

với $p = 0,8$. Bin Saif [8] ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ TPO-Ab huyết thanh của bệnh nhân RTTV mức độ nặng (toàn thể, toàn bộ) so với bệnh nhân RTTV mức độ nhẹ (khu trú) ($p < 0.001$).

V. KẾT LUẬN

Nồng độ TPO-Ab và TRAb huyết thanh nhóm bệnh nhân RTTV cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm người khỏe mạnh, đặc biệt cao hơn ở nhóm bệnh nhân RTTV lan toả so với nhóm RTTV giới hạn. Ngoài ra nghiên cứu cũng cho thấy nồng độ TRAb huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng, và nồng độ TPO-Ab huyết thanh trong nhóm bệnh nhân có đồng mắc bệnh cơ địa và/hoặc tự miễn đều khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không đồng mắc bệnh cơ địa dị ứng và/hoặc bệnh tự miễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Antonelli A, Serrari M F, Corrado A, (2015), "Autoimmune thyroid disorders", *Autoimmunity Reviews*, 14 (2), pp. 174-180.
2. Bakry O A, Basha M A, Shafiee M K E, (2014), "Thyroid Disorders Associated with Alopecia Areata in Egyptian Patients", *Indian Journal of Dermatology*, 59 (1), pp. 49-55.
3. Bodo E, Kromminga A, Biro T, (2009), "Human female hair follicles are a direct, nonclassical target for thyroid-stimulating hormone", *J Invest Dermatol*, 129 (5), pp. 1126-1139.
4. Kang S, Amagai M, Bruckner A L, (2019), *Fitzpatrick's Dermatology*, Mc Graw Hill, pp. 3493-3499.
5. Kaur G, Kuldeep C M, Bhargava P, (2017), "Insignificant Correlation Between Thyroid Hormone and Antithyroid Peroxidase Antibodies in Alopecia Areata in Northern Rajasthan", *International Journal of Trichology*, 9 (4), pp. 149-153.
6. Noso S, Park C, Babaya N, (2015), "Organ Specific in Autoimmune Diseases: Thyroid and Islet Autoimmunity in Alopecia Areata", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 100 (5), pp. 1976-1983.
7. Park S M, Oh Y J, Lew B L, (2019), "The association among thyroid dysfunction, thyroid autoimmunity, and clinical features of alopecia areata: A retrospective study", *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81 (2), pp. 602-605.
8. Saif G A B, (2016), "Severe Subtype of Alopecia Areata is highly associated with Thyroid Autoimmunity", *Saudi Medical Journal*, 37 (6), pp. 656-661.
9. Saniee S, Zare A G, Radmehr A, (2019), "Thyroid Dysfunction in Alopecia Areata", *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, 23 (2), pp. 92-96.
10. Siriwardhane T, Krishna K, Ranganathan V, (2019), "Significance of Anti-TPO as an Early Predictive Marker in Thyroid Disease", *Autoimmunity Diseases*, 2019 pp. 6 pages.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ ABI VÀ MỨC ĐỘ GIẢI PHẪU MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Trương Phi Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Chỉ số ABI (huyết áp cổ chân – cánh tay) là một công cụ đơn giản, không xâm lấn, dùng để đánh giá bệnh động mạch ngoại biên. Trong hội chứng mạch vành cấp, ABI có thể liên quan đến mức độ tổn thương mạch vành qua thang điểm SYNTAX. Việc nghiên cứu mối liên quan này có thể mang lại thông tin hữu ích về gánh nặng bệnh lý mạch máu và giúp khảo sát giá trị tiên lượng của ABI lên kết cục ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá mối liên quan giữa chỉ số ABI với mức độ giải phẫu mạch vành

theo thang điểm SYNTAX trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Đối tượng:** Bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp lần đầu được điều trị tại khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 78 đối tượng được nghiên cứu, trong đó có 43 bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp là nhóm bệnh và 35 người làm nhóm chứng. Nhóm bệnh lý có độ tuổi trung bình là $65 \pm 8,4$ tuổi, trong đó tỉ lệ nam giới là 65,1%. Về giải phẫu mạch vành, đa số nhóm bệnh lý có bệnh lý 3 nhánh mạch vành (44,2%) và điểm số SYNTAX trung bình là $21,1 \pm 10,7$. Nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp có chỉ số ABI $\leq 0,9$ là 32,6% và có tỉ lệ bệnh lý 1 nhánh, 2 nhánh, 3 nhánh không khác biệt với nhóm có ABI $> 0,9$. Tuy nhiên nhóm HCVC có ABI $\leq 0,9$ ghi nhận điểm SYNTAX, SYNTAX II PCI, SYNTAX II CABG lần lượt là $29,4 \pm 11,2$; $49,4 \pm 13,0$ và $40,0 \pm 8,0$ cao hơn so với nhóm ABI $> 0,9$: $17,2 \pm 7,9$; $36,2 \pm 11,4$ và $25,8 \pm 7,3$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra chỉ số ABI cũng có mối tương quan nghịch, mức độ mạnh với điểm số SYNTAX,

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025

SYNTAX II PCI, SYNTAX II CABG với hệ số tương quan r lần lượt là $r_{\text{SYNTAX}} = -0,56$, $r_{\text{SYNTAX II PCI}} = -0,53$ và $r_{\text{SYNTAX II CABG}} = -0,63$ với giá trị p đều $< 0,001$. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp có chỉ số ABI $\leq 0,9$ có tổn thương thân chung, mức độ giải phẫu mạch vành phức tạp theo SYNTAX và SYNTAX II cao hơn ý nghĩa với nhóm có chỉ số ABI $> 0,9$.

Từ khóa: Hội chứng mạch vành cấp, SYNTAX, chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN THE ANKLE-BRACHIAL INDEX AND THE SEVERITY OF CORONARY ARTERY ANATOMY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Introduction: The Ankle-Brachial Index (ABI) is a simple, non-invasive tool for assessing peripheral artery disease. In acute coronary syndrome (ACS), ABI may correlate with the extent of coronary artery damage, as evaluated by the SYNTAX score. Investigating this relationship can provide valuable insights into vascular disease burden and help assess the prognostic value of ABI in determining outcomes for ACS patients. **Objective:** This study aims to evaluate the relationship between ABI and the severity of coronary artery anatomy, measured by the SYNTAX score, in patients with ACS. **Subjects:** Patients with their first episode of acute coronary syndrome treated at the Cardiology and Interventional Cardiology Department, Chợ Rẫy Hospital, from January 2024 to July 2024. **Study design:** A descriptive cross-sectional study. **Results:** A total of 78 participants were included, comprising 43 ACS patients (study group) and 35 controls. The mean age of the ACS group was 65 ± 8.4 years, with 65.1% being male. Regarding coronary anatomy, the majority of ACS patients had three-vessel disease (44.2%) with an average SYNTAX score of 21.1 ± 10.7 . Among ACS patients, 32.6% had an ABI ≤ 0.9 , with no significant difference in the prevalence of one-vessel, two-vessel, or three-vessel disease compared to those with an ABI > 0.9 . However, ACS patients with ABI ≤ 0.9 had significantly higher SYNTAX, SYNTAX II PCI, and SYNTAX II CABG scores (29.4 ± 11.2 , 49.4 ± 13.0 , and 40.0 ± 8.0 , respectively) compared to those with ABI > 0.9 (17.2 ± 7.9 , 36.2 ± 11.4 , and 25.8 ± 7.3 ; $p < 0.05$). Additionally, ABI showed a strong negative correlation with SYNTAX, SYNTAX II PCI, and SYNTAX II CABG scores, with correlation coefficients of $r_{\text{SYNTAX}} = -0.56$, $r_{\text{SYNTAX II PCI}} = -0.53$, and $r_{\text{SYNTAX II CABG}} = -0.63$ ($p < 0.001$). **Conclusion:** ACS patients with an ABI ≤ 0.9 exhibited more complex coronary anatomy, including left main involvement and higher SYNTAX and SYNTAX II scores, compared to those with an ABI > 0.9 .

Keywords: Acute coronary syndrome, SYNTAX, Ankle-Brachial Index (ABI).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ABI là một công cụ không xâm lấn sử dụng tại giường, có độ đặc hiệu và độ nhạy đáng kể trong chẩn đoán bệnh động mạch ngoại biên và chỉ số ABI thấp có liên quan đến tỷ lệ mắc và tử

vong do tim mạch cao hơn (với mỗi mức giảm 0,1 của ABI, tỷ lệ tử vong tăng khoảng 13%).¹

Điểm SYNTAX là một thang điểm để đánh giá mức độ phức tạp của bệnh mạch vành, dựa trên các đặc điểm như tổn thương chỗ chia nhánh, tắc hoàn toàn, huyết khối, vôi hóa và mạch máu nhỏ. Mỗi tổn thương động mạch vành với mức hẹp lòng mạch lớn hơn 50% trong các mạch $\geq 1,5$ mm được chấm điểm riêng lẻ và tổng hợp để đưa ra điểm SYNTAX tổng.² Hiện nay, thang điểm SYNTAX II cải tiến từ SYNTAX bằng cách kết hợp thang điểm SYNTAX ban đầu với các yếu tố lâm sàng và dự đoán để tối ưu hóa lựa chọn điều trị cho bệnh nhân bệnh mạch vành.

Bệnh nhân bệnh động mạch ngoại biên trải qua chụp mạch vành thường có các tổn thương nghiêm trọng hơn và vôi hóa nhiều hơn, cho thấy một dạng xơ vữa động mạch tiến triển hơn. Dựa trên thực tế này, chúng tôi giả định rằng ABI thấp có thể là một công cụ hữu ích để dự đoán mức độ phức tạp của bệnh mạch vành.³ Đặc biệt trên đối tượng hội chứng vành cấp, chỉ số ABI cũng ghi nhận có mối tương quan mạnh với điểm số SYNTAX. Tuy nhiên tại Việt Nam, dữ liệu về mối liên quan giữa chỉ số ABI và mức độ giải phẫu mạch vành còn ít, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá Mối liên quan giữa chỉ số ABI và mức độ giải phẫu mạch vành theo thang điểm SYNTAX và SYNTAX II trên bệnh nhân hội chứng vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu được tiến hành tại khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024. Dân số nghiên cứu bao gồm nhóm bệnh lý là những bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp lần đầu tiên. Tiêu chuẩn nhận vào của nhóm bệnh lý: (1) Bệnh nhân nam hoặc nữ ≥ 18 tuổi (2) được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp lần đầu và (3) có kết quả chụp mạch vành. Tiêu chuẩn nhận vào của nhóm chứng: (1) Bệnh nhân nam hoặc nữ ≥ 18 tuổi (2) được chỉ định chụp mạch vành và có kết quả không hẹp ý nghĩa. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Trong nghiên cứu này, chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh hội chứng vành cấp trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu

chính gồm hành chính (tên, tuổi, giới tính), đặc điểm tiền căn (các bệnh lý đồng mắc), đặc điểm lâm sàng (cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, triệu chứng đau cách hồi, phân độ Fontaine, thể lâm sàng hội chứng vành cấp), kết quả chụp mạch vành, điểm số SYNTAX, SYNTAX II PCI, SYNTAX II CABG, kết quả siêu âm tim (LVEF), sinh hóa máu (Creatinine máu, Độ thanh thải Creatinine).

Điểm SYNTAX được xác định bằng các bước sau: (1) xác định ưu nặng phải hay trái của hệ động mạch vành (2) số tổn thương (3) những đoạn thuộc tổn thương (4) tắc hoàn toàn (số đoạn bị tắc, thời gian tắc hoàn toàn, tắc cục, tuần hoàn bàng hệ, đoạn đầu tiên qua chỗ tắc nhìn thấy được, những nhánh bên nào thuộc tổn thương) (5) tổn thương tại chỗ chia 3 (6) tổn thương chia đôi (loại, góc của đoạn xa với nhánh bên < 70 độ) (7) tổn thương tại lỗ (8) tổn thương uốn khúc nặng (9) tổn thương dài trên 20 mm (10) tổn thương canxi hóa nặng (11) huyết khối (12) tổn thương lan tỏa / mạch nhỏ (số đoạn toornit hướng lan tỏa và mạch nhỏ). Thang điểm SYNTAX II được dựa vào điểm SYNTAX kèm 7 tiêu chí sau: tuổi, độ thanh thải Creatinine (CrCl), phân suất tổng máu thất trái (LVEF), có bệnh lý thân chung, giới tính, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh động mạch ngoại biên. Chúng tôi sử dụng công cụ tính điểm SYNTAX và SYNTAX II dựa vào phần mềm có sẵn từ trang web có địa chỉ như sau: <https://syntaxscore.org/calculator/start.htm>

Xử lý thống kê. Dữ liệu được nhập liệu và xử lý số liệu bằng Stata 14.5. Thống kê mô tả: các biến số định lượng sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Thống kê phân tích: kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không. Chúng tôi dựa vào giá trị trung bình, trung vị gần bằng nhau, biểu đồ phân phối chuẩn có dạng hình chuông và Skewness gần bằng 0. Được coi là phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa $p > 0,05$. Nếu không phân phối chuẩn chúng tôi dùng phép kiểm Mann Whitney để so sánh trung vị của 2 nhóm. Để đánh giá mối tương quan chúng tôi sử dụng phân tích tương quan Pearson nếu biến số có phân phối chuẩn hoặc phân tích tương quan Spearman nếu biến số không có phân phối chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

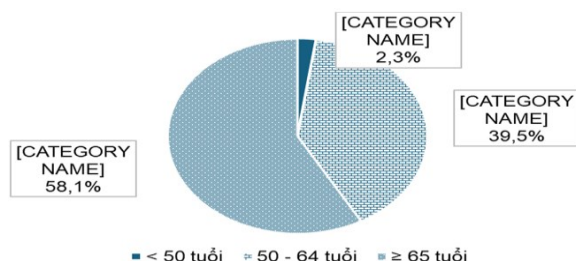
Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi

nhận 43 bệnh nhân hội chứng vành cấp và 35 bệnh nhân làm nhóm chứng. Trong nhóm bệnh lý, độ tuổi trung bình là $65,0 \pm 8,4$, trong đó tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế với 65,1% và chỉ số khối cơ thể trung bình là $22,7 \pm 3,7 \text{ kg/m}^2$ (Bảng 1). Trong nhóm bệnh lý, nhóm tuổi > 65 chiếm ưu thế với 58,1% (Biểu đồ 1). Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất là rối loạn lipid máu (93,0%) và tăng huyết áp (81,4%) (Bảng 2).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng cơ bản của nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp

Đặc điểm	Nhóm bệnh lý (n=43)
Giới tính nam, n (%)	28 (65,1)
Tuổi, TB $\pm$ ĐLC	$65,0 \pm 8,4$
Chỉ số khối cơ thể (kg/m^2) TB $\pm$ ĐLC	$22,7 \pm 3,7$



Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi trong nhóm bệnh lý (n=43)

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ tim mạch trong nhóm bệnh lý (n=43)

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Béo phì ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$)	12	27,9
Tăng huyết áp	35	81,4
Đái tháo đường	15	34,9
Hút thuốc lá	23	53,5
Rối loạn lipid máu	40	93,0

Đặc điểm tổn thương động mạch vành trong nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp. Nhóm hội chứng vành cấp (n=43) trong nghiên cứu của chúng tôi có đa số là bệnh lý 3 nhánh mạch vành với 44,2% và điểm số SYNTAX trung bình là $21,1 \pm 10,7$. Chúng tôi chia nhóm bệnh lý thành nhóm có chỉ số ABI $\leq 0,9$ (n=14) chiếm 32,6% và nhóm có chỉ số ABI > 0,9 (n=29) chiếm 67,4%.

Nhóm bệnh nhân có ABI $\leq 0,9$ không có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh lý 1 nhánh, 2 nhánh hay 3 nhánh với nhóm ABI > 0,9. Tuy nhiên, tổn thương thân chung, điểm số SYNTAX trung bình, SYNTAX II PCI trung bình và SYNTAX II CABG trung bình cao hơn ý nghĩa ở nhóm ABI $\leq 0,9$ so với nhóm ABI > 0,9 (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu mạch vành trong nhóm bệnh lý (n=43)

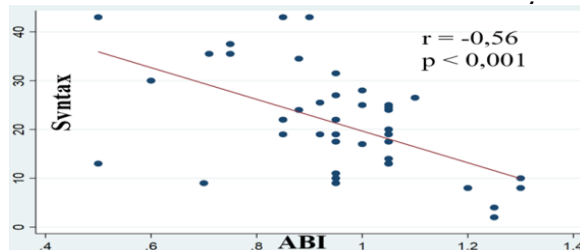
	Dân số (n=43)	ABI >0,9 (n=29)	ABI ≤0,9 (n=14)	Giá trị p
Số nhánh tổn thương				
1 nhánh, n (%)	7 (16,3)	6 (20,7)	1 (7,1)	0,191 [#]
2 nhánh, n (%)	17 (39,5)	13 (44,8)	4 (28,6)	
3 nhánh, n (%)	19 (44,2)	10 (34,5)	9 (64,3)	
Vị trí nhánh tổn thương				
ĐM liên thất trước, n (%)	36 (83,7)	24 (82,8)	12 (85,7)	1,000 [#]
ĐM mũ, n (%)	26 (60,5)	14 (48,3)	12 (85,7)	0,019 [*]
ĐM vành phải, n (%)	35 (81,4)	23 (79,3)	12 (85,7)	1,000 [#]
Thân chung, n (%)	5 (11,6)	1 (3,5)	4 (28,6)	0,032 [#]
Điểm SYNTAX				
Điểm SYNTAX, TB ± ĐLC	21,1 ± 10,7	17,2 ± 7,9	29,4 ± 11,2	0,0002 ^t
SYNTAX ≤ 22, n (%)	25 (58,1)	20 (69)	5 (35,7)	0,038 [*]
SYNTAX >22, n (%)	18 (41,9)	9 (31)	9 (64,3)	
Điểm SYNTAX II				
SYNTAX II PCI, TB ± ĐLC	40,5 ± 13,3	36,2 ± 11,4	49,4 ± 13,0	0,002 ^t
SYNTAX II CABG, TB ± ĐLC	30,4 ± 10,1	25,8 ± 7,3	40,0 ± 8,0	<0,001 ^t

kiểm định Fisher; ^t Kiểm định T-test; ^{*}phép kiểm chi bình phươngHệ số tương quan $r(\text{SYNTAX II PCI}) = -0,53$, $p < 0,001$ và $r(\text{SYNTAX II CABG}) = -0,63$, $p < 0,001$ **IV. BÀN LUẬN**

Nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $65,0 \pm 8,4$, với tỷ lệ người từ 65 tuổi trở lên chiếm 58,1%. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với 65,1%, tương ứng với tỷ lệ nam : nữ là 1,87 : 1. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Châu Ngọc Hoa và Nguyễn Vĩnh Trinh, trong đó tỷ lệ nam : nữ là 1,91 và tuổi trung bình là $64,52 \pm 11,54$.⁴ Điều này phù hợp với xu hướng gia tăng tỷ lệ mắc bệnh mạch vành, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp (NMCT cấp), ở người cao tuổi. Quá trình lão hóa được biết là góp phần làm gia tăng xơ vữa động mạch, rối loạn chức năng nội mạc và các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, đái tháo đường – những yếu tố nguy cơ quan trọng của NMCT cấp.

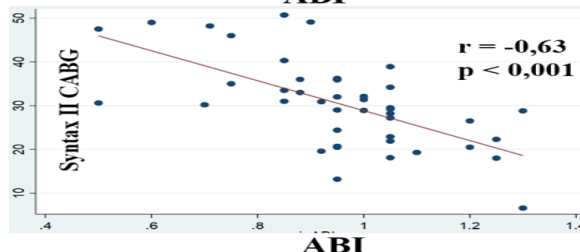
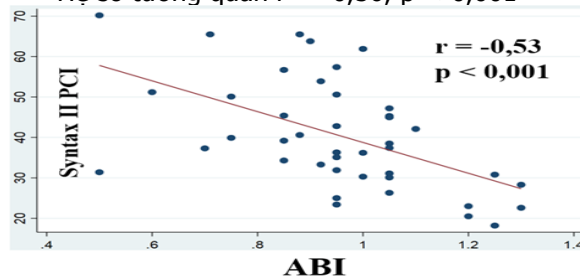
Trong nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp, các bệnh đồng mắc phổ biến nhất là rối loạn lipid máu (93,0%) và tăng huyết áp (81,4%), tiếp theo là hút thuốc lá (53,5%), đái tháo đường (34,9%) và béo phì (27,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đình Linh năm 2022, trong đó tỷ lệ rối loạn lipid máu là 90%, tăng huyết áp 66,7%, sau đó là hút thuốc lá và đái tháo đường.⁵ Những số liệu này cho thấy các yếu tố nguy cơ tim mạch thường đi chung với nhau đặc biệt trên đối tượng nguy cơ cao như những bệnh nhân hội chứng vành cấp.

Phân nhóm có $ABI \leq 0,9$ trong nhóm bệnh lý (n=43) là 32,6%. Kết quả chúng tôi tương đồng với tác giả Andrea Mabilde Petracco cũng ghi nhận nhóm bệnh nhân có $ABI \leq 0,9$ trong hội

**Biểu đồ 2. Môi tương quan giữa ABI và điểm SYNTAX**

Kiểm định tương quan Pearson cho thấy có mối tương quan nghịch mức độ mạnh giữa ABI và điểm SYNTAX ($r = -0,56$; $p < 0,001$) (Biểu đồ 2), điểm SYNTAX II PCI ($r = -0,53$, $p < 0,001$), SYNTAX II CABG ($r = -0,63$, $p < 0,001$) (Biểu đồ 3).

Hệ số tương quan $r = -0,56$, $p < 0,001$

**Biểu đồ 3. Môi tương quan giữa ABI và điểm SYNTAX II PCI, SYNTAX II CABG**

chứng vành cấp là 32,7%.⁶ Điều này chứng tỏ tình trạng bệnh lý động mạch chi dưới khá thường gặp trên những bệnh nhân hội chứng vành cấp và dễ dàng bị bỏ sót do bệnh nhân thường không có triệu chứng của chi dưới. Về đặc điểm giải phẫu mạch vành, nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp có chỉ số ABI $\leq 0,9$ có tỉ lệ bệnh lý 1 nhánh, 2 nhánh và 3 nhánh không khác biệt với nhóm có ABI $> 0,9$ với $p = 0,191$. Tuy nhiên tổn thương ở bệnh lý thân chung mạch vành trái ở nhóm ABI $\leq 0,9$ là 28,6% cao hơn nhóm ABI $> 0,9$ là 3,5% với $p = 0,032$. Ngoài ra, để đánh giá mức độ phức tạp giải phẫu mạch vành chúng tôi sử dụng thang điểm SYNTAX và SYNTAX II. Nhóm bệnh nhân có ABI $\leq 0,9$ có điểm SYNTAX là $29,4 \pm 11,2$ cao hơn ý nghĩa so với nhóm ABI $> 0,9$ với $17,2 \pm 7,9$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0002$. Nghiên cứu Korkmaz cũng cho kết quả điểm SYNTAX trung bình ghi nhận trong các nhóm ABI $< 0,9$ có điểm số SYNTAX là $17,8 \pm 9,1$ cao hơn ý nghĩa so với các nhóm ABI $0,9 - 0,99$ ($15,2 \pm 6,8$), ABI $1,0 - 1,09$ ($12,5 \pm 5,9$), ABI $1,1 - 1,29$ ($9,3 \pm 5,1$) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).⁶

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm ABI $\leq 0,9$ có điểm số SYNTAX II PCI là $49,4 \pm 13,0$ và SYNTAX II CABG là $40,0 \pm 8,0$ đều cao hơn ý nghĩa với nhóm ABI $> 0,9$ với SYNTAX II PCI là $36,2 \pm 11,4$ và SYNTAX II CABG là $25,8 \pm 7,3$. Khi phân tích mối tương quan Pearson, chúng tôi nhận thấy chỉ số ABI có mối tương quan nghịch, mức độ mạnh với điểm số SYNTAX, SYNTAX II PCI và SYNTAX II CABG với hệ số r lần lượt là $r_{(\text{SYNTAX})} = -0,56$, $r_{(\text{SYNTAX II PCI})} = -0,53$ và $r_{(\text{SYNTAX II CABG})} = -0,63$ với giá trị p đều $< 0,001$. Một số tác giả cũng ghi nhận kết quả tương đồng như Levent Korkmaz ($r_{(\text{SYNTAX})} = -0,46$; $p < 0,001$),⁶ Khaled Aly ($r_{(\text{SYNTAX})} = -0,48$; $p < 0,001$).⁷ Bệnh nhân hội chứng vành cấp có chỉ số ABI $\leq 0,9$ thường có xơ vữa động mạch nặng và nguy cơ cao bị tổn thương động mạch vành đa nhánh. Tình trạng tắc nghẽn động mạch ngoại vi nghiêm trọng phản ánh xơ vữa động mạch toàn thân rộng rãi, dẫn đến tổn thương ở nhiều nhánh động mạch vành. Như vậy bệnh nhân HCMVC có kèm theo chỉ số ABI $\leq 0,9$ có mức độ tổn thương mạch vành phức tạp hơn, nặng hơn, và có điểm SYNTAX II cao hơn so với bệnh nhân không mắc BDMCD. Điều này đồng nghĩa với tiên lượng xấu hơn về ngắn hạn và dài hạn cũng như các biến cố tim mạch chính nhiều hơn sau điều trị can thiệp (PCI và CABG) ở bệnh nhân HCMVC kèm ABI $\leq 0,9$. Việc kết hợp đánh giá

ABI với điểm số SYNTAX II có thể cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về tình trạng mạch vành và giúp các bác sĩ đưa ra quyết định điều trị chính xác hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi tồn tại một số hạn chế như sau. Thứ nhất, nghiên cứu chỉ được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế, do đó chưa đảm bảo tính đại diện cho toàn bộ dân số. Cần có các nghiên cứu lớn hơn với cỡ mẫu lớn hơn và được thực hiện tại nhiều trung tâm khác nhau để khắc phục hạn chế này. Thứ hai, nghiên cứu chưa đánh giá mối liên quan giữa chỉ số ABI hoặc bệnh động mạch chi dưới với các kết cục lâm sàng trên bệnh nhân mắc hội chứng vành cấp.

V. KẾT LUẬN

Trên nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp, chỉ số ABI $\leq 0,9$ cho thấy có mối tương quan nghịch, mạch với mức độ giải phẫu mạch vành theo thang điểm SYNTAX và SYNTAX II.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fowkes FG, Murray GD, Butcher I, et al.** Ankle brachial index combined with Framingham Risk Score to predict cardiovascular events and mortality: a meta-analysis. *Jama*. Jul 9 2008; 300(2):197-208. doi:10.1001/jama.300.2.197
2. **Farooq V, Brugaletta S, Serruys PW.** Utilizing risk scores in determining the optimal revascularization strategy for complex coronary artery disease. *Current cardiology reports*. Oct 2011; 13(5): 415-23. doi:10.1007/s11886-011-0202-5
3. **Sebastianski M, Narasimhan S, Graham MM, et al.** Usefulness of the ankle-brachial index to predict high coronary SYNTAX scores, myocardium at risk, and incomplete coronary revascularization. *The American journal of cardiology*. Dec 1 2014;114(11):1745-9. doi:10.1016/j.amjcard.2014.09.010
4. **Trinh NnV.** Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học; 2016.
5. **Đinh Linh N, Thị Kim Ngân H, Đức Hùng T.** Nghiên cứu mối liên quan giữa chỉ số abi, tốc độ lan truyền sóng mạch với mức độ tổn thương động mạch vành theo thang điểm syntax ii ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 01/13 2022;509(2)doi: 10.51298/vmj.v509i2.1838
6. **Petracco AM, Bodanese LC, Porciúncula GF, et al.** Assessment of the Relationship of Ankle-Brachial Index With Coronary Artery Disease Severity. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2018;31
7. **Aly K, Sabet S, Elkiey A, Fakhry H.** The Complexity of Peripheral Arterial Disease and Coronary Artery Disease in Diabetic Patients: An Observational Study. *Cardiology research*. Feb 2023;14(1):54-62. doi:10.14740/cr1463