

- living environment? Data from the Cretan Lupus Epidemiology and Surveillance Registry. 28(1), 104-113.
4. Lê Thị Cao Nguyên*, L. T. V. T. (2019). Nồng độ Vitamin D huyết thanh trên bệnh nhân lupus ban đỏ. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 23(1), 75.
 5. Lee, Y. H., & Song, G. G. (2022). Association between the interferon- γ +874 T/A polymorphism and susceptibility to systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis: A meta-analysis. *Int J Immunogenet*, 49(6), 365-371.
 6. Liu, S., Li, J., Li, Y., Liu, Y., Wang, K., & Pan, W. (2021). Association Between the Interferon- γ +874 T/A Polymorphism and the Risk and Clinical Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus: A Preliminary Study. *Pharmgenomics Pers Med*, 14, 1475-1482.
 7. Seleem, A., Settin, A., El-Kholy, W., Fathy, H., & Mohamed, A. (2013). TNF- α (-308) G>A and IFN- γ (+874) A>T gene Polymorphisms in Egyptian Patients with Systemic Lupus Erythematosus: Focus on Lupus Nephritis. *%J Bulletin of Egyptian Society for Physiological Sciences*. 33(2), 113-126.
 8. To, C. H., Mok, C. C., Tang, S. S., Ying, S. K., Wong, R. W., & Lau, C. S. (2009). Prognostically distinct clinical patterns of systemic lupus erythematosus identified by cluster analysis. *Lupus*, 18(14), 1267-1275.
 9. Vale, E. C. S. d., & Garcia, L. C. (2023). Cutaneous lupus erythematosus: a review of etiopathogenic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 98(3), 355-372.
 10. Yahia, S. H., & Agmon-Levin, N. (2021). Chapter 10 - System lupus erythematosus and the environment. In G. C. Tsokos (Ed.), *Systemic Lupus Erythematosus (Second Edition)* (pp. 77-84). Academic Press.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM HEART TRONG DỰ ĐOÁN TỔN THƯƠNG MẠCH VÀNH THEO THANG ĐIỂM SYNTAX Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP KHÔNG ST CHÊNH LÊN

Phan Thái Hào¹, Võ Anh Tài²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên (HCMVCKSTCL) rất thường gặp tại khoa cấp cứu, và mức độ tổn thương mạch vành ảnh hưởng điều trị. Điểm SYNTAX, xác định thông qua chụp mạch vành, đánh giá chính xác độ phức tạp của tổn thương nhưng đòi hỏi thủ thuật xâm lấn. Ngược lại, điểm HEART – dựa trên các yếu tố lâm sàng (bệnh sử, ECG, tuổi, yếu tố nguy cơ, troponin) – cung cấp công cụ đánh giá nhanh chóng, không xâm lấn. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của điểm HEART trong dự đoán mức độ nghiêm trọng của tổn thương mạch vành, biểu thị bằng điểm SYNTAX, ở bệnh nhân HCMVCKSTCL. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 120 bệnh nhân HCMVCKSTCL nhập viện tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 12/2023 đến tháng 9/2024. Bệnh nhân được đánh giá điểm HEART và chụp mạch vành trong vòng 48 giờ sau nhập viện. Điểm SYNTAX được phân loại thành nhóm nguy cơ thấp (0–22), trung bình (23–32), hoặc cao (≥ 33). Tương quan giữa điểm HEART và SYNTAX được đánh giá bằng hệ số Spearman, và phân tích đường cong ROC xác định điểm cắt tối ưu của điểm HEART cho dự đoán SYNTAX ≥ 23 . **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm là 63,9 tuổi, với 66,7% là nam. Các yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm tăng huyết áp

(80,8%) và đái tháo đường (25,8%). Quan sát thấy tương quan thuận có ý nghĩa giữa điểm HEART và SYNTAX ($\rho = 0,819$, $p < 0,001$), với điểm HEART cao phản ánh mức độ tổn thương phức tạp hơn. Phân tích ROC cho diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,912 (KTC 95% 0,862–0,963), với điểm cắt HEART là 5 cho độ nhạy 90,6% và độ đặc hiệu 83,9% trong dự đoán điểm SYNTAX trung bình – cao (≥ 23). **Kết luận:** Điểm HEART là công cụ dự đoán không xâm lấn hiệu quả về độ phức tạp tổn thương mạch vành ở bệnh nhân HCMVCKSTCL, có tương quan có ý nghĩa với điểm SYNTAX. Điểm HEART ≥ 5 xác định bệnh nhân có nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành nghiêm trọng với độ chính xác cao, hỗ trợ phân tầng nguy cơ nhanh chóng và không xâm lấn, tạo điều kiện cho can thiệp kịp thời trong tình huống cấp cứu. **Từ khóa:** điểm HEART, điểm SYNTAX, hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên, giá trị dự đoán.

SUMMARY

THE PREDICTIVE VALUE OF THE HEART SCORE FOR CORONARY LESIONS BASED ON THE SYNTAX SCORE IN PATIENTS WITH NON-ST-ELEVATION ACUTE CORONARY SYNDROME

Introduction: Non-ST-elevation acute coronary syndrome (NSTEMI-ACS) is prevalent in emergency settings, with lesion severity influencing treatment pathways. The SYNTAX score, determined through coronary angiography, accurately assesses lesion complexity but requires an invasive procedure. In contrast, the HEART score – based on clinical factors (History, ECG, Age, Risk factors, Troponin)—offers a non-invasive, rapid assessment tool. This study

¹Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Trưng Vương, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hào

Email: phanthatihao@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024

evaluates the HEART score's effectiveness in predicting coronary lesion severity, as represented by the SYNTAX score, in NSTEMI-ACS patients. **Methods:** This cross-sectional study included 120 NSTEMI-ACS patients admitted to Trưng Vương Hospital from December 2023 to September 2024. Patients underwent HEART scoring and coronary angiography within 48 hours of admission. SYNTAX scores categorized patients into low (0–22), intermediate (23–32), or high-risk groups (≥ 33). Spearman's correlation was used to assess the HEART-SYNTAX relationship, with receiver operating characteristic (ROC) analysis identifying the optimal HEART score cutoff for predicting SYNTAX ≥ 23 . **Results:** The cohort's mean age was 63.9 years, with 66.7% male. Common risk factors included hypertension (80.8%), hyperlipidemia (73.3%) and diabetes (25.8%). A significant positive correlation ($\rho = 0.819$, $p < 0.001$) was observed between HEART and SYNTAX scores, with higher HEART scores reflecting greater lesion complexity. ROC analysis yielded an area under the curve (AUC) of 0.912 (95% CI, 0.862–0.963), with a HEART score cutoff of 5 showing 90.6% sensitivity and 83.9% specificity for predicting moderate-to-high SYNTAX scores (≥ 23). **Conclusion:** The HEART score is an effective, non-invasive predictor of coronary lesion complexity in NSTEMI-ACS patients, correlating significantly with SYNTAX scores. A HEART score of ≥ 5 accurately identifies patients at risk for severe coronary disease, supporting its use in rapid, non-invasive risk stratification and facilitating timely intervention in emergency settings. **Key words:** HEART score, SYNTAX score, Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndrome, Predictive value.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên (HCMVCKSTCL) là một gánh nặng trong chuyên khoa tim mạch, do tỷ lệ mắc cao và tính phức tạp trong chẩn đoán và điều trị. Không giống như nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, trong đó sự chênh lên của đoạn ST trên điện tâm đồ là dấu hiệu cấp cứu cần tái thông mạch máu, HCMVCKSTCL không có dấu hiệu đặc trưng này, gây khó khăn trong việc chẩn đoán sớm. Bệnh nhân HCMVCKSTCL có thể có các triệu chứng đau ngực tương tự như nhồi máu cơ tim có ST chênh lên, nhưng sự thiếu vắng của đoạn ST chênh lên làm phức tạp việc xác định và đánh giá nguy cơ, thường đòi hỏi một phương pháp chẩn đoán và điều trị tinh tế hơn.[8]

Tỷ lệ mắc HCMVCKSTCL ngày càng tăng có thể giải thích bởi sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ liên quan như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc. Khi dân số già đi và các yếu tố lối sống như chế độ ăn uống và hoạt động thể chất làm tăng nguy cơ tim mạch, nhiều người có nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành.[1] HCMVCKSTCL thường là điểm khởi đầu khi các yếu tố nguy cơ này hội tụ, dẫn đến sự phát triển của các tổn thương mạch vành phức

tạp. Do tính đa dạng trong biểu hiện của HCMVCKSTCL, kết quả lâm sàng của bệnh nhân có thể rất khác nhau, nhấn mạnh sự cần thiết của các công cụ phân tầng nguy cơ hiệu quả và kịp thời để giúp định hướng chiến lược điều trị phù hợp.[2]

Trong những năm gần đây, các bác sĩ ngày càng có xu hướng sử dụng các thang điểm lâm sàng để đánh giá khả năng xảy ra biến cố tim mạch bất lợi ở bệnh nhân HCMVCKSTCL. Trong số các hệ thống này, thang điểm HEART nổi bật nhờ tính đơn giản và sức mạnh dự báo. Thang điểm HEART đánh giá các yếu tố bệnh sử, điện tâm đồ, tuổi, yếu tố nguy cơ và troponin; được thiết kế để ước tính nguy cơ ngắn hạn xảy ra các biến cố tim mạch chính (MACE), như nhồi máu cơ tim, tái tưới máu mạch vành hoặc tử vong của bệnh nhân. Đây là công cụ đặc biệt hữu ích trong các tình huống cấp cứu cần đánh giá nhanh, vì HEART kết hợp cả dữ liệu lâm sàng và xét nghiệm vào một công cụ đơn giản, dễ sử dụng. Ngược lại, thang điểm SYNTAX được phát triển nhằm đánh giá độ phức tạp của bệnh mạch vành, dựa trên kết quả chụp mạch vành, thang điểm SYNTAX quy ra điểm số để phản ánh độ phức tạp của tổn thương mạch vành, bao gồm vị trí, sự liên quan đến các động mạch lớn và tổn thương chia nhánh. Mặc dù là một công cụ dự đoán quan trọng về kết quả thủ thuật cho bệnh nhân thực hiện can thiệp động mạch vành qua da (PCI), nhưng điểm SYNTAX đòi hỏi phải chụp mạch vành xâm lấn, khiến nó khó tiếp cận hơn trong các tình huống cấp cứu. Tuy vậy, điểm SYNTAX vẫn được đánh giá cao là công cụ mạnh mẽ để đánh giá độ phức tạp của tổn thương mạch vành và dự đoán kết quả điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh mạch vành.[5]

Việc kết hợp thang điểm HEART và SYNTAX có thể mang lại phương pháp mạnh mẽ trong đánh giá bệnh nhân HCMVCKSTCL. Trong khi thang điểm HEART cho phép phân tầng nguy cơ nhanh chóng, không xâm lấn dựa trên các yếu tố lâm sàng và xét nghiệm ban đầu, thang điểm SYNTAX cung cấp cái nhìn chi tiết về giải phẫu mạch vành. Bằng cách nghiên cứu mối liên hệ giữa hai thang điểm này, các bác sĩ có thể cải thiện khả năng xác định bệnh nhân có tổn thương mạch vành phức tạp, những người có thể hưởng lợi từ điều trị tích cực hoặc can thiệp sớm.

Nghiên cứu này nhằm kết nối khoảng trống giữa các phương pháp đánh giá không xâm lấn và xâm lấn bằng cách xem xét giá trị dự đoán của thang điểm HEART đối với độ phức tạp của tổn thương mạch vành, được xác định bằng thang điểm SYNTAX ở bệnh nhân HCMVCKSTCL.

Bằng cách xác định liệu điểm HEART cao có tương quan với điểm SYNTAX cao hay không, chúng tôi hy vọng xây dựng một phương pháp thực tiễn để xác định sớm những bệnh nhân có giải phẫu mạch vành phức tạp, từ đó thúc đẩy ra quyết định điều trị kịp thời và phù hợp. Phương pháp này có thể mang lại ý nghĩa đáng kể trong môi trường cấp cứu và điều trị ngoại trú, nơi việc phân loại nhanh và điều trị chính xác là cần thiết để đạt kết quả tốt nhất cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu và dân số nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang này bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán HCMVCKSTCL nhập viện tại Bệnh viện Trưng Vương từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024. Tiêu chí chọn bệnh nhân là những người có triệu chứng phù hợp với đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không ST chênh lên. Các bệnh nhân có block nhánh trái hoặc từng được tái thông mạch vành trước đó đều bị loại khỏi nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu và các biến số. Dữ liệu thu thập bao gồm tiền sử bệnh, kết quả điện tâm đồ, các yếu tố nguy cơ, troponin và các chỉ số xét nghiệm bổ sung khác. Điểm HEART, bao gồm năm tiêu chí chính, được tính cho từng bệnh nhân, với điểm tối đa từ 0 đến 10. Điểm SYNTAX được xác định thông qua chụp động mạch vành, đánh giá mức độ và độ phức tạp của tổn thương mạch vành.

Phân tích thống kê. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS. Phân tích hồi quy logistic và phân tích đường cong ROC được sử dụng để đánh giá giá trị dự đoán của điểm HEART đối với điểm SYNTAX. Diện tích dưới đường cong ROC (AUC) được tính, với $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch quyết định số 958/TĐHYKPNT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân. Tổng cộng có 120 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu, với độ tuổi trung bình là $63,9 \pm 9,6$ tuổi. Trong số này, có 80 bệnh nhân (66,7%) là nam và 40 bệnh nhân (33,3%) là nữ. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến trong dân số nghiên cứu khá cao, với 97 bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp (80,8%), 88 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn lipid máu (73,3%), 31 bệnh nhân mắc đái tháo đường (25,8%) và 20 bệnh nhân có hút thuốc lá (16,7%). Các yếu tố nguy cơ khác ghi nhận với tỷ lệ thấp hơn, như đột quỵ (5,0%), tiền sử nhồi máu cơ tim (4,2%), tiền sử gia đình mắc bệnh mạch vành (1,7%) và bệnh động mạch ngoại biên (0,8%). Đặc điểm sinh hóa của dân số nghiên cứu theo điểm SYNTAX được trình bày trong Bảng 1. Phân tầng nguy cơ theo điểm GRACE ở nhóm có điểm SYNTAX trung bình - cao và nhóm có điểm SYNTAX thấp được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 1. Đặc điểm sinh hóa của dân số nghiên cứu theo điểm SYNTAX

Biến số (đơn vị)	SYNTAX trung bình – cao	SYNTAX thấp	p
Glucose (mmol/l)***	5,9 [5,1 – 9,3]	6,1 [5,0 – 7,6]	0,641*
Urê (mmol/l)***	5,5 [4,0 – 8,4]	5,4 [4,5 – 6,6]	0,468*
Creatinine (μmol/l)***	89,0 [77,0 – 115,0]	86,0 [76,0 – 97,0]	0,315*
eGFR (ml/ph/1,73m ²)****	67,5 ± 21,6	69,3 ± 12,6	0,574**
Cholesterol toàn phần (mmol/l)***	4,4 [3,5 – 5,8]	4,6 [3,9 – 5,3]	0,833*
HDL – C (mmol/l)***	1,0 [0,8 – 1,2]	1,0 [0,9 – 1,2]	0,075*
Triglyceride (mmol/l)***	1,7 [1,2 – 2,6]	1,9 [1,4 – 2,5]	0,444*
LDL – C (mmol/l)***	2,4 [1,9 – 3,5]	2,7 [1,9 – 3,2]	0,748*
Troponin I (pg/ml)***	587,4 [13,0 – 2859,7]	23,6 [1,7 – 793,7]	0,002*

* Kiểm định Mann Whitney
 ** kiểm định t hai mẫu độc lập
 ***Các biến số không có phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng trung vị [khoảng tứ phân vị]
 ****Các biến số có phân phối chuẩn sẽ được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn.

Nhận xét: Có sự tương đồng về kết quả xét nghiệm glucose, urê, creatinine, eGFR, cholesterol toàn phần, HDL – C, triglyceride, LDL – C giữa nhóm có điểm SYNTAX trung bình – cao và nhóm có điểm SYNTAX thấp. Nồng độ Troponin I ở nhóm có điểm SYNTAX trung bình – cao cao hơn ở nhóm SYNTAX thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (kiểm định Mann Whitney, $p=0,002$).

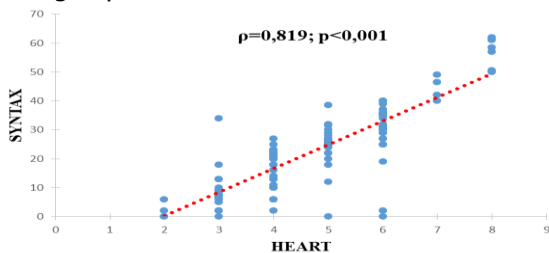
Bảng 2. Nguy cơ theo điểm GRACE của nhóm có điểm SYNTAX trung bình – cao và nhóm có điểm SYNTAX thấp

Nguy cơ theo điểm GRACE	SYNTAX	SYNTAX thấp	Tổng	p
-------------------------	--------	-------------	------	---

	trung bình – cao			
Nguy cơ thấp (GRACE<109)	36 (56,3%)	47 (83,9%)	83 (69,2%)	0,001*
Nguy cơ trung bình – cao (GRACE ≥109)	28 (43,8%)	9 (16,1%)	37 (30,8%)	
Tổng	64 (100%)	56 (100%)	120 (100%)	

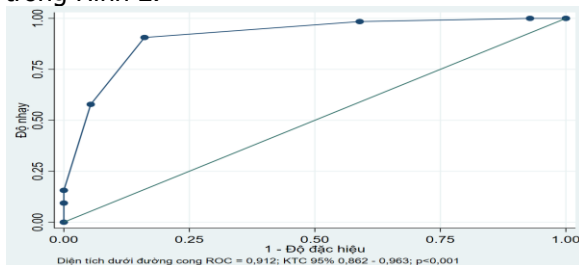
Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ trung bình – cao theo GRACE ở nhóm có điểm SYNTAX trung bình – cao là 43,8%, cao hơn ở nhóm có điểm SYNTAX thấp (16,1%). Sự khác biệt về nguy cơ theo điểm GRACE giữa nhóm có điểm SYNTAX trung bình – cao và nhóm điểm SYNTAX thấp có ý nghĩa thống kê (kiểm định χ^2 , $p=0,001$)

Tương quan giữa điểm HEART và điểm SYNTAX. Có mối tương quan chặt chẽ giữa thang điểm HEART và điểm SYNTAX ở bệnh nhân HCMVCKSTCL với hệ số tương quan $\rho = 0,819$ và tương quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) (Hình 1). Điều này cho thấy thang điểm HEART có thể phản ánh chính xác mức độ nghiêm trọng của tổn thương mạch vành được đánh giá qua điểm SYNTAX.



Hình 1. Tương quan giữa điểm HEART và điểm SYNTAX

Hiệu quả của thang điểm HEART trong dự đoán độ nặng của tổn thương mạch vành. Thang điểm HEART cho thấy độ chính xác cao trong dự đoán tổn thương mạch vành nặng (điểm SYNTAX ≥ 23), với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) đạt 0,912. Điểm cắt tối ưu là 5, với độ nhạy 90,6% và độ đặc hiệu 83,9%, cho thấy khả năng dự đoán cao đối với độ nặng của tổn thương mạch vành. Kết quả được thể hiện trong Hình 2.



Hình 2. Đường cong ROC của điểm HEART trong dự đoán điểm SYNTAX trung bình – cao

Các yếu tố độc lập dự đoán cho tổn thương mạch vành nặng. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy hai yếu tố dự đoán độc

lập cho tổn thương mạch vành nặng (điểm SYNTAX trung bình – cao) là giới tính nam (OR = 4,412) và điểm HEART ≥ 5 (OR = 63,002). Các yếu tố như ure, creatinine và điểm GRACE có sự liên quan trong phân tích hồi quy logistic đơn biến nhưng không duy trì ý nghĩa thống kê trong phân tích đa biến, điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của điểm HEART ≥ 5 và giới tính nam trong việc dự đoán mức độ nghiêm trọng của tổn thương mạch vành. Kết quả được trình bày trong Bảng 3.

Bảng 3. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố dự đoán điểm SYNTAX trung bình – cao

Biến số	OR	KTC 95%	p
Giới tính nam	4,412	1,186 – 24,332	0,036
Ure	0,993	0,765 – 1,290	0,959
Creatinine	1,002	0,982 – 1,023	0,842
GRACE	1,006	0,980 – 1,033	0,642
HEART ≥ 5	63,002	16,603-239,066	<0,001

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu trước đây, khẳng định giá trị dự đoán của thang điểm HEART trong việc đánh giá độ phức tạp của động mạch vành theo điểm SYNTAX. Các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy bệnh nhân có điểm HEART cao thường có tổn thương động mạch vành phức tạp hơn, tương tự như khi được đánh giá bằng điểm SYNTAX.[3],[7] Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân có điểm HEART từ 5 trở lên có khả năng cao hơn đáng kể đạt điểm SYNTAX từ 23 trở lên, điều này phù hợp với kết quả của Salimi và cộng sự khi nghiên cứu mối tương quan giữa điểm HEART và SYNTAX. Ngoài ra, Six và cộng sự đã xác nhận thang điểm HEART là công cụ đáng tin cậy trong môi trường cấp cứu tim mạch, chứng minh hiệu quả của nó trong việc phân tầng nguy cơ bệnh nhân mắc các biến chứng bệnh mạch vành. Điều này nhấn mạnh tính hữu dụng của thang điểm HEART như một phương pháp không xâm lấn, có sự liên kết mạnh mẽ với độ phức tạp giải phẫu được phản ánh qua điểm SYNTAX.

Một số cơ chế có thể giải thích mối quan hệ dự đoán giữa điểm HEART và điểm SYNTAX. Các thành phần của thang điểm HEART, đặc biệt là các phát hiện trên ECG, tuổi và mức troponin, phản ánh các chỉ dấu chức năng và sinh hóa của gánh nặng thiếu máu cục bộ, vốn có liên quan

chặt chẽ đến mức độ nặng của bệnh động mạch vành. Điểm SYNTAX, mặc dù chủ yếu mang tính giải phẫu, lại bị ảnh hưởng mạnh mẽ bởi mức độ hẹp, tổn thương tại các vị trí phân nhánh, và phân bố tổng thể của tổn thương, những đặc điểm này thường nổi bật hơn ở những bệnh nhân có điểm HEART cao. Trong các trường hợp HCMVCKSTCL, mức troponin tăng cao chỉ ra tổn thương cơ tim, điều này có thể tương ứng với các tổn thương mạch vành phức tạp hơn khi quan sát cùng với các yếu tố nguy cơ khác trong thang điểm HEART. Mỗi quan hệ này gợi ý rằng điểm HEART cao không chỉ dự đoán các biến cố bất lợi mà còn có thể là dấu hiệu cho gánh nặng giải phẫu của bệnh, đòi hỏi quản lý tích cực hơn.

Kết quả của nghiên cứu này ủng hộ việc sử dụng thang điểm HEART như một công cụ thiết thực, không xâm lấn trong phân tầng nguy cơ sớm cho bệnh nhân HCMVCKSTCL. Với mối tương quan giữa điểm HEART và cấu trúc giải phẫu mạch vành phức tạp (được xác định qua điểm SYNTAX), các bác sĩ có thể sử dụng thang điểm HEART để nhận diện những bệnh nhân có thể hưởng lợi từ can thiệp sớm, ngay cả trong các cơ sở không có điều kiện chụp mạch vành ngay lập tức. Phương pháp này có giá trị đặc biệt tại các khoa cấp cứu và cơ sở chăm sóc khẩn cấp, nơi thang điểm HEART có thể định hướng quyết định ban đầu, từ đó hướng bệnh nhân có nguy cơ cao đến các phương pháp hình ảnh và can thiệp chuyên sâu hơn. Việc tích hợp thang điểm HEART vào các đánh giá thường quy cho bệnh nhân HCMVCKSTCL có thể giúp tối ưu hóa lộ trình chăm sóc bằng cách thúc đẩy các kế hoạch điều trị nhanh chóng và phù hợp.

Kết hợp điểm HEART và SYNTAX cũng có thể cung cấp cái nhìn sâu sắc về tiên lượng bệnh nhân sau can thiệp, vì điểm SYNTAX cao thường liên quan đến nguy cơ thủ thuật lớn hơn và biến chứng sau phẫu thuật.[4],[6] Đánh giá tích hợp này có thể giúp giảm các biến cố bất lợi bằng cách đảm bảo bệnh nhân có tổn thương phức tạp về mặt giải phẫu được can thiệp PCI hoặc phẫu thuật phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm HEART cho thấy tiềm năng như một công cụ dự đoán trong đánh giá mức độ phức tạp của tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân HCMVCKSTCL. Mối tương quan của thang điểm này với thang điểm SYNTAX ủng hộ khả năng ứng dụng trong các tình huống cấp cứu, giúp các bác sĩ đưa ra quyết định điều trị sớm cho bệnh nhân chưa thể chụp mạch vành ngay lập tức. Phân tích hồi quy logistic đa biến

cho thấy hai yếu tố dự đoán độc lập cho tổn thương động mạch vành nặng (điểm SYNTAX trung bình-cao) là giới tính nam (OR = 4,412) và điểm HEART ≥ 5 (OR = 63,002).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E.** Risk Factors for Coronary Artery Disease. StatPearls. StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.; 2024:
2. **Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes: Developed by the task force on the management of acute coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal. 2023;doi:10.1093/eurheartj/ehad191
3. **Cedro AV, Mota DM, Ohe LN, et al.** Association between Clinical Risk Score (Heart, Grace and TIMI) and Angiographic Complexity in Acute Coronary Syndrome without ST Segment Elevation. Arq Bras Cardiol. Aug 2021;117(2):281-287. Associação entre Escores de Risco Clínico (HEART, GRACE e TIMI) e Complexidade Angiográfica na Síndrome Coronária Aguda sem Elevação do Segmento ST. doi:10.36660/abc.20190417
4. **Garg S, Sarno G, Serruys PW, et al.** Prediction of 1-Year Clinical Outcomes Using the SYNTAX Score in Patients With Acute ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Undergoing Primary Percutaneous Coronary Intervention: A Substudy of the STRATEGY (Single High-Dose Bolus Tirofiban and Sirolimus-Eluting Stent Versus Abciximab and Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction) and MULTISTRATEGY (Multicenter Evaluation of Single High-Dose Bolus Tirofiban Versus Abciximab With Sirolimus-Eluting Stent or Bare-Metal Stent in Acute Myocardial Infarction Study) Trials. JACC: Cardiovascular Interventions. 2011/01/01/ 2011;4(1):66-75. doi:https://doi.org/10.1016/j.jcin.2010.09.017
5. **Lawton JS, Tamis-Holland JE, Bangalore S, et al.** 2021 ACC/AHA/SCAI Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022;145(3):e18-e114. doi:doi:10.1161/CIR.0000000000001038
6. **Magro M, Nauta S, Simsek C, et al.** Value of the SYNTAX score in patients treated by primary percutaneous coronary intervention for acute ST-elevation myocardial infarction: The MI SYNTAXscore study. American Heart Journal. 2011/04/01/ 2011;161(4):771-781. doi:https://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.01.004
7. **Maltes S, Paiva MS, Madeira S, et al.** Correlation between NSTEMI-ACS risk scores with Syntax: can we predict coronary lesion complexity before angiography? European Heart Journal. 2022; 43(Supplement_2)doi:10.1093/eurheartj/ehac544.1300
8. **Rott D, Leibowitz D.** STEMI and NSTEMI are two distinct pathophysiological entities. Eur Heart J. Nov 2007;28(21):2685; author reply 2685. doi:10.1093/eurheartj/ehm368.

ĐÁNH GIÁ PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY U SỢI MẠCH VÒM MŨI HỌNG

Nguyễn Minh Hào Hớn^{1,2}, Trần Việt Luân¹,
Trần Việt Hồng¹, Nguyễn Thanh Hải²

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi trong điều trị u sợi mạch vòm mũi họng, tập trung vào các tiêu chí lấy sạch u đại thể, kiểm soát lượng máu mất, biến chứng, theo dõi sau phẫu thuật và tỷ lệ tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả thực hiện trên 31 bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. HCM từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2024. Các bệnh nhân được đánh giá giai đoạn bệnh theo phân độ Andrews và UPMC. **Kết quả:** Theo phân độ Andrews, giai đoạn II chiếm nhiều nhất với 64,5% bệnh nhân; phân độ UPMC giai đoạn I chiếm nhiều nhất, với 41,9%. 80,7% bệnh nhân được tắc mạch trước phẫu thuật. Tất cả các ca phẫu thuật đều thành công, với lượng máu mất trung bình 569,4 ml; 6 bệnh nhân cần truyền máu. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng máu mất giữa các giai đoạn UPMC ($p = 0,045$). Thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Theo dõi qua CT sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ tái phát là 19,4% (6 trường hợp). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cho thấy hiệu quả cao, tránh được sẹo ngoài và biến dạng sọ mặt, giúp kiểm soát khối u lan rộng, đồng thời giảm thời gian phục hồi và thời gian nằm viện. **Từ khóa:** u sợi mạch vòm mũi họng, phẫu thuật nội soi mũi xoang, phân loại Andrews, phân loại UPMC, tắc mạch trước phẫu thuật

SUMMARY

OUTCOMES OF ENDOSCOPIC EXCISION OF JUVENILE NASOPHARYNGEAL ANGIOFIBROMA

Objective: To evaluate the effectiveness of endoscopic surgery in treating nasopharyngeal angiofibroma, focusing on criteria of complete gross tumor resection, blood loss control, complications, postoperative follow-up, and recurrence rate. **Methods:** A descriptive study conducted on 31 patients at the Ho Chi Minh City Ear, Nose, and Throat Hospital from July 2019 to July 2024. The patients were staged according to the Andrews and UPMC classifications. **Results:** According to the Andrews classification, stage II accounted for the highest proportion with 64.5% of patients; in the UPMC classification, stage I was most common, with 41.9%. 80.7% of patients underwent preoperative embolization. All surgeries were successful, with an average blood loss of 569.4 ml; 6 patients required blood transfusion. There was a statistically significant difference in blood loss among the UPMC stages ($p =$

0.045). The average hospital stay was 5 days. Postoperative CT follow-up showed a recurrence rate of 19.4% (6 cases). **Conclusion:** Endoscopic surgery demonstrated high effectiveness, avoiding external scars and facial deformities, helping control tumor spread, and reducing recovery time and hospital stay.

Keywords: nasopharyngeal angiofibroma, endoscopic sinus surgery, Andrews staging system, UPMC staging system, preoperative embolization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U sợi mạch vòm mũi họng là một khối u lành tính hiếm gặp nhưng có khả năng tăng sinh mạch máu mạnh mẽ, chỉ xảy ra ở nam giới, thường gặp trong độ tuổi từ 8 đến 25, chiếm khoảng 0,05-0,5% trong tổng số các khối u vùng đầu cổ. Trước đây, phẫu thuật loại bỏ u sợi mạch vòm mũi họng chủ yếu được thực hiện qua các đường mổ như cạnh mũi, đường lật găng, dưới môi và trước tai. Các phương pháp này thường dẫn đến sẹo ngoài mặt thẩm mỹ và ảnh hưởng đến sự phát triển khuôn mặt ở những bệnh nhân trẻ tuổi do phải khoan cắt xương¹.

Trong hơn một thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi đã có những bước tiến đáng kể, cung cấp một phẫu trường rõ ràng, giúp tránh các đường mổ xương vùng hàm mặt, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ biến chứng cũng như tái phát. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng tắc mạch trước phẫu thuật giúp giảm đáng kể lượng máu mất trong phẫu thuật và tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình loại bỏ khối u. Tuy nhiên, trong các trường hợp khối u ở giai đoạn sớm, việc tắc mạch có thể không cần thiết để hạn chế nguy cơ biến chứng và giảm chi phí điều trị².

U sợi mạch vòm mũi họng là một khối u hiếm gặp, thường gây ra nhiều thách thức cho phẫu thuật viên, đặc biệt là trong việc kiểm soát lượng máu mất và xử lý khối u ở những vị trí khó. Do vậy, chưa có nhiều nghiên cứu về việc phẫu thuật nội soi lấy khối u này tại Việt Nam. Trong bối cảnh đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả và ghi nhận những thuận lợi và khó khăn của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị u sợi mạch vòm mũi họng, từ đó đóng góp thêm thông tin và kinh nghiệm về bệnh lý phức tạp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. Những trường hợp u sợi mạch vòm mũi họng được phẫu thuật lấy u qua nội soi mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Hào Hớn

Email: drhaohon@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024