

có trường hợp nào xảy ra biến chứng nặng cần phải mở ngực để giải quyết thương tổn.

Mặc dù nghiên cứu cho kết quả gần rất tốt, gần như không có biến chứng với thời gian nằm viện ngắn, mức độ hài lòng, chất lượng cuộc sống đã được ghi nhận. Tuy nhiên, nghiên cứu này còn có một số hạn chế. Thứ nhất, chúng tôi chưa khảo sát được hiệu quả điều trị của từng chuỗi giao cảm được đốt. Thứ hai, kết quả theo dõi xa sau 1 năm, 2 năm và lâu hơn chưa được ghi nhận. Thứ ba, mức độ ảnh hưởng của ra mồ hôi bù đến chất lượng cuộc sống chưa được đánh giá một cách đầy đủ. Các hạn chế này cần được tiếp tục nghiên cứu trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực (ETS) là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh tăng tiết mồ hôi nguyên phát. Giúp cải thiện rõ triệu chứng và chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ tai biến thấp, không có biến chứng nặng. Hiệu quả tối ưu đạt được khi lựa chọn đúng bệnh nhân, đánh giá kỹ tiền sử bệnh lý phổi và để bệnh nhân tham gia vào quyết định mức cắt hạch phù hợp.

Trong tương lai chúng tôi cần phải theo dõi lâu dài với cỡ mẫu lớn hơn để nâng cao độ chính xác của nghiên cứu và đánh giá kết quả phẫu thuật đầy đủ, có nhiều ý nghĩa hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Fouad.**, Management of essential hyperhidrosis of upper limbs by radiofrequency thermocoagulation of second thoracic ganglion. . Alexandria Journal of Medicine 47, 193 – 199 (2014).
2. **Chu D, Ran-Chou Chen, and e. al**, Incidence and frequency of endoscopic sympathectomy for the treatment of hyperhidrosis palmaris in Taiwan. . Kaohsiung J Med Sci 26, 123 – 128 (2010).
3. **Trần Ngọc Lương**, Kết quả bước đầu qua 131 trường hợp đốt hạch giao cảm ngực qua nội soi lồng ngực để chữa chứng ra mồ hôi tay. Y học thực hành số 491, 360-365 (2004)
4. **Kotzareff**, Cắt bỏ partielle du tronc Sympathique cổ tử cung do tăng tiết mồ hôi đơn phương. A.. Rev Med Suisse, 40, 111 (1920).
5. **Hughes J**, Phẫu thuật cắt bỏ thần kinh giao cảm nội ngực. Proc R Soc Med 35, 585-586 (19420).
6. **Vanaclocha V, Guijarro-Jorge R, and e.a. Saiz-Sapena N**, Selective T(3)-T(4) sympathectomy versus gray ramicotomy on outcome and quality of life in hyperhidrosis patients: a randomized clinical trial. . Sci Rep 11, 17628 (2021).
7. **Cerfolio, R.J., et al.**, The Society of Thoracic Surgeons expert consensus for the surgical treatment of hyperhidrosis 91, 1642-1648 (2011).
8. **Dogru, M.V., et al.**, Is there any relationship between quality of life and the level of sympathectomy in primary palmar hyperhidrosis? Single-center experience. 68, 273-279 (2020).

PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH Ở CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG KHÁC NHAU: NGƯỜI CÓ VÊ NGOÀI KHỎE MẠNH, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 VÀ BỆNH TIM MẠCH DO XƠ VỮA

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Lý Quang Sang^{1,2}, Trần Thị Ngọc Hà², Nguyễn Hoàng Hải³, Lê Thị Anh Hoa⁴, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh tim mạch do xơ vữa là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Phân tầng nguy cơ tim mạch đóng vai trò quan trọng trong dự phòng, tuy nhiên dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

⁴Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Mã bài: N505b

Ngày nhận bài: 1/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/3/2026

Ngày duyệt bài: 1/5/2026

Mục tiêu: (1) Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh và bệnh nhân đái tháo đường típ 2; (2) Đánh giá nguy cơ tim mạch tồn dư ở bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu đa trung tâm, cắt ngang mô tả có theo dõi dọc trên 481 bệnh nhân ≥ 40 tuổi tại ba bệnh viện. Nguy cơ tim mạch được đánh giá bằng SCORE2/SCORE2-OP ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh, SCORE2-Diabetes ở bệnh nhân đái tháo đường và SMART ở bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa.

Kết quả: Ở nhóm người có vẻ ngoài khỏe mạnh, tỷ lệ nguy cơ rất cao, cao và thấp-trung bình lần lượt là 38,0%, 32,3% và 29,7%; SCORE2 làm tăng rõ tỷ lệ nguy cơ cao và rất cao so với SCORE. Ở nhóm đái tháo đường típ 2, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ rất cao (64,8%). Ở bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa, nguy cơ tim mạch tồn dư

phân bố chủ yếu ở mức trung bình (43,3%) và thấp (29,1%), nhưng vẫn có 13,5% thuộc nhóm nguy cơ cực cao.

Kết luận: Phân tầng nguy cơ tim mạch bằng các thang điểm hiện đại giúp nhận diện rõ sự khác biệt giữa các nhóm đối tượng. SCORE2 có xu hướng đánh giá nguy cơ cao hơn so với SCORE, trong khi bệnh nhân đái tháo đường và bệnh tim mạch do xơ vữa có tỷ lệ nguy cơ cao và tồn dư đáng kể, nhấn mạnh nhu cầu đánh giá nguy cơ và cá thể hóa điều trị.

Từ khóa: phân tầng nguy cơ tim mạch, SCORE2, SCORE2-Diabetes, SMART

SUMMARY

CARDIOVASCULAR RISK STRATIFICATION ACROSS DIFFERENT POPULATIONS: APPARENTLY HEALTHY INDIVIDUALS, PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES, AND ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR DISEASE

Background: Atherosclerotic cardiovascular disease is a leading cause of mortality. Cardiovascular risk stratification plays a key role in prevention, but data in Vietnam remain limited.

Objectives: (1) To stratify 10-year cardiovascular risk in apparently healthy individuals and patients with type 2 diabetes; (2) To assess residual cardiovascular risk in patients with established atherosclerotic cardiovascular disease.

Methods: A multicenter, cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted in 481 patients aged ≥ 40 years. Cardiovascular risk was assessed using SCORE2/SCORE2-OP in apparently healthy individuals, SCORE2-Diabetes in patients with type 2 diabetes, and SMART score in patients with atherosclerotic cardiovascular disease.

Results: In apparently healthy individuals, very high, high, and low-moderate risk accounted for 38.0%, 32.3%, and 29.7%, respectively; SCORE2 significantly increased the proportion of high and very high risk compared to SCORE. In type 2 diabetes, most patients were classified as very high risk (64.8%). Among patients with atherosclerotic cardiovascular disease, residual risk was mainly moderate (43.3%) and low (29.1%), but 13.5% remained at extremely high risk.

Conclusions: Contemporary risk models improve cardiovascular risk stratification across different patient groups. SCORE2 tends to classify more patients into higher risk categories, while patients with diabetes and established cardiovascular disease exhibit substantial residual risk, highlighting the need for continuous risk assessment and individualized management.

Keywords: cardiovascular risk stratification, SCORE2, SCORE2-Diabetes, SMART

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch do xơ vữa (BTMDXV) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới. Phân tầng nguy cơ tim mạch đóng vai trò then chốt trong dự phòng, giúp nhận diện sớm các đối tượng nguy cơ và định hướng chiến lược quản lý phù hợp.

Trong thực hành lâm sàng, nguy cơ tim mạch không đồng nhất giữa các nhóm bệnh nhân mà trải dài từ người có vẻ ngoài khỏe mạnh, bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đến bệnh nhân đã có BTMDXV. Các nhóm này đại diện cho các mức độ nguy cơ khác nhau, từ dự phòng nguyên phát đến dự phòng thứ phát, do đó cần áp dụng các công cụ đánh giá nguy cơ phù hợp cho từng đối tượng.

Trước đây, tại Việt Nam, thang điểm SCORE thường được sử dụng để đánh giá nguy cơ tim mạch ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh, dựa trên giả định quần thể thuộc nhóm nguy cơ thấp. Tuy nhiên, cùng với sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá, mô hình nguy cơ tim mạch tại Việt Nam đã có nhiều thay đổi. Các khuyến cáo gần đây của Hội Tim mạch châu Âu đã đề xuất sử dụng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP nhằm đánh giá chính xác hơn nguy cơ tim mạch trong bối cảnh hiện nay. Bên cạnh đó, thang điểm SCORE2-Diabetes và SMART được sử dụng tương ứng cho bệnh nhân đái tháo đường và bệnh nhân có BTMDXV.^{1,2,3}

Mặc dù các thang điểm đánh giá nguy cơ đã được cập nhật, dữ liệu về phân tầng nguy cơ tim mạch trên nhiều nhóm đối tượng khác nhau tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm:

Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở những người có vẻ ngoài khỏe mạnh bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP, và bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không có BTMDXV và không có tổn thương cơ quan đích nặng bằng thang điểm SCORE2-Diabetes.

Đánh giá nguy cơ tim mạch tồn dư 10 năm ở những bệnh nhân đã có BTMDXV bằng thang điểm SMART.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu đa trung tâm, cắt ngang mô tả có theo dõi dọc, được thực hiện từ tháng 06/2024 đến tháng 02/2026 tại ba trung tâm: Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh và Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Nghiên cứu thu nhận các bệnh nhân ≥ 40 tuổi đến khám tại các trung tâm nghiên cứu. Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thuộc một trong ba nhóm đối tượng: (1) người có vẻ ngoài khỏe mạnh, không có BTMDXV, không đái tháo đường, không bệnh thận mạn và không có rối loạn lipid máu di truyền; (2) bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không có BTMDXV và không có tổn thương cơ quan đích nặng; (3) bệnh nhân có BTMDXV.

Chọn mẫu thuận tiện, liên tục, với cỡ mẫu tối thiểu 300 bệnh nhân. 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 (Quyết định số 691/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 04/06/2024).

Quy trình nghiên cứu

Sau khi thu thập các thông tin ban đầu, tất cả bệnh nhân được phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm theo từng nhóm đối tượng như sau:

(1) Nhóm người có vẻ ngoài khỏe mạnh: Đánh giá theo thang điểm SCORE (đối với bệnh nhân 40–65 tuổi) dành cho dân số nguy cơ thấp, SCORE2 (40–49 tuổi và 50–69 tuổi) và SCORE2-OP (≥ 70 tuổi) dành cho dân số nguy cơ cao. Cụ thể:

Nguy cơ thấp – trung bình: SCORE < 5%; SCORE2 < 2,5% (40–49 tuổi) hoặc < 5% (50–69 tuổi); SCORE2-OP < 7,5%

Nguy cơ cao: SCORE $\geq 5\%$ đến < 10%; SCORE2 $\geq 2,5\%$ đến < 7,5% (40–49 tuổi) hoặc $\geq 5\%$ đến < 10% (50–69 tuổi); SCORE2-OP $\geq 7,5\%$ đến < 15%

Nguy cơ rất cao: SCORE $\geq 10\%$; SCORE2 $\geq 7,5\%$ (40–49 tuổi) hoặc $\geq 10\%$ (50–69 tuổi); SCORE2-OP $\geq 15\%$

(2) Nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không có tổn thương cơ quan đích nặng và không có BTMDXV: Đánh giá bằng thang điểm SCORE2-Diabetes và phân thành: thấp (< 5%), trung bình ($\geq 5\%$ đến < 10%), cao ($\geq 10\%$ đến < 20%) và rất cao ($\geq 20\%$).

(3) Nhóm bệnh nhân có BTMDXV: Sử dụng thang điểm SMART để đánh giá nguy cơ tim mạch tồn dư trong 10 năm, gồm các mức: thấp (< 10%), trung bình ($\geq 10\%$ đến < 20%), cao ($\geq 20\%$ đến < 30%), rất cao ($\geq 30\%$ đến < 40%) và cực cao ($\geq 40\%$).

Phương pháp thống kê

Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Biến định tính mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng có phân phối chuẩn mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, không có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 481 bệnh nhân. Trong đó, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định: 281 bệnh nhân; Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM: 100 bệnh nhân; Bệnh viện Chợ Rẫy: 100 bệnh nhân.

Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của 3 nhóm đối tượng (N=481)

Đặc điểm	Nhóm 1 (Người có vẻ ngoài khỏe mạnh) (n=232)	Nhóm 2 (Bệnh nhân ĐTD típ 2) (n=108)	Nhóm 3 (Bệnh nhân BTMDXV) (n=141)
Tuổi	61,8 $\pm$ 12,2	67,9 $\pm$ 11,3	57,4 $\pm$ 14,3
Nam, n (%)	71 (30,6)	32 (29,6)	93 (66,0)
Tiền căn bệnh lý			
Tăng huyết áp, n (%)	163 (70,3)	96 (88,9)	105 (74,5)
Đái tháo đường, n (%)	0 (0)	108 (100)	43 (30,5)
Rối loạn lipid máu, n (%)	126 (54,3)	90 (83,3)	57 (40,4)
Bệnh mạch vành, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	108 (76,6)
Bệnh động mạch ngoại biên, n (%)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)
Hút thuốc lá, n (%)	38 (16,4)	24 (22,2)	69 (48,9)
Tiền căn điều trị hạ lipid máu			
Không điều trị hạ lipid máu, n (%)	131 (56,5)	32 (29,6)	0 (0,0)
Statin hoạt lực thấp, n (%)	4 (1,7)	0 (0,0)	0 (0,0)
Statin hoạt lực trung bình, n (%)	87 (37,5)	70 (64,8)	23 (16,3)
Statin hoạt lực cao, n (%)	10 (4,3)	6 (5,6)	118 (83,7)

Đặc điểm	Nhóm 1 (Người có vẻ ngoài khỏe mạnh) (n=232)	Nhóm 2 (Bệnh nhân ĐTD típ 2) (n=108)	Nhóm 3 (Bệnh nhân BTMDXV) (n=141)
Phối hợp Ezetimibe, n (%)	9 (3,9)	3 (2,8)	4 (2,8)
Fenofibrate, n (%)	3 (1,3)	1 (0,9)	0 (0,0)
Lâm sàng			
Mạch, L/ph	84,2 ± 19,5	88,1 ± 21,3	86,7 ± 20,1
Huyết áp tâm thu, mmHg	138,4 ± 25,4	140,0 ± 27,0	130,4 ± 27,3
Huyết áp tâm trương, mmHg	79,6 ± 13,0	78,6 ± 15,0	77,9 ± 15,3
Hồ sơ lipid máu			
Cholesterol toàn phần, mg/dL	199,1 ± 58,3	176,9 ± 60,0	191,0 ± 59,6
LDL-C, mg/dL	125,2 ± 46,3	102,4 ± 45,1	111,5 ± 61,0
HDL-C, mg/dL	49,9 ± 11,9	46,9 ± 13,4	43,7 ± 17,6
Triglyceride, mg/dL	167,6 ± 116,5	187,8 ± 132,7	196,5 ± 113,8
Các xét nghiệm khác			
AST, U/L	28,2 ± 15,6	32,5 ± 20,0	72,6 ± 66,4
ALT, U/L	25,5 ± 22,0	32,3 ± 20,8	41,8 ± 30,8
Glucose, mg/dL	97,9 ± 14,6	143,4 ± 53,2	146,5 ± 68,5
Creatinine, mg/dL	0,89 ± 0,20	0,94 ± 0,22	1,06 ± 0,70
eGFR (CKD-EPI), mL/phút/1,73m ²	81,2 ± 17,5	75,3 ± 18,5	65,7 ± 21,3
HbA1c, %	5,68 ± 0,37	7,36 ± 1,65	6,90 ± 1,22

Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở những người có vẻ ngoài khỏe mạnh

Bảng 2. Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP (N=232)

	n, (%)
Nguy cơ thấp - trung bình	69 (29,7)
Nguy cơ cao	75 (32,3)
Nguy cơ rất cao	88 (38,0)

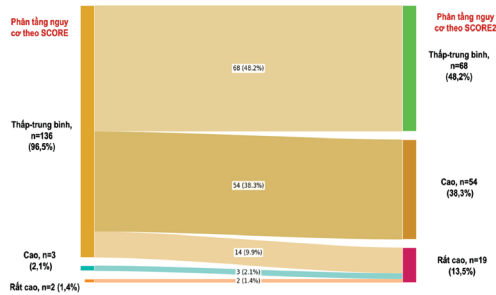
Ở nhóm người có vẻ ngoài khỏe mạnh, tỷ lệ nguy cơ tim mạch phân bố tương đối đồng đều, trong đó nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là nhóm nguy cơ cao và thấp-trung bình.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh từ 40-65 tuổi bằng thang điểm SCORE và SCORE2 (N=141)

Tất cả bệnh nhân 40-65 tuổi (n=141)			Theo SCORE2, n (%)		
			Thấp-trung bình	Cao	Rất cao
			68 (48,2)	54 (38,3)	19 (13,5)
Theo SCORE, n (%)	Thấp-trung bình	136 (96,5)	68	54	14
	Cao	3 (2,1)	0	0	3
	Rất cao	2 (1,4)	0	0	2

Ở nhóm người có vẻ ngoài khỏe mạnh từ 40–65 tuổi, phân tầng nguy cơ theo SCORE2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao và rất cao tăng rõ rệt so với phân loại theo SCORE.

Phần lớn bệnh nhân được xếp vào nhóm thấp–trung bình theo SCORE được tái phân loại lên nhóm nguy cơ cao hoặc rất cao theo SCORE2.



Biểu đồ 1. Biểu đồ Sankey tái phân loại nguy cơ tim mạch 10 năm ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh từ 40-65 tuổi từ SCORE sang SCORE2

Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không có BTMDXV và không có tổn thương cơ quan đích nặng

Bảng 4. Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 bằng thang điểm SCORE2-Diabetes (N=108)

Điểm SCORE2-Diabetes	n, (%)
Nguy cơ thấp (<5%)	4 (3,7)
Nguy cơ trung bình (5% - <10%)	15 (13,9)
Nguy cơ cao (10% - <20%)	19 (17,6)
Nguy cơ rất cao (≥20%)	70 (64,8)

Ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch rất cao, chiếm tỷ lệ cao nhất. Các nhóm nguy cơ thấp và trung bình chiếm tỷ lệ thấp.

Đánh giá nguy cơ tim mạch tồn dư 10 năm ở những bệnh nhân đã có BTMDXV bằng thang điểm SMART.

Bảng 5. Phân tầng nguy cơ tim mạch tồn dư 10 năm ở bệnh nhân có BTMDXV (N=141)

Điểm SMART	n, (%)
Nguy cơ thấp (< 10%)	41 (29,1)
Nguy cơ trung bình (10% - < 20%)	61 (43,3)
Nguy cơ cao (20% - < 30%)	14 (9,9)
Nguy cơ rất cao (30% - < 40%)	6 (4,3)
Nguy cơ cực cao (≥40%)	19 (13,5)

Ở nhóm bệnh nhân có BTMDXV, nguy cơ tim mạch tồn dư phân bố chủ yếu ở mức trung bình, tiếp theo là nhóm nguy cơ thấp. Nhóm nguy cơ cực cao chiếm tỷ lệ đáng kể, trong khi các mức nguy cơ cao và rất cao chiếm tỷ lệ thấp hơn.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung

Kết quả cho thấy ba nhóm đối tượng có đặc điểm khác biệt rõ, phù hợp với tiến triển bệnh tim mạch. Nhóm người có vẻ ngoài khỏe mạnh vẫn ghi nhận nhiều yếu tố nguy cơ tiềm ẩn như tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Nhóm đái tháo đường típ 2 có tuổi cao hơn và tập trung nhiều yếu tố nguy cơ chuyển hóa. Nhóm BTMDXV có tỷ lệ nam và hút thuốc cao nhất. Mức độ sử dụng statin tăng theo mức độ bệnh nhưng chưa tối ưu, đặc biệt ở nhóm đái tháo đường. Các chỉ số cận lâm sàng cũng phân hóa rõ, với rối loạn chuyển hóa nổi bật ở nhóm đái tháo đường và tổn thương cơ quan đích rõ hơn ở nhóm BTMDXV.

Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở những người có vẻ ngoài khỏe mạnh

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nhóm người có vẻ ngoài khỏe mạnh, tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tim mạch cao và rất cao chiếm ưu thế, trong đó nhóm nguy cơ rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này cho thấy nguy cơ tim mạch tiềm ẩn trong cộng đồng không hề thấp, ngay cả ở những đối tượng chưa có biểu hiện bệnh lý rõ ràng.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Phạm Phước Long và cộng sự tại Thừa Thiên Huế, ghi nhận tỷ lệ nguy cơ rất cao chiếm 51,6% khi áp dụng SCORE2.⁴ Tương tự, nghiên cứu của Trần Nguyễn Phương Hải và cộng sự tại Việt Nam cũng cho thấy SCORE2 làm giảm đáng kể nhóm nguy cơ thấp–trung bình và tăng tỷ lệ nguy cơ cao và rất cao, với hiện tượng tái phân loại rõ rệt từ SCORE sang SCORE2.⁵

Sự gia tăng tỷ lệ nguy cơ cao khi sử dụng SCORE2 có thể giải thích do mô hình này đánh giá cả biến cố tử vong và không tử vong, từ đó phản ánh đầy đủ hơn gánh nặng bệnh tim mạch. Đồng thời, trong bối cảnh Việt Nam hiện được xếp vào nhóm quốc gia nguy cơ cao, việc áp dụng SCORE2/SCORE2-OP càng làm nổi bật xu hướng tăng phân tầng nguy cơ.

Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 không có BTMDXV và không có tổn thương cơ quan đích nặng

Kết quả nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, nguy cơ tim mạch theo SCORE2-

Diabetes tập trung chủ yếu ở nhóm rất cao (64,8%), trong khi nhóm nguy cơ thấp và trung bình chiếm tỷ lệ rất nhỏ. Điều này khẳng định đái tháo đường típ 2 là một tình trạng có nguy cơ tim mạch cao, ngay cả khi chưa có biểu hiện lâm sàng của BTMDXV.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trương Phi Hùng và cộng sự (2025),⁶ trong đó điểm SCORE2-Diabetes tăng song hành với mức độ tổn thương động mạch vành, cao hơn rõ rệt ở nhóm hẹp $\geq 50\%$ và tăng theo số nhánh mạch bị tổn thương. Điều này cho thấy SCORE2-Diabetes không chỉ dự đoán nguy cơ mà còn phản ánh mức độ xơ vữa thực tế.

Tỷ lệ nguy cơ rất cao chiếm ưu thế có thể do sự phối hợp nhiều yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá và tăng đường huyết mạn tính, gây tổn thương nội mô và thúc đẩy xơ vữa. Đáng chú ý, dù đã loại trừ BTMDXV và tổn thương cơ quan đích nặng, nguy cơ rất cao vẫn chiếm đa số, nhấn mạnh vai trò của SCORE2-Diabetes trong phát hiện sớm và định hướng can thiệp tích cực.

Đánh giá nguy cơ tim mạch tồn dư 10 năm ở những bệnh nhân đã có BTMDXV

Kết quả cho thấy ở bệnh nhân BTMDXV, nguy cơ tim mạch tồn dư theo SMART phân bố không đồng nhất, chủ yếu ở mức trung bình và thấp, nhưng vẫn có khoảng 18% thuộc nhóm rất cao và cực cao. Điều này cho thấy nguy cơ tái phát vẫn còn đáng kể dù đã điều trị. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Lotte Kaasenbrood (2016), cho thấy nguy cơ tái phát dao động rộng và không đồng đều giữa các bệnh nhân.⁷

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nguy cơ cực cao ($\geq 40\%$) chiếm 13,5%, có thể liên quan đến các yếu tố không thể thay đổi như tuổi, mức độ xơ vữa lan tỏa hoặc các yếu tố nguy cơ còn tồn tại như rối loạn lipid máu và viêm mạn tính. Điều này nhấn mạnh vai trò của thang điểm SMART trong phân tầng nguy cơ tồn dư, giúp cá thể hóa điều trị và tối ưu hóa dự phòng thứ phát ở bệnh nhân tim mạch.

V. HẠN CHẾ

Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu còn khiêm tốn, thực hiện tại một số trung tâm lớn nên tính đại diện cho toàn bộ dân số còn hạn chế.

VI. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phân tầng nguy cơ tim mạch theo các thang điểm hiện đại giúp nhận diện rõ sự khác biệt giữa các nhóm đối tượng. Ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh, tỷ lệ nguy cơ cao và rất cao

chiếm ưu thế và tăng rõ khi áp dụng SCORE2 so với SCORE. Ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, phần lớn đã thuộc nhóm nguy cơ rất cao dù chưa có biến chứng. Trong khi đó, ở bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa, nguy cơ tim mạch tồn dư vẫn phân bố rộng, với một tỷ lệ đáng kể ở mức cao đến cực cao, cho thấy nhu cầu đánh giá nguy cơ liên tục và cá thể hóa trong thực hành lâm sàng.

Nguồn tài trợ: Nghiên cứu được thực hiện với sự tài trợ kinh phí từ Công ty AstraZeneca

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Quang Bình, Đặng Vạn Phước, Huỳnh Văn Minh, et al.** Khuyến cáo điều trị rối loạn lipid máu 2024 của Hội Tim mạch học Việt Nam. Hội Tim mạch học Việt Nam; 2024.
2. **Visseren FL, Mach F, Smulders YM, et al.** 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for cardiovascular disease prevention in clinical practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies With the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). *European heart journal*. 2021;42(34):3227-3337.
3. **Marx N, Federici M, Schütt K, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*. 2023;44(39):4043-4140. doi:10.1093/eurheartj/ehad192
4. **Đoàn Phạm Phước Long, Nguyễn Thị Thúy Hằng, Nguyễn Thị Lan Nhi, et al.** Nghiên cứu nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP ở người trưởng thành mắc tiền tăng huyết áp tại tỉnh Thừa Thiên Huế. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 05/31 2024;(109)doi:10.58354/jvc.109.2024.847
5. **Trần Nguyễn Phương Hải, Nguyễn Nhật Tài, Nguyễn Minh Kha, et al.** Reassessing Cardiovascular Risk Stratification in Vietnam: Insights from SCORE2 and the Original SCORE Model. *Acta Inform Med*. 2025;33(2):112-117. doi:10.5455/aim.2025.33.112-117
6. **Truong HP, Tran HM, Huynh T, et al.** Correlation between SCORE2-Diabetes and coronary artery calcium score in patients with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in Vietnam. *Journal of Imaging*. 2025;11(5):130
7. **Kaasenbrood L, Boekholdt SM, Van Der Graaf Y, et al.** Distribution of estimated 10-year risk of recurrent vascular events and residual risk in a secondary prevention population. *Circulation*. 2016;134(19):1419-1429.