

Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến hẹp động mạch vành trên cắt lớp vi tính 128 dãy ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính

Assessment of some factors affecting coronary artery stenosis on 128-row detector computed tomography in patients with ischemic heart disease

Phùng Anh Tuấn*, Nguyễn Duy Toàn*,
Trần Thị Hương Ly**

*Bệnh viện Quân y 103,
**Học viện Quân y

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng hẹp động mạch vành trên cắt lớp vi tính 128 dãy ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** 82 bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 10/2020 đến tháng 7/2021. Hẹp động mạch vành được đánh giá ở mức $\geq 50\%$ đường kính. So sánh kết quả cắt lớp vi tính với tần suất các yếu tố nguy cơ dựa trên bảng ma trận 2x2. **Kết quả:** Một số yếu tố nguy cơ gây hẹp động mạch vành: Tăng huyết áp 74,4%, đái tháo đường 22%, thừa cân, béo phì 54,7%, rối loạn lipid máu 42,7% và hút thuốc lá 32,9%. Những bệnh nhân ≥ 60 tuổi có nguy cơ hẹp động mạch vành cao gấp 6,252 lần những bệnh nhân < 60 tuổi. Những bệnh nhân bị đái tháo đường có nguy cơ hẹp động mạch vành cao gấp 4,333 lần những bệnh nhân không bị đái tháo đường. **Kết luận:** Mức độ hẹp động mạch vành liên quan với tuổi và tình trạng đái tháo đường.

Từ khóa: Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, cắt lớp vi tính, yếu tố nguy cơ, động mạch vành.

Summary

Objective: To assess some factors affecting the coronary artery stenosis on 128-row detector computed tomography in patients with ischemic heart disease (IHD). **Subject and method:** 82 patients with IHD were treated at 103 Military Hospital and Heart hospital from Oct. 2020 to Jul. 2021. $\geq 50\%$ diameter coronary artery stenosis were defined as "stenosis". The results of stenosis on CT and those of risk factors were compared by Chi square tests. **Result:** Risk factors: Hypertension 74.4%, diabetes 22%, overweight and obesity 54.7%, lipid blood abnormality 42.7%, and smoking 32.9%. The risk of patients ≥ 60 years old suffering coronary artery stenosis were higher 6.252 times than that of patients < 60 years old. The risk of patients with diabetes suffering coronary artery stenosis were higher 4.333 times than that of patients without diabetes. **Conclusion:** Age and diabetes are related to coronary artery stenosis.

Key words: Ischemic heart disease, computed tomography, risk factor, coronary artery.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 7/9/2021, ngày chấp nhận đăng: 6/10/2021

Người phản hồi: Phùng Anh Tuấn, Email: phunganhtuanbv103@gmail - Bệnh viện Quân y 103

Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (BTTMCBMT) là tình trạng mất cân bằng giữa lượng tiêu thụ oxy của cơ tim và lượng oxy do dòng máu của động mạch vành (ĐMV) cung cấp. Hẹp ĐMV là nguyên nhân chính của bệnh và là một trong số các bệnh lý tim mạch hay gặp nhất [4]. Ước tính năm 2015 trên thế giới có khoảng 110,55 triệu người mắc bệnh, khoảng 8,92 triệu người chết do các bệnh lý ĐMV [7]. Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh ĐMV đã được ghi nhận có chiều hướng tăng cao hàng năm [4]. Xã hội phát triển với các bệnh lý tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), béo phì... đã được xác định là những yếu tố gây tăng nguy cơ bệnh ĐMV. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT) là một phương pháp không xâm lấn có giá trị quan trọng trong đánh giá tổn thương ĐMV [8]. Hình ảnh CLVT cho phép đánh giá mức độ hẹp tắc ĐMV với độ chính xác cao. Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng hẹp ĐMV trên CLVT ở bệnh nhân (BN) BTTMCBMT.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 82 BN được chẩn đoán BTTMCBMT điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 10/2020 đến tháng 7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán BTTMCBMT dựa theo Hội Tim mạch Việt Nam [4] khi có ít nhất một trong các tiêu chí sau:

Lâm sàng có cơn đau thắt ngực ổn định hoặc mệt mỏi khi gắng sức, có yếu tố nguy cơ mắc bệnh mạch vành.

ECG: Có biểu hiện thiếu máu trên điện tim như ST chênh xuống, sóng T âm, sóng Q bệnh lý.

Siêu âm tim có hình ảnh giảm vận động thành tim.

Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ĐMV trên máy 128 dãy.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định chụp CLVT ĐMV: Có bệnh lý tim nặng, các bệnh nội khoa nặng (xơ gan, nhiễm trùng...), có tiền sử dị ứng.

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

Bệnh nhân có mạch ≥ 70 chu kỳ/phút.

Bệnh nhân đã được can thiệp hoặc phẫu thuật điều trị bệnh lý ĐMV.

2.2. Phương pháp

Mô tả cắt ngang. Số liệu lấy theo hình thức tiền cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Tuyển chọn BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Đặc điểm lâm sàng, những yếu tố nguy cơ gây hẹp ĐMV được ghi nhận bởi các bác sĩ chuyên ngành tim mạch.

Chụp CLVT ĐMV, đánh giá mức độ hẹp do các bác sĩ chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh thực hiện.

Phân tích so sánh mức độ hẹp với các yếu tố nguy cơ gây hẹp ĐMV.

2.2.1. Chụp cắt lớp vi tính mạch vành

Chuẩn bị BN:

Giải thích BN nằm im, không nuốt, tập nín thở theo khẩu lệnh.

Kiểm tra duy trì mạch < 70 chu kỳ/phút. Xịt nitrates dưới lưỡi 2 - 3 lần.

Thực hiện chụp:

Thực hiện trên máy CLVT 128 dãy hãng GE Health care, Mỹ. Theo dõi điện tâm đồ để chọn chế độ chụp thích hợp.

Chụp tiêm thuốc cản quang theo chương trình "Test bolus". Sử dụng 50 - 80ml thuốc

omnipaque 350mg/ml, tốc độ tiêm 4 - 5ml/giây, tiếp theo 50ml nước muối.

Tại tạo hình ảnh:

Tiến hành đồng bộ với điện tâm đồ, thường ở khoảng giữa tới cuối tâm trương trong chu chuyển tim (60 - 70% khoảng R-R hoặc 350ms trước sóng R của chu chuyển tim kết tiếp).

Tái tạo 0,75mm/0,4mm, 65 hoặc 70% theo các kỹ thuật: Tái tạo đa bình diện (MPR: Multiplanar Reconstruction), tái tạo MIP (maximal intensity projection), tái tạo 3 chiều (VRT: 3D Volume Rendering).

Phân tích hình ảnh:

Hẹp ĐMV được đánh giá ở các nhánh: ĐMV phải, thân chung ĐMV trái, nhánh liên thất trước và động mạch mũ. Xác định điểm đầu và điểm cuối đoạn động mạch quan sát thấy hẹp nhất hoặc đoạn động mạch có vôi hóa, máy sẽ tự động tính % hẹp động mạch đó. Mức % hẹp lớn nhất của 1 nhánh được coi là mức hẹp ĐMV của BN đó. Chia 2 nhóm: Hẹp < 50% và hẹp ≥ 50% [5].

2.2.2. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

Chẩn đoán BTTMCBMT theo Hội Tim mạch học Việt Nam [4].

Chẩn đoán ĐTĐ theo Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ [6]: HbA1c ≥ 6,5%, hoặc glucose lúc đói ≥ 7,0mmol/l, hoặc glucose bất kỳ ≥ 11,1mmol/l.

Chẩn đoán tăng huyết áp (THA) theo Hội Tim mạch Việt Nam [4]: Huyết áp tâm thu ≥ 140mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90mmHg trung bình của 3 lần đo, ở ít nhất 3 lần khám trong thời gian 1 tuần hoặc BN huyết áp bình thường nhưng đang dùng thuốc chống THA.

Chẩn đoán rối loạn lipid máu theo Hội Tim mạch học Việt Nam [4]: Triglycerid > 1,7mmol/l, hoặc cholesterol > 5,2mmol/l, hoặc HDL < 1mmol/l, hoặc LDL > 3,4mmol/l.

Chẩn đoán thừa cân, béo phì. Đánh giá BMI theo WHO áp dụng cho người châu Á [10]: Bình thường BMI < 23, thừa cân, béo phì BMI ≥ 23.

Hút thuốc lá: Người có tiền sử hút thuốc và hiện đang hút hàng ngày.

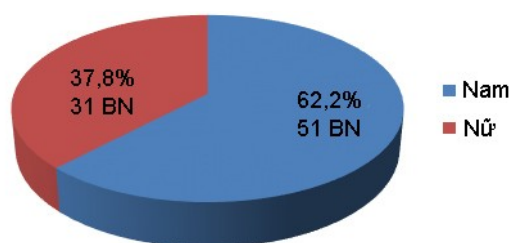
2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

So sánh tỷ lệ BN hẹp ĐMV < 50% và ≥ 50% với tỷ lệ BN có hoặc không có từng yếu tố nguy cơ bằng Chi bình phương test. Giá trị p<0,05 được xác định có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: 51 BN nam chiếm 62,2%, 31 BN nữ chiếm 37,8%.

Bảng 1. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu

Tuổi	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình (Tuổi ±
------	----------	----------	--------------------

Giới			SD)
Nam (n = 51)	24	83	63,86 ± 13,09
Nữ (n = 31)	45	84	68,35 ± 8,48
Tổng (n = 82)	24	84	65,56 ± 11,72

Nhận xét: Tuổi trung bình các BN trong nhóm nghiên cứu $65,56 \pm 11,72$ năm, cao nhất 84 tuổi, thấp nhất 24 tuổi.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hẹp ĐMV

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ gây hẹp ĐMV

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân (n = 82)	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp	61	74,4
Đái tháo đường	18	22
Rối loạn lipid máu	35	42,7
Thừa cân, béo phì (BMI ≥ 23)	41	54,7
Hút thuốc lá	27	32,9
Số yếu tố nguy cơ ở 1 BN	0	3,7
	1	18,3
	2	42,7
	≥ 3	35,4

Nhận xét: Trong các yếu tố nguy cơ, số BN bị THA chiếm tỷ lệ cao nhất 74,4%. 64 BN có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm 78,1%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhóm tuổi và mức độ hẹp ĐMV

Nhóm tuổi	CLVT	Hẹp < 50%	Hẹp $\geq 50\%$	OR, 95% CI	p
< 60		16 (84,2)	3 (15,8)	6,252 (1,655 - 23,617)	0,006
≥ 60		29 (46)	34 (54)		

Nhận xét: Những BN ≥ 60 tuổi có nguy cơ hẹp ĐMV cao gấp 6,252 lần những BN < 60 tuổi. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa giới tính và mức độ hẹp ĐMV

Giới	CLVT	Hẹp < 50%	Hẹp $\geq 50\%$	OR, 95% CI	p
Nữ		15 (48,4)	16 (51,6)	1,523 (0,62 - 3,742)	0,358
Nam		30 (58,8)	21 (41,2)		

Nhận xét: BN nữ có nguy cơ hẹp ĐMV cao hơn nam 1,523 lần, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và mức độ hẹp ĐMV

Yếu tố nguy cơ	CLVT	Hẹp < 50%	Hẹp $\geq 50\%$	OR, 95% CI	p
Tăng huyết áp	Không	14 (66,7)	7 (33,3)	1,935 (0,686 - 5,459)	0,211
	Có	31 (50,8)	30 (49,2)		

Đái tháo đường	Không	40 (62,5)	24 (37,5)	4,333 (1,373 - 13,67)	0,012
	Có	5 (27,8)	13 (72,2)		
Rối loạn lipid	Không	23 (48,9)	24 (51,1)	0,566 (0,231 - 1,382)	0,211
	Có	22 (62,9)	13 (37,1)		
Thừa cân, béo phì	BMI < 23	17 (48,6)	18 (51,4)	0,64 (0,265 - 1,548)	0,323
	BMI ≥ 23	28 (59,6)	19 (40,4)		
Hút thuốc lá	Không	28 (50,9)	27 (49,1)	0,61 (0,237 - 1,566)	0,304
	Có	17 (63)	10 (37)		

Nhận xét: Những BN ĐTD có nguy cơ hẹp ĐMV cao gấp 4,333 lần những BN không bị ĐTD. Khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các yếu tố nguy cơ khác không liên quan đến tình trạng hẹp ĐMV.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung

82 BN nghiên cứu gồm 51 nam chiếm 62,2%, 31 nữ chiếm 37,8%. Tỷ lệ nam/nữ 1,6/1. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $65,56 \pm 11,72$ năm, cao nhất 84 tuổi, thấp nhất 24 tuổi. Tuổi trung bình BN nam $63,86 \pm 13,09$ năm, BN nữ $68,35 \pm 8,48$ năm. Không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ. Nghiên cứu của Vũ Kim Chi trên 145 BN gồm có 102 nam, 43 nữ. Tuổi trung bình của các BN $63 \pm 10,4$ [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Thanh cho thấy tỷ lệ nam, nữ 70,8% và 29,2%. Các BN có tuổi trung bình 64 ± 11 [3]. Như vậy, những đặc điểm về tuổi, giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu khác về bệnh ĐMV. Bệnh thường gặp ở người cao tuổi và tỷ lệ nam nhiều hơn nữ.

Để đánh giá mức độ hẹp ĐMV, chúng tôi sử dụng ngưỡng 50%, theo đó trong 82 BN nghiên cứu, có 37 BN được xác định hẹp $\geq 50\%$ chiếm 45,1%. Đánh giá việc sử dụng ngưỡng hẹp ĐMV trong nghiên cứu theo hướng dẫn của Hiệp hội chụp cắt lớp tim mạch (Society for Cardiovascular Computed Tomography-SCCT), Carmona-Rubio AE nhận thấy trong số 59 nghiên cứu về CLVT ĐMV có tới 53 nghiên cứu sử dụng giá trị ngưỡng 50% như tiêu chí xác định hẹp có ý nghĩa. Thống kê của tác giả cho thấy tỷ lệ hẹp ĐMV $\geq 50\%$ trong các nghiên cứu trong khoảng

40 - 55% [5]. Trong nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa, tỷ lệ BN tổn thương ĐMV có ý nghĩa (hẹp $\geq 50\%$) 47,8% [2].

Một số yếu tố nguy cơ đã được xác định có thể liên quan với tình trạng hẹp ĐMV. Trong nghiên cứu này, chúng tôi xác định tỷ lệ một số yếu tố có nguy cơ gây hẹp ĐMV gồm THA, ĐTD, béo phì, RLLP máu và hút thuốc lá. Kết quả cho thấy trong số 82 BN nghiên cứu có 74,4% THA, 22% ĐTD, 54,7% béo phì, 42,7% rối loạn lipid máu và 32,9% hút thuốc lá. Trong nghiên cứu của Vũ Kim Chi, có 70,7% BN THA, 22,7% BN ĐTD, 52,8% rối loạn lipid máu, 28,4% BN hút thuốc lá [1]. Nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa cho thấy có 62,9% BN béo phì, 29,5% BN ĐTD, 64,9% rối loạn lipid máu, 50,5% BN có hút thuốc lá [2]. Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng như các nghiên cứu khác đều cho thấy các yếu tố nguy cơ gây hẹp ĐMV luôn gặp với tỷ lệ cao. Đánh giá số yếu tố nguy cơ trên từng BN, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số BN có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm tới 78,1%. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Thanh cho thấy BN có từ 2 yếu tố nguy cơ trở lên chiếm 62,5% [3].

4.2. Liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với tình trạng hẹp ĐMV

Để đánh giá ảnh hưởng của tuổi với tình trạng hẹp ĐMV, chúng tôi chia các BN làm 2 nhóm tuổi <60 và ≥ 60 . Kết quả cho thấy những BN ≥ 60 tuổi có tỷ lệ hẹp ĐMV cao gấp 6,252 lần những BN < 60 tuổi. Khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tô Thị Mai Hoa khi đánh giá ảnh hưởng của tuổi với tình trạng hẹp ĐMV trên 186 BN THA tại Viện Tim mạch Quốc gia nhận thấy, nhóm BN ≥ 60 tuổi có tỷ lệ hẹp ĐMV trên chụp CLVT cao gấp 2,578 lần so với nhóm BN < 60 tuổi, và tỷ lệ với

hóa ĐMV cao gấp 2,2 lần so với nhóm BN < 60 tuổi [2]. Ở người cao tuổi, do những thay đổi về hình thái cấu trúc nên mạch máu trở nên cứng, kém đàn hồi, thành mạch dày lên và lòng mạch hẹp lại. Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV.

Đánh giá mức độ hẹp ĐMV theo giới, chúng tôi nhận thấy có 41,2% BN nam và 51,6% BN nữ hẹp $\geq 50\%$. Mặc dù tỷ lệ hẹp ĐMV ở BN nữ cao gấp 1,523 lần ở BN nam nhưng khác biệt không có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa, tỷ lệ BN nam hẹp ĐMV có ý nghĩa cao gấp 2,215 lần so với nữ, $p < 0,05$. Tác giả cho rằng giới nam thường có các yếu tố nguy cơ gây bệnh ĐMV nhiều hơn: Hút thuốc lá, lạm dụng rượu... Đồng thời việc giảm hormon sinh dục nam, đặc biệt testosterone làm gia tăng tình trạng xơ vữa động mạch, bệnh ĐMV và các biến cố tim mạch khác [2]. Ngược lại, nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Thanh cho thấy mặc dù tỷ lệ nam giới bị bệnh cao hơn, nhưng không có sự khác biệt về giới đối với mức độ hẹp ĐMV [3].

Tăng huyết áp làm suy giảm chức năng nội mạc mạch máu, tăng phản ứng viêm tại chỗ dẫn đến tổn thương nội mô, hình thành các dải mỡ, dẫn đến quá trình hẹp lòng mạch, đặc biệt là hẹp ĐMV [4]. Các tổn thương đó có thể diễn ra cấp tính dẫn đến bệnh cảnh hội chứng ĐMV cấp hoặc có thể diễn ra từ từ, chậm chạp với quá trình lắng đọng lâu ngày dẫn đến cứng thành mạch, vôi hóa ĐMV kèm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN THA hẹp ĐMV $\geq 50\%$ lớn gấp 1,935 lần tỷ lệ BN không THA hẹp $\geq 50\%$. Tuy vậy khác biệt không có ý nghĩa. Nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa cho thấy với các BN hẹp ĐMV $\geq 50\%$ thì tất cả đều có THA giai đoạn 3 trong khi ở nhóm còn lại thì chỉ có 13,4%. Tác giả cũng nhận thấy với THA giai đoạn 3, tỷ lệ vôi hóa 76% cao hơn có ý nghĩa so với không vôi hóa là 27,2% [2].

Đái tháo đường thường gắn liền với biến chứng mạn tính các mạch máu lớn nhỏ. Tăng đường máu làm mất cân bằng hệ thần kinh thực vật, stress oxy hóa, giảm lấy glucose ở cơ, tăng sản xuất glucose ở gan, tăng CRP, tăng tạo mô mỡ, giảm các chất gây giãn mạch phụ thuộc nội mạch... từ đó gây tổn thương và xơ vữa mạch

máu, trong đó có bệnh ĐMV [6]. Đặc điểm tổn thương ĐMV ở BN ĐTD là tổn thương mạch lan toả, cả nhánh lớn và nhánh nhỏ, tiến triển nặng dần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ hẹp ĐMV $\geq 50\%$ ở nhóm BN bị ĐTD cao gấp 4,333 lần ở nhóm BN không bị ĐTD. Khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa cho thấy mối liên quan giữa tỷ lệ và mức độ tổn thương ĐMV ở nhóm BN có và không có ĐTD (OR = 3,602, $p < 0,01$). Nhóm BN ĐTD có tỷ lệ vôi hoá cao hơn nhóm BN không ĐTD, khác biệt có ý nghĩa thống kê (OR = 2,660, $p < 0,05$) [2].

Thừa cân, béo phì và RLLP máu cũng là những yếu tố liên quan đến bệnh lý ĐMV. Đối với người thừa cân, béo phì, cơ thể cần lượng máu lớn hơn để nuôi các cơ quan dẫn đến tình trạng làm việc quá sức của tim. Thời gian kéo dài sẽ dẫn đến giãn các buồng tim, suy chức năng tim, lượng máu về ĐMV không đủ gây thiếu máu cơ tim. Mặt khác, khi tăng nồng độ LDL-C và các thành phần cholesterol khác trong máu, hậu quả dẫn đến xơ vữa các mạch máu, tắc mạch, trong đó có ĐMV [4]. Trong nghiên cứu Framingham, các tác giả nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh tim mạch bao gồm THA và bệnh ĐMV cao hơn 1,20 - 1,21 lần ở những người thừa cân và 1,46 - 1,64 ở những người béo phì so với người có cân nặng bình thường. Mặc dù vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt của 2 yếu tố này đối với mức độ hẹp ĐMV. Trong nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa, những BN có BMI từ 23 trở lên có tỷ lệ hẹp ĐMV cao hơn 3,604 lần và có mức độ vôi hoá ĐMV cao hơn 2,115 lần so với những BN có BMI < 23 ($p < 0,01$). Ngược lại, tác giả không thấy mối liên quan giữa tổn thương ĐMV với RLLP máu [2]. Tác giả lý giải hầu hết các BN trong nghiên cứu đều tham gia vào chương trình điều trị THA và đã dùng thuốc chống RLLP máu. Điều này do vậy sẽ ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch nói chung và bệnh ĐMV nói riêng. Hút thuốc lá ảnh hưởng đến tất cả các giai đoạn hình thành và phát triển xơ vữa động mạch, từ suy giảm chức năng nội mạc cho đến các biến cố

cấp tính trên lâm sàng, đặc biệt là hình thành các huyết khối lớn gây bệnh cảnh nhồi máu cơ tim, nhồi máu não. Các chất độc hại trong khói thuốc làm tăng tình trạng viêm, tăng hình thành huyết khối và oxy hóa LDL-C [9]. Kết quả nghiên cứu của Tô Thị Mai Hoa cho thấy, nhóm bệnh nhân THA có hút thuốc lá có tỷ lệ hẹp ĐMV có ý nghĩa cao hơn nhóm BN không hút thuốc với OR = 2,604, $p < 0,05$ [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về mức độ hẹp ĐMV ở nhóm hút và không hút thuốc.

5. Kết luận

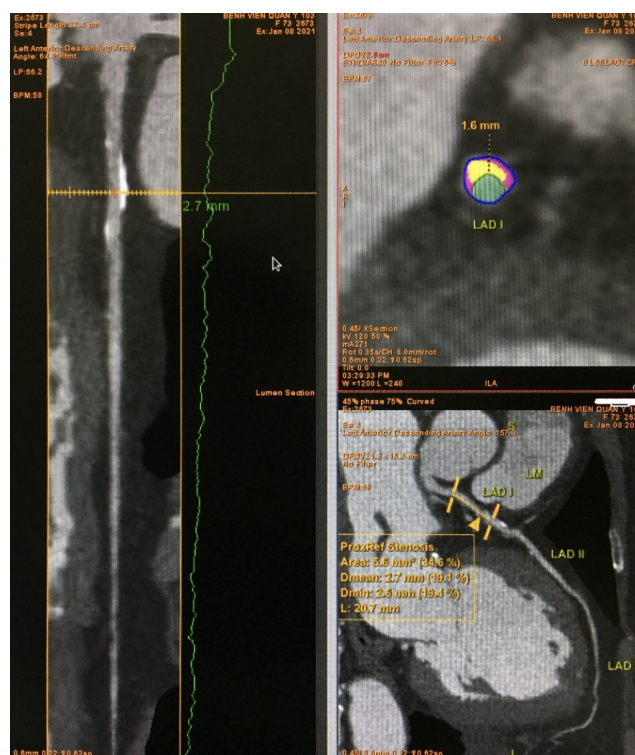
Nghiên cứu 82 BN được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính điều trị tại bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 10/2020 đến tháng 7/2021, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tỷ lệ một số yếu tố nguy cơ gây hẹp động mạch vành trong nghiên cứu: Tăng huyết áp 74,4%, đái tháo đường 22%, thừa cân, béo phì 54,7%, rối loạn lipid máu 42,7% và hút thuốc lá 32,9%.

Tuổi ≥ 60 và bị đái tháo đường làm tăng nguy cơ xuất hiện hẹp động mạch vành $\geq 50\%$ trên cắt lớp vi tính với OR lần lượt là 6,252 và 4,333 ($p < 0,05$).

Giới tính và một số yếu tố nguy cơ tăng huyết áp, thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá không liên quan với tình trạng hẹp động mạch vành.

Hình minh họa



Hình 1. Minh họa hình ảnh ĐMV trên CLVT 128 dãy.

BN Lê Thị Th., 73 tuổi, không có yếu tố nguy cơ. Hình CLVT cho thấy nhánh LAD I hẹp lệch tâm 19,1%, xếp nhóm hẹp ĐMV $< 50\%$

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Kim Chi (2013) *Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trong việc đánh giá các tổn thương của động mạch vành*. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Tô Thị Mai Hoa (2018) *Nghiên cứu mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với đặc điểm tổn thương động mạch vành bằng chụp cắt lớp vi tính 256 dãy ở bệnh nhân tăng huyết áp*. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
3. Nguyễn Tuấn Thanh (2011) *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hình ảnh MSCT 64 lát cắt ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính*. Luận văn Thạc sĩ, Học viện Quân y.
4. Nguyễn Thị Xuyên, Lương Ngọc Khuê, Nguyễn Lân Việt và cộng sự (2013) *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

5. Carmona-Rubio AE, Lee AM, Puchner S et al (2015) A review of adherence to the guidelines for coronary CT angiography quantitative stenosis grading thresholds in published research. *Postgrad Med* 127(2): 194–201.
6. Matheus AS, Tannus LR, Cobas RA (2013) *Impact of diabetes on cardiovascular disease: An update*. *International journal of hypertension*, doi:10.1155/2013/653789.
7. Roth GA, Johnson C, Abajobir A et al (2017) *Global, regional, and national burden of cardiovascular diseases for 10 causes, 1990 to 2015*. *Journal of the American College of Cardiology* 70(1): 1-25.
8. Sayers MB (2018) *Diagnostic coronary angiography: Past, present and future*. *Br J Hosp Med (Lond)* 79(2): 66-77.
9. Tolstrup JS, Hvidtfeldt UA, Flachs EM et al (2014) *Smoking and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults*. *American journal of public health* 104(1): 96-102.
10. WHO expert consultation (2004) *Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*. *The Lancet* 363: 157-163.