

10. William C Goedel & Dustin T Duncan (2015), “Geosocial-Networking App Usage Patterns of Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men: Survey Among Users of Grindr, A Mobile Dating App”, *JMIR Publications*, 1(1): e4.

(Ngày nhận bài: 21/01/2022 - Ngày duyệt đăng: 12/3/2022)

**NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM
CHA₂DS₂-VASc-HSF VÀ SỐ NHÁNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TỔN THƯƠNG
Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KHÔNG ST CHÊNH LÊN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

Huỳnh Tấn Anh Khoa, Nguyễn Thành Nhân, Nguyễn Phú Nguyễn*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: htakhoa.y42@student.ctump.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thang điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF là thang điểm mới, giúp đánh giá yếu tố nguy cơ, khảo sát mức độ tổn thương mạch vành giúp cho các bác sĩ có được lựa chọn điều trị phù hợp cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm các thành tố của thang điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF và đánh giá mối tương quan giữa CHA₂DS₂-VASc-HSF với số nhánh động mạch vành bị tổn thương trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân nhập viện tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2020. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ và tăng huyết áp, hút thuốc lá là những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Số nhánh mạch vành tổn thương có tương quan thuận mức độ tương quan trung bình với điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF, $r=0,439$, $p=0,001$. **Kết luận:** Bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ thì điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF càng cao và mức độ tổn thương động mạch vành càng nhiều.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF.

ABSTRACT

**STUDY OF THE CORRELATION BETWEEN CHA₂DS₂-VASc-HSF
SCORE AND THE NUMBER OF INJURED CORONARY
ARTERY BRANCHES IN PATIENTS WITH NON-ST-ELEVATION
ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL**

Huynh Tan Anh Khoa, Nguyen Thanh Nhan, Nguyen Phu Nguyen

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: CHA₂DS₂-VASc-HSF score, which is a new scale, may evaluate risk factors and examine the extent of coronary artery injury to help doctors choose the appropriate treatment for patients. **Objectives:** To indentify the feature of components of CHA₂DS₂-VASc-HSF score and assess the connection between CHA₂DS₂-VASc-HSF and the number of injured coronary arteries in patients with non-ST-elevation acute myocardial infarction. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 59 patients hospitalized to Interventional Cardiology Department of Can Tho Central General Hospital, from January 2020 to October 2020. **Results:**

*The proportion of men was higher than women, hypertension and smoking were the most frequent risk factors. The number of injured coronary branches was moderate positive correlation with CHA₂DS₂-VAsC-HSF score, $r=0.439$, $p=0.001$. **Conclustions:** The more risk factors patients have, the higher CHA₂DS₂-VAsC-HSF score and coronary artery injury level they have.*

Key words: Non-ST-elevation myocardial infarction, CHA₂DS₂-VAsC-HSF score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới hiện nay [1],[3],[7]. Đánh giá yếu tố nguy cơ, phòng ngừa và điều trị nhồi máu cơ tim cấp là một khía cạnh quan trọng trong các nghiên cứu lâm sàng được thực hiện. Việc đưa ra các thang điểm để tiên đoán mức độ nặng của bệnh cũng như dự đoán tổn thương mạch vành như thang điểm GRACE, CHADS₂, CHA₂DS₂-VAsC giúp các bác sĩ lâm sàng, can thiệp có thể dự đoán tổn thương và đưa ra hướng xử trí phù hợp trên bệnh nhân bệnh mạch vành, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp [5],[8]. Trong đó, thang điểm CHA₂DS₂-VAsC-HSF được công bố gần đây, xây dựng dựa trên các biến số suy tim, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm... được chứng minh có giá trị tiên đoán về nguy cơ tử vong sau hội chứng vành cấp, mổ bắc cầu chủ vành và có thể dự đoán mức độ tổn thương của bệnh mạch vành bằng cách sử dụng điểm Gensini ở những bệnh nhân được chụp mạch vành [2],[4],[10]. Vì thế, chúng tôi thực hiện “Nghiên cứu mức độ tổn thương động mạch vành qua thang điểm CHA₂DS₂-VAsC-HSF trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ” với mục tiêu:

- Xác định đặc điểm các thành tố của thang điểm CHA₂DS₂-VAsC-HSF trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên.

- Đánh giá mối tương quan giữa thang điểm CHA₂DS₂-VAsC-HSF với số nhánh động mạch vành bị tổn thương trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo định nghĩa toàn cầu lần thứ 4 [7] về nhồi máu cơ tim: Có tình trạng tổn thương cơ tim với bằng chứng lâm sàng của thiếu máu cục bộ cơ tim cấp và có sự tăng Troponin với ít nhất một giá trị trên bạch phân vị thứ 99, kèm theo một trong các đặc điểm sau:

- + Triệu chứng lâm sàng của thiếu máu cục bộ cơ tim cấp.
- + Thay đổi mới trên điện tâm đồ do thiếu máu cục bộ cơ tim cấp.
- + Hình thành sóng Q bệnh lý.
- + Bằng chứng hình ảnh sự mất đi cơ tim hoặc rối loạn vận động vùng mới xuất hiện phù hợp với bệnh cảnh thiếu máu cục bộ cơ tim.
- + Xác định được huyết khối trong mạch vành bởi chụp mạch vành hoặc giải phẫu tử thi.
- + Điện tâm đồ có hình ảnh ST chênh xuống dạng dốc xuống hoặc nằm ngang, T âm, đảo chiều [1],[6].
- + Bệnh nhân được chụp mạch vành qua da xác định số nhánh mạch vành bị tổn thương, gọi là hẹp mạch vành có ý nghĩa khi mạch vành hẹp $\geq 50\%$.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có chống chỉ định với chụp mạch vành cản quang.
Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích.

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm của các thành tố thang điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF: Suy tim (1 điểm), tăng huyết áp (1 điểm), tuổi ≥ 75 (2 điểm), đái tháo đường (1 điểm), tiền sử đột quỵ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua (2 điểm), bệnh mạch máu ngoại biên (1 điểm), tuổi từ 65 đến 74 (1 điểm), rối loạn lipid máu (1 điểm), hút thuốc lá (1 điểm), tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (1 điểm) [8].

+ Mối liên quan giữa thang điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF và số nhánh mạch vành bị tổn thương: Thang điểm Gensini được tính cho mỗi bệnh nhân chụp mạch vành bằng cách đánh giá mức độ nghiêm trọng của tổn thương mạch vành: Hẹp từ 1-25% (1 điểm), hẹp từ 26-50% (2 điểm), hẹp từ 51-75% (4 điểm), hẹp từ 76-90% (8 điểm), hẹp từ 91-99% (16 điểm) và tắc hoàn toàn mạch vành (32 điểm) và điểm số sau đó được nhân với mức độ quan trọng của động mạch vành (hệ số là 5 khi tổn thương là thân chung động mạch vành trái; 2,5 cho nhánh liên thất trước động mạch vành trái và đoạn gần động mạch mũ; 1 cho động mạch liên thất trước đoạn xa, gần, giữa và động mạch vành phải; 0,5 cho các phân nhánh còn lại). Những bệnh nhân có điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF ≥ 3 thì điểm Gensini cao hơn nhóm CHA₂DS₂-VASc-HSF < 3 , gợi ý mức độ tổn thương động mạch vành cao hơn [9].

- Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 3 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021.

- Phân tích và xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2021 chúng tôi chọn được 59 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, chúng tôi ghi nhận: Tuổi trung bình là $66,3 \pm 11,0$ tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ lần lượt là 64,4% và 35,6%.

Bảng 1. Tỷ lệ phân bố các thành tố trong thang điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF

Thành tố	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Suy tim	10	16,9
Tăng huyết áp	51	86,4
Tuổi ≥ 75	13	22,0
Tuổi từ 65 đến 74	18	30,5
Đái tháo đường	14	23,7
Tiền sử đột quỵ hoặc cơn thiếu máu não thoáng qua	5	8,5
Bệnh mạch máu ngoại biên	10	16,9
Giới nam	38	64,4
Rối loạn lipid máu	13	22,0
Hút thuốc lá	27	45,8

Thành tố	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm	5	8,5

Nhận xét: Tăng huyết áp, giới nam, hút thuốc lá là ba thành tố thường gặp nhất trong thang điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF.

Bảng 2. Phân bố điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF theo số nhánh mạch vành bị tổn thương

	1 nhánh	2 nhánh	3 nhánh	p
Điểm CHA ₂ DS ₂ -VASc-HSF (X±SD)	2,81±0,60	4,96±1,70	5,26±1,76	<0,001

Nhận xét: Điểm trung bình CHA₂DS₂-VASc-HSF ở nhóm có tổn thương 3 nhánh mạch vành cao hơn nhóm 1 nhánh và nhóm 2 nhánh, sự khác biệt giữa 3 nhóm rất có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 3. Phân nhóm điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF theo số nhánh mạch vành bị tổn thương

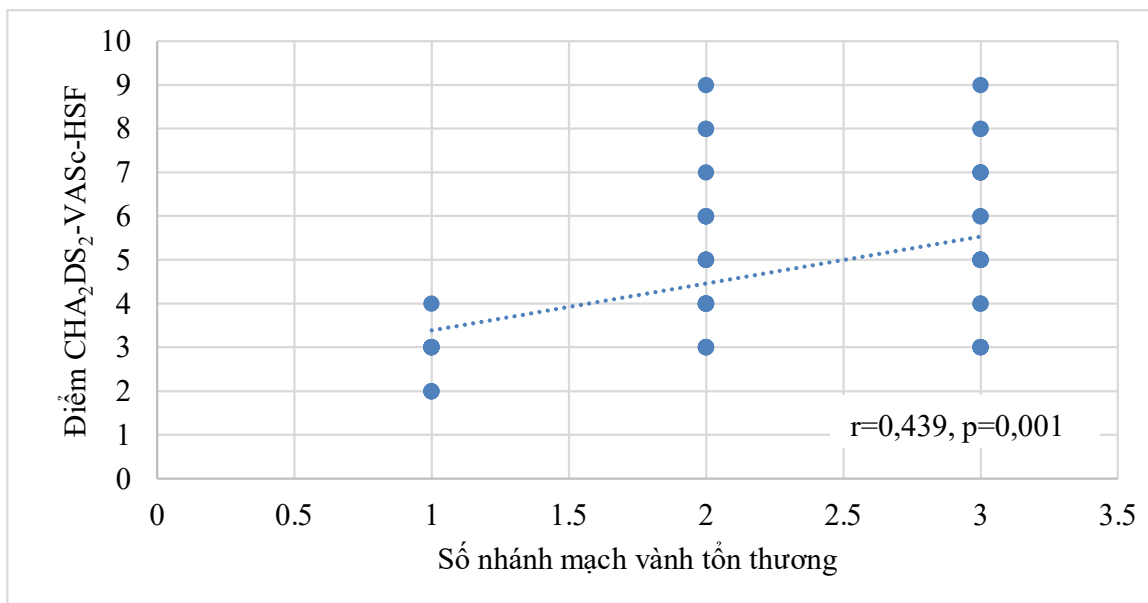
Phân nhóm	1 nhánh n (%)	2 nhánh n (%)	3 nhánh n (%)
CHA ₂ DS ₂ -VASc-HSF < 3	3 (5,1)	0 (0)	0 (0)
CHA ₂ DS ₂ -VASc-HSF ≥ 3	8 (14,3)	25 (44,6)	23 (41,1)

Nhận xét: Những bệnh nhân có điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF ≥ 3 thì tỉ lệ tổn thương 2 nhánh và 3 nhánh mạch vành cao hơn 1 nhánh.

Bảng 4. Điểm Gensini theo phân nhóm của thang điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF

	CHA ₂ DS ₂ -VASc-HSF <3	CHA ₂ DS ₂ -VASc-HSF ≥3	p
Điểm Gensini (X±SD)	15,67±7,37	44,93±18,83	0,01

Nhận xét: Điểm Gensini ở phân nhóm CHA₂DS₂-VASc-HSF ≥ 3 cao hơn nhóm CHA₂DS₂-VASc-HSF, sự khác biệt 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p=0,01.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa số nhánh mạch vành tổn thương với điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF

Nhận xét: Số nhánh mạch vành tổn thương có tương quan thuận mức độ tương quan trung bình với điểm CHA₂DS₂-VASc-HSF, r=0,439, p=0,001.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi trung bình là $66,3 \pm 11,0$ tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ lần lượt là 64,4% và 35,6% và tăng huyết áp, hút thuốc lá là những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất, điều này khá tương đồng với Erdogan Yasar khi tỷ lệ nam cao hơn nữ, tăng huyết áp thường gặp nhất và sự khác biệt giữa hai nhóm có TIMI 0 và TIMI 1-3 là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [7] và Onur Kadir Uysal và cộng sự với độ tuổi trung bình là 61 tuổi, nam giới chiếm tỷ lệ cao đến 76%, tăng huyết áp, hút thuốc lá là hai tiền sử thường gặp [5]. Hút thuốc lá từ lâu được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành, đặc biệt ở nam giới.

Trong nghiên cứu này, điểm trung bình $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ ở nhóm có tổn thương 3 nhánh mạch vành cao hơn nhóm 1 nhánh và nhóm 2 nhánh, sự khác biệt giữa 3 nhóm rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tương tự như tác giả Nguyễn Thị Hồng Nhung điểm trung bình của $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ ở nhóm tổn thương 3, 2, 1 nhánh lần lượt là $3,8 \pm 1,12$, $2,89 \pm 1,17$, $2,41 \pm 1,22$, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [2], Modi và cộng sự cho kết quả tương tự khi điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ tăng dần theo số nhánh mạch vành tổn thương từ 0 đến 3 nhánh lần lượt là $2,75 \pm 1,05$ điểm, $2,91 \pm 1,41$ điểm, $3,89 \pm 1,67$ điểm và $4,55 \pm 1,92$ điểm với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$ [9] và Cetin cũng cho thấy nhóm tổn thương càng nhiều nhánh mạch vành thì điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ càng cao [4]. Nhìn chung điểm số của chúng tôi cao hơn do đối tượng chúng tôi là nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh, còn các tác giả này đa số khảo sát trên nhóm bệnh nhân có bệnh mạch vành hoặc kết quả chụp không có tổn thương mạch vành. Mặc khác, chúng tôi cũng ghi nhận điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF} \geq 3$ ghi nhận có sự tổn thương mạch vành qua thang điểm Gensini nhiều hơn, các tác giả Cetin M [4], Nguyễn Thị Hồng Nhung [2] cũng cho kết quả tương tự chúng tôi.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận số nhánh mạch vành tổn thương có tương quan thuận mức độ tương quan trung bình với thang điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$, $r=0,439$, $p=0,001$. Tương tự tác giả Nguyễn Thị Hồng Nhung cho thấy rằng có mối tương quan thuận mức độ mạnh của số nhánh mạch vành bị tổn thương và điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ ($r=0,54$, $p < 0,001$) và tương quan thuận mức độ mạnh của điểm Gensini và điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ ($r=0,5$, $p < 0,001$) [2], điều này cũng tương tự như tác giả Cetin khi mối tương quan giữa thang điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ với số nhánh động mạch vành bị tổn thương là mối tương quan thuận, mức độ mạnh với $r=0,53$, $p < 0,001$ [4], Yilmaz S [10]. Từ đó cho thấy bệnh nhân có điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ càng cao thì mức độ tổn thương động mạch vành càng nhiều.

V. KẾT LUẬN

Nam giới chiếm tỷ lệ là 64,4%, tăng huyết áp (86,4%), hút thuốc lá (45,8) là những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Số nhánh mạch vành tổn thương có tương quan thuận mức độ tương quan trung bình điểm với thang điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$, trong đó $r=0,439$, $p=0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2019), “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp”, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Thị Hồng Nhung (2020), “Mức độ tổn thương động mạch vành qua thang điểm $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$ và $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc-HSF}$ ”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, (91-92), tr.35-41.
3. Trần Kim Sơn (2014), “Điện tâm đồ ứng dụng lâm sàng”, Nhà xuất bản Y học, tr.51-68.

4. Cetin M (2014), “Prediction of coronary artery disease severity using CHA₂DS₂ and CHA₂DS₂-VAsC score and a new defined CHA₂DS₂-VAsC-HSF score”, *The American journal of cardiology*, 113, pp.950-956.
5. Erdogan Yasar and et al (2021), “The CHA₂DS₂-VAsC Risk Score Predicts Total Occlusion in Infarct-Related Arteries in Patients With Non-ST Elevation Myocardial Infarction”. *Angiology*. 73(4):380-386
6. Franz-Josef Neumann, Miguel Sousa-Uva, Anders Ahlsson et al (2018), “2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization”, *European Heart Journal*, 40(2), pp.87-165.
7. Kristian Thygesen (2018), Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction, *Journal of the American College of Cardiology*, 72(18).
8. Onur Kadir Uysal (2016), “Predictive value of newly defined CHA₂DS₂-VAsC-HSF score for severity of coronary artery disease in ST segment elevation myocardial infarction”, *Kardiol Pol* 2016, 74, pp.954-960.
9. Ranjan Modi (2017), “CHA₂DS₂-VAsC-HSF score-new predictor of severity of coronary artery disease in 2976 patients”, *International Journal of Cardiology*, 228, pp.1002-1006.
10. Yilmaz S (2018), “Evaluation of the Predictive Value of CHA₂DS₂-VAsC-HSF score for In-Stent Restenosis”, *Angiology*, 69, pp.38-42.

(Ngày nhận bài: 24/1/2022 – Ngày duyệt đăng: 11/3/2022)

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ
ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LIỆT BELL TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA
TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC
CẦN THƠ NĂM 2020 – 2022**

Vũ Yến Nhi*, Lương Thanh Điền

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: yennhi.240495@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nguyên nhân chính và hay gặp nhất của liệt dây thần kinh VII ngoại biên là liệt Bell, có thể liên quan đến viêm dây thần kinh VII do sự tấn công của vi-rút. Mặc dù có bằng chứng về vai trò của nhiễm vi-rút, nhưng hiệu quả điều trị của các thuốc kháng vi-rút đối với liệt Bell vẫn chưa rõ ràng, dù đã có báo cáo rằng sự kết hợp của một thuốc kháng vi-rút và corticosteroids có hiệu quả hơn so với chỉ dùng corticosteroids đơn thuần. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân liệt Bell. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 70 bệnh nhân được chẩn đoán liệt Bell tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các tiêu chuẩn loại trừ. Đối tượng tham gia nghiên cứu được đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tại thời điểm nhập viện, sau 1 tuần và sau 4 tuần điều trị. **Kết quả:** Lý do chính làm bệnh nhân nhập viện là méo miệng (71,4%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp là bất thường nếp mũi má (100%), bất thường nếp nhăn trán (98,6%) và dấu hiệu Charles Bell (88,6%). Sau 1 tuần điều trị: tỉ lệ hồi phục ở bệnh nhân sử dụng corticosteroids kết hợp acyclovir là 62,9% so với nhóm sử dụng corticosteroids đơn thuần là 54,3% ($p=0,467$). Sau 4 tuần điều trị: tỉ lệ hồi phục ở nhóm bệnh nhân sử dụng corticosteroids kết hợp acyclovir và nhóm sử dụng corticosteroids đơn thuần lần lượt là 91,4% và 80,0% ($p=0,172$). **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng