bình chiếm 21,5% trong khi nguy cơ cao chiếm 78,5%.

**Bảng 9. Đặc điểm tỷ lệ tổn thương ĐMV theo nhánh (n = 177)**

Đặc điểm		n (%)
LM	Có	26 (14,8)
	Không	151 (85,3)
LAD	Có	175 (98,9)
	Không	2 (1,1)
LCX	Có	176 (99,4)
	Không	1 (0,6)
RCA	Có	177 (100)
	Không	0

*Nhận xét:* Tỷ lệ mỗi thân ĐMV tổn thương ở LM là 14,8%, LAD là 98,9%, LCX là 99,4% và 100% ở RCA.

**Bảng 10. Đặc điểm chung tổn thương ĐMV theo thang điểm Syntax (n = 177)**

Đặc điểm	TB ± ĐLC
Điểm Syntax	15,84 ± 3,85

Khoảng thay đổi (min-max)	15 (7 - 22)
---------------------------	-------------

*Nhận xét:* Điểm Syntax là  $15,84 \pm 3,85$  với khoảng điểm từ 7 đến 22.

#### 4. Bàn luận

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân khá cao:  $65,94 \pm 10,85$  tuổi, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm ưu thế: Nam chiếm 67,2%, BMI trung bình là  $23,85 \pm 2,97 \text{kg/m}^2$ , kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới [4], [5]. BMI cao là một trong những yếu tố nguy cơ dẫn đến gia tăng tỷ lệ bệnh lý tim mạch nói chung và bệnh ĐMV mạn tính nói riêng, ngoài ra BMI cao cũng làm tăng các yếu tố nguy cơ ĐMV khác như ĐTĐ. Tình trạng quá cân béo phì ở Việt Nam trong những năm gần đây đang tăng dần, tuy nhiên vẫn còn thấp hơn so với tần xuất ở các nước châu Âu, Mỹ.

Triệu chứng đau thắt ngực chiếm CCS III chiếm 51,9% và CCS II 47,5%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới [4], [9]. Phần lớn bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính có đau thắt ngực mức CCS cao, ít có CCS I hoặc không triệu chứng vì vùng thiếu máu cơ tim rộng.

Yếu tố nguy cơ tim mạch: Tỷ lệ hút thuốc lá là 14,1%. Có 89,8% bị tăng huyết áp, 44,1% bị ĐTĐ, 88,1% bị rối loạn mỡ máu và 11,3% tiền sử gia đình bệnh ĐMV. Trong các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành, tỉ lệ THA và rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ khá cao. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới yếu tố nguy cơ THA và rối loạn mỡ máu rất cao ở nhóm bệnh 3 thân ĐMV [5].

Bệnh kèm: 40,7% bệnh nhân có bệnh thận mạn tính, 6,8% rung nhĩ cần dùng kháng đông NOAC. Tỷ lệ thiếu máu là 14,1%. Tỷ lệ này tương đương với tác giả Davidsen L [6].

Đặc điểm siêu âm tim EF (%) Simpson trung bình  $60,34 \pm 11,75$ . Tỷ lệ EF > 50% chiếm 81,4%, có 36,7% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng, có 19,2% bệnh nhân có thay đổi trên ECG. Tỷ lệ này tương đương với tác giả Baine KR [5]. Tuy là bệnh 3 thân ĐMV mạn tính, nhưng nghiên cứu chúng tôi không lựa chọn bệnh nhân có NMCT cũ, nên tỷ lệ bệnh nhân có EF thấp chiếm tỷ lệ thấp. Về biến đổi ECG có tỷ lệ thấp phù hợp với các nghiên cứu y văn:

Tỷ lệ bình thường trên ECG 12 chuyển đạo ở bệnh ĐMV mạn tính là > 50%.

Tỷ lệ mỗi thân ĐMV tổn thương ở LM là 14,8%, LAD là 98,9%, LCX là 99,4% và 100% ở RCA. Bệnh thân chung động mạch vành trái (LM) chiếm 5 - 10% trong các nghiên cứu, tuy nhiên nhóm bệnh nhân của chúng tôi gồm các bệnh nhân hẹp 3 thân ĐMV nên tỷ lệ bệnh LM có phần cao hơn. Tỷ lệ này tương đương với tác giả Baine KR [5].

Điểm Syntax trong nghiên cứu chúng tôi là  $15,84 \pm 3,85$  với khoảng điểm từ 7 đến 22. Điểm Syntax được phát triển dựa trên nhóm bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV hoặc LM được can thiệp qua da bằng stent phủ thuốc paclitaxel-eluting, là một trong những công cụ hữu ích trong chỉ định tái tưới máu ĐMV bằng PCI hay CABG, đồng thời nó cũng là công cụ phân tầng nguy cơ cho các bệnh nhân can thiệp ĐMV qua da bằng stent. Phần lớn các Hướng dẫn hiện hành trên thế giới, chỉ định can thiệp ĐMV qua da đối với bệnh nhân có điểm Syntax  $\leq 22$  [7].

#### 5. Kết luận

Qua nghiên cứu 177 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax  $\leq 22$  và được can thiệp ĐMV qua da, chúng tôi có các kết luận về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu như sau: Các yếu tố nguy cơ mạch vành thường gặp: Tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu. Triệu chứng lâm sàng phần lớn là đau thắt ngực CCS II và CCS III chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ thay đổi ECG thấp. Tỷ lệ phân xuất tổng máu thất trái bảo tồn LVEF  $\geq 50\%$  cao. Phân tầng nguy cơ bằng test không xâm lấn theo ACC/AHA và ESC phần lớn là nguy cơ cao. Tỷ lệ mỗi thân ĐMV tổn thương chiếm tỷ lệ cao riêng với LM là thấp. Điểm Syntax thấp với khoảng điểm từ 7 đến 22.

#### Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Trường Sơn và cộng sự (2020) *Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành*. Ban hành theo Quyết định số 5332, Bộ Y tế.
2. Vũ Điện Biên, Phạm Nguyễn Sơn, Phạm Thái Giang và cộng sự (2017) *Giáo trình nội tim mạch, Tập III*. Nhà Xuất bản Y học, tr. 159-174.
3. Bhatt DL et al (2006) *International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis*. JAMA 295: 180-189.
4. Arroyo-Rodríguez C et al (2018) *Risk factors for three-vessel coronary artery disease in patients of Northwest Mexico*. Arch Cardiol Mex 88(5): 423-431.
5. Baineý KR et al (2021) *Long-term clinical outcomes following revascularization in high-risk coronary anatomy patients with stable ischemic heart disease*. J Am Heart Assoc 10: 018104.
6. Davidsen L et al (2020) *Long-term impact of baseline anaemia on clinical outcomes following percutaneous coronary intervention in stable angina*. Open Heart 7: 001319.
7. Patel MR et al (2017) *ACC/AATS/AHA/ASE/ASNC/SCAI/SCCT/STS 2017 appropriate use criteria for coronary revascularization in patients with stable ischemic heart disease*. J Am Coll Cardiol 69(17): 2212-2241.
8. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes (2020) *Standards of Medical care in diabetes 2020*. Diabetes Care 43(1): 14-32.
9. Paudel R et al (2015) *Association of chest pain versus dyspnea as presenting symptom for coronary angiography with demographics, coronary anatomy and 2-year mortality*. Arch Med Sci 12: 742-746.
10. Head SJ et al (2014) *Coronary artery bypass grafting vs. percutaneous coronary intervention for patients with three-vessel disease: Final five-year follow-up of the SYNTAX trial*. European Heart Journal 35(40): 2821-2830.