

mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Hạnh và Nguyễn Hữu Trung.** Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo - trực tràng ở thai phụ 36-38 tuần và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện quân y 87. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023. 520 (1B), <https://doi.org/10.51298/vmj.v520i1B.3859>.
2. **P. T. Trang, P. T. T. Hiền, Đ. T. Đạt, and D. T. T. Giang.** Tỷ lệ mang liên cầu nhóm B và kết quả thai kỳ ở sản phụ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam. 2023. vol. 65, no. 7, DOI: 10.31276/VJST.65(7).08-11.
3. **Lương Phong Nhã, Lê Hồng Thịnh, Huỳnh Thanh Liêm và Nguyễn Xuân Thảo.** Nghiên cứu tình hình thai phụ nhiễm Streptococcus nhóm B âm đạo- trực tràng, các yếu tố liên quan và kết quả điều trị dự phòng lây truyền từ mẹ sang con tại Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2019. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2023. 40, 223-229, <https://tapchi.ctump.edu.vn/index.php/ctump/article/view/825>.
4. **N. J. Russell et al.** Maternal colonization with Group B Streptococcus and serotype distribution worldwide: systematic review and meta-analyses. Clinical infectious diseases. 2017. vol. 65, no. suppl_2, pp. S100-S111, doi: 10.1093/cid/cix658.
5. **Slotved HC, Hoffmann S.** The Epidemiology of Invasive Group B Streptococcus in Denmark From 2005 to 2018. Front Public Health. 2020 Mar 10; 8,40, doi: 10.3389/fpubh.2020.00040. PMID: 32211361; PMCID: PMC7076979.
6. **Navarro-Torné A, Curcio D, Moisi JC, Jodar L.** Burden of invasive group B Streptococcus disease in non-pregnant adults: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021 Sep 30. 16(9), e0258030, doi: 10.1371/journal.pone.0258030.
7. **Jichang Chen** (2018), "Group B streptococcal colonization in mothers and infants in western China: prevalences and risk factors", BMC Infect Dis. 18(1), tr. 219-229.
8. **Forough Javanmanesh** (2013), "Prevalence of positive recto-vaginal culture for Group B streptococcus in pregnant women at 35-37 weeks of gestation", Med J Islam Repub Iran. 27(1), tr. 7-11.
9. **Tăng Xuân Hải và Quê Anh Trâm.** Nghiên cứu thực trạng và một số yếu tố liên quan với nhiễm liên cầu khuẩn nhóm B đường sinh sản ở phụ nữ có thai tuần thứ 35 đến tuần thứ 37 tại Nghệ An năm 2019. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2022. Tập 63, số 3, DOI: <https://doi.org/10.52163/yhc.v63i3.323>
10. **Võ Thị Cẩm Nhung, Ngô Thị Kim Phụng, Phạm Tấn Lộc.** Tỷ lệ nhiễm Streptococcus nhóm B ở thai phụ đi thảo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022. 520, số chuyên đề Bệnh viện Nhân dân Gia Định, 251-260

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM NGUY CƠ ĐA GEN CHO BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Nguyễn Thị Mai Hương²,
Nguyễn Văn Bé Hai², Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, bên cạnh các thang điểm nguy cơ truyền thống, thang điểm nguy cơ đa gen đã được khuyến cáo sử dụng để đánh giá nguy cơ mắc bệnh động mạch vành. Tuy nhiên, chưa có dữ liệu của thang điểm này trên người Việt Nam. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu phân tích giá trị dự đoán nguy cơ bệnh động mạch vành từ thang điểm nguy cơ đa gen. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát trên bệnh nhân Việt Nam được khảo sát động mạch vành xâm lấn và được phân tích thang điểm nguy cơ đa gen cho bệnh động mạch vành tại Bệnh viện Thống Nhất. Nguy cơ bệnh động mạch vành được chia làm 3 mức là trung bình, trung bình–cao và cao. **Kết quả:** Từ 04/2023 đến 04/2025, nghiên cứu đã thu thập được

30 bệnh nhân (tuổi trung bình là 63±17,5; thấp nhất: 30 tuổi, cao nhất: 104 tuổi). Tỷ lệ mức nguy cơ bệnh động mạch vành dựa trên thang điểm nguy cơ đa gen là 73,4% (n=22) cho mức trung bình, 13,3% (n=4) cho mức trung bình–cao và 13,3% (n=4) cho mức cao. Tất cả bệnh nhân có nguy cơ trung bình–cao và cao đều có bệnh động mạch vành 3 nhánh. Có 12/22 bệnh nhân nhóm nguy cơ trung bình có bệnh động mạch vành và tất cả 12 bệnh nhân này đều có các yếu tố nguy cơ khác của bệnh động mạch vành. **Kết luận:** Nghiên cứu bước đầu ghi nhận thang điểm nguy cơ đa gen có giá trị trong đánh giá nguy cơ bệnh động mạch vành cho người Việt Nam. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm xác định giá trị của thang điểm này tại Việt Nam. **Từ khóa:** thang điểm nguy cơ đa gen, bệnh động mạch vành, người Việt Nam

SUMMARY

PRELIMINARY ASSESSMENT OF THE VALUE OF POLYGENIC RISK SCORE FOR CORONARY ARTERY DISEASE AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: In addition to traditional risk scores, polygenic risk scores (PRS) have recently been recommended for assessing the risk of coronary artery disease (CAD). However, data regarding the

¹Dại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2025

Ngày duyệt bài: 26.6.2025

application of these scores in the Vietnamese population remain unavailable. Therefore, we conducted this study to provide preliminary insights into the predictive value of PRS for CAD in Vietnamese individuals. **Methods:** This observational study involved Vietnamese patients who underwent invasive coronary artery evaluation and PRS analysis for CAD at Thong Nhat Hospital. The CAD risk was categorized into three levels: moderate, moderate-high, and high. **Results:** From April 2023 to April 2025, a total of 30 patients were enrolled (mean age: 63 ± 17.5 years; range: 30–104 years). Based on the PRS, 73.4% (n=22) of patients were classified as moderate risk, 13.3% (n=4) as moderate-high risk, and 13.3% (n=4) as high risk. All patients in the moderate-high and high-risk groups had three-vessel coronary artery disease. Among the moderate-risk group, 12 out of 22 patients were diagnosed with CAD, and all these 12 patients had additional risk factors for CAD. **Conclusions:** Preliminary findings suggest that the PRS may have potential value in predicting CAD risk in the Vietnamese population. Further studies with larger sample sizes are warranted to validate these findings in Vietnam. **Keywords:** polygenic risk score, coronary artery disease, Vietnamese population

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên lâm sàng, nhiều thang điểm được sử dụng đánh giá nguy cơ bệnh tim mạch, bao gồm bệnh động mạch vành. Tuy nhiên, hầu hết các yếu tố trong các thang điểm này có thể thay đổi và can thiệp được (lipid máu, lối sống, hút thuốc lá và bệnh đồng mắc). Gần đây, thang điểm nguy cơ đa gen cho bệnh động mạch vành (polygenic risk score for coronary artery disease, CAD-PRS) được tạo lập dựa trên phân tích tổng hợp tương tác của triệu biến thể di truyền phổ biến có tác động nhỏ nằm rải rác trên hệ gen và được chứng minh có giá trị cao trong ước tính nguy cơ mắc bệnh động mạch vành [1, 2]. Ưu điểm của CAD-PRS là chỉ cần đánh giá một lần trong đời dựa trên phân tích gen của một người mà gần như không thay đổi theo thời gian. CAD-PRS có giá trị tiên lượng độc lập với các thang điểm truyền thống và các yếu tố nguy cơ tim mạch khác. Kết hợp CAD-PRS với các thang điểm và yếu tố nguy cơ tim mạch khác giúp tăng độ chính xác phân tầng nguy cơ bệnh động mạch vành trong phòng ngừa tiên phát và cải thiện tiên lượng đáp ứng điều trị trong phòng ngừa thứ phát [3,4]. Đến nay, chưa có dữ liệu sử dụng CAD-PRS trên người Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là phân tích kết quả của CAD-PRS trên những người Việt Nam được chụp mạch vành xâm lấn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Thống Nhất từ 04/2023 đến 04/2025

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân tại khoa Nội Tim mạch Bệnh viện Thống Nhất được chụp động mạch vành xâm lấn

Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân đã có kết quả chụp động mạch vành xâm lấn
- Bệnh nhân đồng ý lấy máu để phân tích CAD-PRS

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không có kết quả chụp động mạch vành xâm lấn
- Bệnh nhân không đồng ý lấy máu để phân tích CAD-PRS

2.4. Định nghĩa biến số

- Các biến số dịch tễ: Tuổi, giới tính, nơi sống được thu thập khi phỏng vấn trực tiếp
- Các yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành: tuổi cao, hút thuốc lá, nghiện rượu bia, thiếu động, bệnh đồng mắc liên quan (đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu) [5].
- Bệnh động mạch vành: được chẩn đoán dựa trên kết quả chụp động mạch vành xâm lấn. Hẹp động mạch vành có ý nghĩa khi hẹp $\geq 50\%$ động mạch vành chính trái (left main, LM) hoặc $\geq 70\%$ các động mạch vành lớn khác [5].
- Thang điểm nguy cơ đa gen: Phần vùng nguy cơ bệnh động mạch vành dựa vào nghiên cứu MedGenome trên 2963 người được mô tả và kiểm định bởi Wang M năm 2020. Nguy cơ đa gen cao có điểm nguy cơ lớn hơn 0,417, tương ứng có tỷ số chênh (OR) 1,92–3,08, tức là nguy cơ mắc bệnh động mạch vành cao gấp 1,92–3,08 lần nguy cơ của dân số chung. Điểm 0,12–0,417 được phân vùng nguy cơ trung bình–cao, có nguy cơ gấp 1,42 lần nguy cơ của dân số chung. Điểm nhỏ hơn 0,12 được xếp vào nguy cơ tương đương dân số chung.

2.5. Quy trình lấy mẫu xét nghiệm đánh giá nguy cơ đa gen. Quy trình bắt đầu bằng lấy 2–4 ml máu toàn phần đường tĩnh mạch trong ống EDTA K2/K3. Quy trình đồng kiểm, thu nhận mẫu, đóng gói 3 lớp và vận chuyển đến phòng phân tích đạt chứng nhận Hiệp hội Bệnh học Hoa Kỳ tại Ấn Độ. Quy trình sẽ được hoàn tất trong tối đa 48 giờ, điều kiện nhiệt độ phòng và tuân thủ quy trình an toàn sinh học theo Nghị định số 89/2018/NĐ-CP ngày 25 tháng 06 năm 2018 của Chính phủ quy định chi tiết thi hành một số điều của Luật Phòng, chống bệnh truyền nhiễm về kiểm dịch y tế biên giới. Tại phòng phân tích, mẫu máu được trích xuất DNA và giải trình tự gen bằng kỹ thuật Array based bằng

chip giải Global Screening Array V3.0 của Illumina, tham chiếu dữ liệu pha 3 của dự án giải 1000 bộ gen. Điểm nguy cơ đa gen được tính bằng mô hình thuật toán.

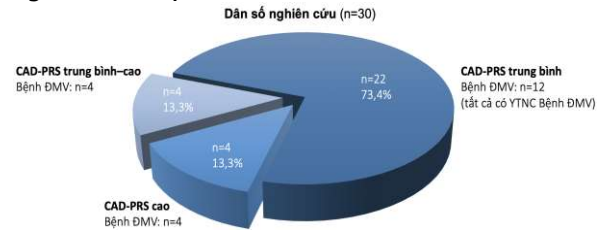
2.6. Thu thập số liệu. Tất cả bệnh nhân nhập khoa Nội tim mạch trong thời gian nghiên cứu được đánh giá khả năng đưa vào nghiên cứu. Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa tiêu chuẩn nhận vào và không có tiêu chuẩn loại trừ. Số liệu được thu thập từ phòng khám và hồ sơ bệnh án.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được xử lý bằng SPSS 25.0. Biểu định tính được trình bày dạng tần số và tỷ lệ %. Tuổi được trình bày dạng trung bình và độ lệch chuẩn.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát, không can thiệp. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất. Tất cả bệnh nhân ký đồng thuận trước lấy máu. Chi phí xét nghiệm CAD-PRS được tài trợ bởi Công ty TNHH Health Precision Service.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 04/2023 đến 04/2025, nghiên cứu này thu thập được 30 bệnh nhân với tuổi trung bình là $63 \pm 17,5$ (thấp nhất: 30 tuổi, cao nhất: 104 tuổi). Tỷ lệ CAD-PRS là 73,4% ($n=22$) cho mức trung bình, 13,3% ($n=4$) cho mức trung bình–cao và 13,3% ($n=4$) cho mức cao (Hình 1). Bảng 1 và Bảng 2 cung cấp các đặc điểm của dân số nghiên cứu dựa trên 3 mức CAD-PRS.



Hình 1. Tỷ lệ 3 mức CAD-PRS của dân số nghiên cứu

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận CAD-PRS trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. ĐMV: động mạch vành, YTNC: yếu tố nguy cơ.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và bệnh đồng mắc của dân số nghiên cứu ($n=30$)

Đặc điểm	Tổng ($n=30$)	CAD-PRS TB ($n=22$)	CAD-PRS TB–cao ($n=4$)	CAD-PRS Cao ($n=4$)
Tuổi	$63 \pm 17,5$	$66,6 \pm 17,4$	$60,5 \pm 22,9$	$52,0 \pm 7,4$
Nam giới	21 (70)	16 (72,7)	3 (75,0)	2 (50,0)
Thành thị	23 (76,7)	16 (72,7)	4 (100)	3 (75,0)
Bệnh đồng mắc, n (%)				
Tăng huyết áp	30 (100)	22 (100)	4 (100)	4 (100)
Rối loạn lipid máu	30 (100)	22 (100)	4 (100)	4 (100)
Bệnh ĐMNB	6 (20,0)	4 (18,2)	0 (0)	2 (50,0)
Tiền sử nhồi máu não	2 (6,7)	0 (0)	0 (0)	2 (50,0)
Tiền sử NMCT	18 (60,0)	10 (45,5)	4 (100)	4 (100)
Đái tháo đường	11 (36,7)	7 (31,8)	1 (25,0)	3 (75,0)
Suy tim	10 (33,3)	6 (27,3)	2 (50,0)	2 (50,0)

ĐMNB: động mạch ngoại biên, NMCT: nhồi máu cơ tim. TB: trung bình.

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận xu hướng giảm độ tuổi trung bình từ nhóm CAD-PRS trung bình đến nhóm CAD-PRS trung bình–cao và thấp nhất là nhóm CAD-PRS cao. Trong nghiên cứu này nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới.

Bảng 2. Đặc điểm chụp động mạch vành xâm lấn và yếu tố nguy cơ ($n=30$)

Đặc điểm n (%)	Tổng ($n=30$)	CAD-PRS TB ($n=22$)	CAD-PRS TB–cao ($n=4$)	CAD-PRS Cao ($n=4$)
Có BĐMV	20 (66,7)	12 (54,5)	4 (100)	4 (100)
Không có BĐMV	10 (33,3)	10 (45,5)	0 (0)	0 (0)
BĐMV 1 nhánh	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
BĐMV 2 nhánh	5 (16,7)	5 (22,7)	0 (0)	0 (0)
BĐMV 3 nhánh	9 (30,0)	3 (13,6)	3 (75,0)	3 (75,0)
3 nhánh + LM	6 (20,0)	4 (18,2)	1 (25,0)	1 (25,0)
Có YTNC BĐMV	23 (76,7)	19 (86,4)	3 (75,0)	1 (25,0)

BĐMV: bệnh động mạch vành, LM: left main (động mạch vành chính trái), TB: trung bình, YTNC: yếu tố nguy cơ.

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận tất cả bệnh nhân trong hai nhóm CAD-PRS trung bình–cao và nhóm CAD-PRS cao đều có bệnh động mạch vành và các bệnh nhân này đều có bệnh mạch

vành 3 nhánh có hoặc không có tổn thương LM.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian 2 năm thu thập mẫu tại bệnh viện Thống Nhất, có 30 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu và phân tích. Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu ghi nhận khoảng 3/4 đối tượng trong dân số nghiên cứu có CAD-PRS mức trung bình. Tất cả bệnh nhân nhóm CAD-PRS nguy cơ trung bình–cao và cao đều có bệnh động mạch vành mức độ nặng. Trong khi đó, khoảng 1/2 đối tượng trong nhóm CAD-PRS nguy cơ trung bình có bệnh động mạch vành nhưng tất cả đều có các yếu tố nguy cơ khác của bệnh động mạch vành. Dựa trên các kết quả này, chúng tôi có hai bàn luận sau đây.

4.1. Giá trị của CAD-PRS trong các nghiên cứu trước đây. Lợi ích lâm sàng của CAD-PRS trong phòng ngừa tiên phát được chứng minh ở nghiên cứu đoàn hệ theo dõi dọc với 330201 người không có tiền sử bệnh động mạch vành và không đang điều trị rối loạn lipid máu. Dữ liệu CAD-PRS đến từ Biobank Anh Quốc và tất cả người tham gia đều được đánh giá thang điểm nguy cơ bệnh tim mạch xơ vữa (ASCVD). Kết quả trong 10 năm theo dõi, có 4454 người có nhồi máu cơ tim. CAD-PRS liên quan có ý nghĩa với nguy cơ nhồi máu cơ tim ở tất cả các nhóm tuổi nhưng có liên quan mạnh nhất ở các nhóm tuổi trẻ hơn. Kết hợp CAD-PRS với thang điểm ASCVD giúp cải thiện phân tầng nguy cơ và định hướng tốt hơn chiến lược phòng ngừa và can thiệp sớm cho bệnh nhân có nguy cơ cao nhưng chưa có bệnh động mạch vành [3]. Đối với nhóm dân số đã có biến cố bệnh động mạch vành, phân tích hậu kiểm từ nghiên cứu ODYSSEY OUTCOMES cho thấy nhóm nguy cơ CAD-PRS cao có lợi ích giảm biến cố tử vong do alirocumab hơn so với giả dược [4]. Nói cách khác, trong nhóm bệnh nhân phòng ngừa thứ phát, CAD-PRS giúp dự báo đáp ứng điều trị. Dựa trên kết quả từ các nghiên cứu này, CAD-PRS được khuyến cáo trong các hướng dẫn tim mạch [6, 7].

Luận giải kết quả trên nhóm bệnh nhân CAD-PRS mức trung bình. Bệnh động mạch vành là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do bệnh tim mạch [5]. Ở góc độ di truyền, sự hình thành mảng xơ vữa dẫn đến hẹp lòng động mạch vành được quyết định bởi sự tương tác của nhiều nhóm gen, bao gồm: chuyển hóa lipid máu, viêm, tăng sinh mạch, tái cấu trúc mạch, phân chia tế bào và điều hòa phiên mã gen [8]. Do đó, phân tích đa gen cho cái nhìn tổng thể về tác động của di truyền lên nguy cơ của bệnh

động mạch vành. Tuy nhiên, bên cạnh di truyền, có nhiều yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành, bao gồm: hút thuốc lá, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, chế độ ăn không lành mạnh, uống rượu bia quá mức, thiếu động, tuổi cao, chất lượng giấc ngủ kém và ô nhiễm môi trường [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có ghi nhận 12/22 bệnh nhân có CAD-PRS nhóm trung bình nhưng vẫn có bệnh động mạch vành. Điểm quan trọng là tất cả 12 bệnh nhân này đều có các yếu tố nguy cơ khác đi kèm, như tuổi cao, hút thuốc lá. Do CAD-PRS là thang điểm độc lập với các thang điểm truyền thống trước đây cũng như các yếu tố nguy cơ khác, trên thực hành lâm sàng, các kết quả của CAD-PRS cần được kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác để luận giải kết quả của chụp động mạch vành xâm lấn. Điều này giúp có chiến lược quản lý bệnh động mạch vành cá thể hóa khi giải quyết các yếu tố nguy cơ riêng biệt ở từng bệnh nhân.

Nghiên cứu có những điểm hạn chế. Thứ nhất là cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ. Thứ hai là nghiên cứu đơn trung tâm. Thứ ba là phân vùng nguy cơ chưa phản ánh đặc điểm sắc tộc và môi trường của quần thể người Việt Nam. Thứ tư là các biến số còn hạn chế như không có kết quả xét nghiệm máu. Thứ năm là chưa theo dõi bệnh nhân đánh giá kết cục lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam đánh giá giá trị của CAD-PRS được thực hiện ở một bệnh viện lớn cấp Bộ tại thành phố Hồ Chí Minh. Bước đầu nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ cho thấy CAD-PRS có giá trị tiên đoán dương cao với tất cả bệnh nhân CAD-PRS nguy cơ trung bình–cao và cao đều có bệnh động mạch vành mức độ nặng. Ở nhóm CAD-PRS nguy cơ trung bình có bệnh động mạch vành, cần kết hợp các yếu tố nguy cơ khác để phân tích kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khera AV, Chaffin M, Aragam KG, Haas ME, Roselli C, Choi SH, Natarajan P, Lander ES, Lubitz SA, Ellinor PT et al: Genome-wide polygenic scores for common diseases identify individuals with risk equivalent to monogenic mutations. *Nat Genet* 2018, 50(9):1219-1224.
2. Aragam KG, Dobbyn A, Judy R, Chaffin M, Chaudhary K, Hindy G, Cagan A, Finneran P, Weng LC, Loos RJF et al: Limitations of Contemporary Guidelines for Managing Patients at High Genetic Risk of Coronary Artery Disease. *J Am Coll Cardiol* 2020, 75(22):2769-2780.
3. Marston NA, Pirruccello JP, Melloni GEM, Koyama S, Kamanu FK, Weng LC, Roselli C, Kamatani Y, Komuro I, Aragam KG et al:

- Predictive Utility of a Coronary Artery Disease Polygenic Risk Score in Primary Prevention. JAMA Cardiol 2023, 8(2):130-137.
4. **Damask A, Steg PG, Schwartz GG, Szarek M, Hagstrom E, Badimon L, Chapman MJ, Boileau C, Tsimikas S, Ginsberg HN et al:** Patients With High Genome-Wide Polygenic Risk Scores for Coronary Artery Disease May Receive Greater Clinical Benefit From Alirocumab Treatment in the ODYSSEY OUTCOMES Trial. Circulation 2020, 141(8):624-636.
 5. **Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, Rossello X, Adamo M, Ainslie J, Banning AP, Budaj A, Buechel RR, Chiariello GA et al:** 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2024, 45(36):3415-3537.
 6. **O'Sullivan JW, Raghavan S, Marquez-Luna C, Luzum JA, Damrauer SM, Ashley EA, O'Donnell CJ, Willer CJ, Natarajan P, American Heart Association Council on G et al:** Polygenic Risk Scores for Cardiovascular Disease: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2022, 146(8):e93-e118.
 7. **Schunkert H, Di Angelantonio E, Inouye M, Patel RS, Ripatti S, Widen E, Sanderson SC, Kaski JP, McEvoy JW, Vardas P et al:** Clinical utility and implementation of polygenic risk scores for predicting cardiovascular disease. Eur Heart J 2025, 46(15):1372-1383.
 8. **Aragam KG, Natarajan P:** Polygenic Scores to Assess Atherosclerotic Cardiovascular Disease Risk: Clinical Perspectives and Basic Implications. Circ Res 2020, 126(9):1159-1177.

KHẢO SÁT TÂM LÝ BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT CHƯƠNG TRÌNH TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ 2023-2024

La Văn Phú^{1,2*}, La Minh Duy³, Nguyễn Thị Bích Phượng¹,
Đặng Thảo Linh¹, Phạm Tuấn Huy⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc khảo sát bệnh nhân trước phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nó không chỉ giúp giảm các lo âu, băn khoăn của ca phẫu thuật mà còn đảm bảo sự hồi phục toàn diện của người bệnh không chỉ về thể chất mà còn tinh thần sau phẫu thuật. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát thực trạng tâm lý của bệnh nhân trước phẫu thuật chương trình tại khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và xác định một số yếu tố liên quan đến tâm lý trước phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 150 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật chương trình tại khoa Ngoại Tổng hợp từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2024. Dữ liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện lo lắng trước phẫu thuật là 62,7%. Các yếu tố liên quan đến lo lắng bao gồm giới tính nữ, tuổi dưới 40, trình độ học vấn thấp, chưa từng trải qua phẫu thuật, và chưa được tư vấn rõ ràng về phương pháp phẫu thuật và vô cảm. Mỗi lo lắng phổ biến nhất là đau trong phẫu thuật/ đau sau mổ (89%), ảnh hưởng đến công việc (75,4%), bệnh tái phát (74,9%), tiếp xúc với mùi thuốc (29,3%), thấp hơn cả là cảm thấy cô đơn (24,1%). **Kết luận:** Tình

trạng lo lắng trước phẫu thuật chương trình ở bệnh nhân vẫn còn phổ biến. Cần tăng cường tư vấn, giáo dục sức khỏe và hỗ trợ tâm lý cho bệnh nhân trước phẫu thuật nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: tâm lý, phẫu thuật.

SUMMARY

A SURVEY ON PREOPERATIVE PSYCHOLOGICAL STATUS OF PATIENTS UNDERGOING ELECTIVE SURGERY AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL 2023-2024

Background: The preoperative assessment of patients plays a crucial role as it not only helps to reduce anxiety and concerns related to the surgery but also ensures a comprehensive recovery of the patient, both physically and mentally, after the operation. **Objectives:** To assess the preoperative psychological status of patients undergoing elective surgery at the Department of General Surgery, Can Tho City General Hospital, and to identify factors associated with preoperative anxiety. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 150 patients scheduled for elective surgery at the Department of General Surgery from January to June 2024. Data were collected through structured questionnaires and analyzed using SPSS version 20. **Results:** The proportion of patients with preoperative anxiety was 62.7%. Factors associated with anxiety included female gender, age under 40, low education level, lack of prior surgical experience, and lack of clear counseling about surgical and anaesthetic procedures. The most common concerns were intraoperative/postoperative pain (89%), impact on work (75.4%), disease recurrence (74.9%),

¹Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³University of Melbourne, Australia

⁴Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú¹

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.5.2025

Ngày duyệt bài: 27.6.2025