

Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp dưới 40 tuổi

Huỳnh Văn Minh¹, Hồ Anh Bình², Đinh Thế Anh¹

(1) Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Có ít dữ liệu liên quan đến đặc điểm của hội chứng vành cấp (HCVC) ở người Việt Nam trẻ tuổi (< 40 tuổi). Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mạch vành và tiên lượng tử vong theo thang điểm GRACE, TIMI của bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC) trẻ tuổi so với bệnh nhân lớn tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 69 bệnh nhân Hội chứng vành cấp tại Trung tâm Tim mạch Can thiệp Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 5/2017 đến tháng 12/2018. Những bệnh nhân này được chia thành hai nhóm: 33 bệnh nhân < 40 tuổi (nhóm 1) và 36 bệnh nhân ≥ 40 tuổi (nhóm 2). Đặc điểm nhân trắc học, yếu tố nguy cơ, những phát hiện về lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mạch vành và tiên lượng tử vong được so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** So với nhóm 2, tỷ lệ nam giới, hút thuốc lá, tiền sử gia đình có bệnh động mạch vành ở nhóm 1 cao hơn và tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường thấp hơn (tương ứng 84,8%; 57,6%; 18,2% và 30,3%; 3,0% ở nhóm 1 so với 55,6%; 33,3%; 2,8% và 69,4%; 22,2% ở nhóm 2; $p < 0,05$). Nhóm 1 bị đau ngực nặng hơn (tỷ lệ đau ngực độ III-IV theo CCS là 69,7% ở nhóm 1 so với 36,1% ở nhóm 2; $p < 0,05$) và huyết áp tâm thu thấp hơn (trung vị là 120 mmHg ở nhóm 1 so với 135 mmHg ở nhóm 2; $p < 0,05$). Tỷ lệ đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ) và nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (STEMI) cao hơn ở nhóm 1 (tương ứng 51,5% và 36,4% ở nhóm 1 so với 30,6% và 11,1% ở nhóm 2; $p < 0,05$); trong khi đó tỷ lệ nhồi máu cơ tim không có ST chênh lên (NSTEMI) cao hơn ở nhóm 2 (58,3% ở nhóm 2 so với 12,1% ở nhóm 1; $p < 0,05$). Nhóm 1 có nồng độ Glucose máu thấp hơn và nồng độ Creatinine máu cao hơn so với nhóm 2 (tương ứng trung vị là 5,3 mmol/l và 80 μ mol/l ở nhóm 1 so với 6,44 mmol/l và 72,5 μ mol/l ở nhóm 2; $p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh động mạch vành (CAD) 1 thân, hẹp động mạch vành (CAG) bình thường, hẹp động mạch vành không đáng kể ở nhóm 1 cũng cao hơn và tỷ lệ CAD đa thân thấp hơn so với nhóm 2 (tương ứng là 45,5%; 33,3%; 12,1% và 9,1% ở nhóm 1 so với 33,3%; 2,8%; 2,8% và 61,2% ở nhóm 2; $p < 0,05$). Nhóm 1 có điểm Gensini, điểm GRACE và điểm TIMI thấp hơn (tương ứng trung vị là 5; trung bình là 78,55 và trung vị là 2 ở nhóm 1 so với 37,5; 130,22 và 3 ở nhóm 2; $p < 0,05$). Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ có liên quan đến CAD tắc nghẽn ở nhóm 1 (OR = 7,12; 95% CI: 1,25-40,63; $p < 0,05$). **Kết luận:** Bệnh nhân HCVC trẻ tuổi chủ yếu là nam giới, hút thuốc lá và có tiền sử gia đình mắc CAD; mức độ đau ngực nặng hơn và huyết áp tâm thu thấp hơn; tỷ lệ ĐTNKÔĐ và STEMI cao hơn. Ngược lại, bệnh nhân lớn tuổi có nồng độ Glucose máu cao hơn và Creatinine máu thấp hơn; tỷ lệ CAD đa thân cao hơn. Điểm Gensini, GRACE và TIMI thấp hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ có liên quan đến CAD tắc nghẽn ở bệnh nhân trẻ tuổi.

Từ khóa: hội chứng vành cấp, 40 tuổi.

Abstract

Study of risk factors, clinical, laboratory, coronary lesion characteristics of acute coronary syndrome in patients under 40 years old

Huỳnh Văn Minh¹, Hồ Anh Bình², Đinh Thế Anh¹

(1) Dept. of Internal Medicine, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue Central Hospital

Background: There is little data regarding the characteristics of young (< 40 years old) Vietnamese who get acute coronary syndrome patients. The aim of this study was to compare some risk factors, clinical, laboratory, coronary lesion characteristics and predicting mortality according to the GRACE and TIMI scores of young acute coronary syndrome (CAD) patients compared with their older counterparts. **Materials and method:** The cross – sectional descriptive study of 69 patients with acute coronary syndrome at the Interventional

Cardiovascular Center of Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital from May 2017 to December 2018. These patients were divided into two groups: 33 patients were aged < 40 years (group 1) and 36 patients were aged ≥ 40 years (group 2). Demographic characteristics, risk factors profile, clinical, laboratory, coronary lesion findings and predicting mortality were compared between the two groups.

Results: Compared with group 2, the prevalence of male gender, smoking, family history of CAD were higher in group 1 and the prevalence of arterial hypertension, diabetes mellitus were lower (84.8%; 57.6%; 18.2% and 30.3%; 3.0% of group 1 vs 55.6%; 33.3%; 2.8% and 69.4%; 22.2% of group 2, respectively; $p < 0.05$). Group 1 had more severe angina (the prevalence of chest pain graded III-IV by CCS classification were 69.7% in group 1 vs 36.1% in group 2; $p < 0.05$) and lower systolic pressure (median was 120 mmHg in group 1 vs 135 mmHg in group 2; $p < 0.05$). The prevalence of unstable angina and STEMI were higher in group 1 (51.5% and 36.4% in group 1 vs 30.6% and 11.1% in group 2, respectively; $p < 0.05$), while NSTEMI was higher in group 2 (58.3% in group 2 vs 12.1% in group 1; $p < 0.05$). Group 1 had lower serum Glucose level but higher serum Creatinine level than group 2 (medians were 5.3 mmol/l and 80 μ mol/l in group 1 vs 6.44 mmol/l and 72.5 μ mol/l in group 2, respectively; $p < 0.05$). The prevalence of single vessel disease, angiographically normal coronary arteries, nonobstructive disease in group 1 were also higher and multi-vessel disease was lower than group 2 (45.5%; 33.3%; 12.1% and 9.1% in group 1 vs 33.3%; 2.8%; 2.8% and 61.2% in group 2; $p < 0.05$). The Gensini, GRACE and TIMI scores were lower in group 1 (median was 5; median was 78.55 and median was 2 in group 1 vs 37.5; 130.22 and 3 in group 2, respectively; $p < 0.05$). Smoking was a risk factor for obstructed CAD in group 1 (OR = 7.12; 95% CI: 1.25 - 40.63; $p < 0.05$). **Conclusion:** Young patients with acute coronary syndrome tend to be male, smoking and positive familial history; grade of angina was more severe and systolic pressure was lower; the prevalence of unstable angina and STEMI were higher. In contrast, older patients had higher serum Glucose level and lower serum Creatinine level; the prevalence of multi-vessel disease was higher. The Gensini, GRACE and TIMI scores were lower in young patients. Smoking was a risk factor for obstructed CAD in young patients.

Key words: CAD: acute coronary syndrome, 40 years old.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ VÀ MỤC TIÊU

Trong những năm gần đây đã có sự gia tăng của Hội chứng vành cấp (HCVC) ở người trẻ. Các nguy cơ tim mạch của những bệnh nhân này thường khác nhau. Số liệu về tỷ lệ, các yếu tố nguy cơ và kết cục lâm sàng của HCVC ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi còn hạn chế. Trên những bằng chứng hiện có, bệnh nhân trẻ đại diện cho 0,4% – 19% của tất cả các trường hợp HCVC, tùy thuộc vào độ tuổi cắt được sử dụng [14]. Theo nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu năm 2010, tuổi trung bình tử vong do thiếu máu cục bộ cơ tim (TMCBCT) ở nam giới trong các nước thu nhập trung bình thấp trẻ hơn mười tuổi so với các nước thu nhập cao. Điều này có thể do HCVC và TMCBCT khởi phát sớm hơn cũng như khả năng sống sót ngắn hơn đối với bệnh nhân ở các nước thu nhập trung bình thấp [18].

HCVC ở những bệnh nhân trẻ đại diện cho một vấn đề sức khỏe – kinh tế nghiêm trọng ảnh hưởng trực tiếp đến lực lượng lao động và sản xuất chính của xã hội. Cho đến nay, chúng tôi mới chỉ tìm thấy rất ít nghiên cứu được thực hiện tương tự tại Việt Nam, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu khảo sát một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mạch vành và tiên lượng tử vong theo thang điểm GRACE,

TIMI của HCVC ở bệnh nhân <40 tuổi và so sánh với bệnh nhân ≥ 40 tuổi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 69 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị HCVC tại Trung tâm Tim mạch Can thiệp Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Đại học Y Dược Huế từ tháng 5/2017 đến tháng 12/2018 được chia thành 2 nhóm: < 40 tuổi và ≥ 40 tuổi.

Phương pháp thu thập dữ liệu bằng mẫu phiếu điều tra.

Phân tích và xử lý số liệu: Phần mềm SPSS Statistics 22, dữ liệu được thể hiện dưới dạng phần trăm (%) đối với biến phân loại, trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (các tứ phân vị 25% - 75%) đối với biến định lượng. Sử dụng T – test hoặc Mann – Whitney để so sánh 2 trung bình, Chi – square hoặc Fisher’s exact test để so sánh 2 tỷ lệ.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Chẩn đoán HCVC theo đồng thuận lần thứ 4 về nhồi máu cơ tim (2018) trong đó đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ) chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Châu Âu (ESC 2019). Những yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu

được chẩn đoán theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) 2018, Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) 2019, Chương trình Giáo dục Quốc gia về Cholesterol: Điều trị tăng cholesterol ở người lớn (NCEP: ATPIII) 2001 hoặc dựa trên tiền sử đang điều trị hoặc được chẩn đoán trước đó. Tiền sử gia đình bị bệnh động mạch vành (CAD) nếu người thân trực hệ mắc CAD trước tuổi 55. Quá cân – béo phì được định nghĩa khi BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$. Các biến số khác bao gồm tiền sử hút thuốc lá, đau ngực, mức độ đau ngực (theo phân loại của Hiệp hội Tim mạch Canada: CCS), triệu chứng khác đau ngực (vã mồ hôi, khó thở, hồi hộp, nôn hoặc buồn nôn, mệt mỏi), phân độ Killip, huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HAT-Tr), nhịp tim được tìm kiếm trong quá trình hỏi bệnh và thăm khám lúc nhập viện. Phân suất tống máu thất trái (EF) được đo bằng siêu âm 2D theo phương pháp Simpson lấy điểm cắt 55% để xác định có giảm

EF theo khuyến cáo Hội Tim mạch Hoa Kỳ. Mức độ hẹp, tắc động mạch vành được tính dựa trên phần mềm phân tích định lượng Quantitative Analysis hoặc ước tính bằng mắt bởi các bác sĩ chuyên khoa can thiệp tim mạch có kinh nghiệm khác nhau và có kết quả giống nhau từ đó tính ra thang điểm Gensini. CAD 1 thân động mạch vành chính: động mạch liên thất trước (LAD), động mạch mũ (LCx), động mạch vành phải (RCA) trong khi 2 thân động mạch vành chính còn lại hẹp từ 1 – 49 % đường kính (được định nghĩa là CAD không tắc nghẽn) hoặc 0% (được định nghĩa là CAG bình thường) với hẹp thân chung động mạch vành trái (LM) $\geq 50\%$ được xem như CAD 2 thân (tương đương với hẹp $\geq 50\%$ cả LAD và LCx). Điểm GRACE và TIMI được tính bằng phần mềm hoặc bảng tính theo mẫu có sẵn.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm của yếu tố nguy cơ tim mạch

		Nhóm tuổi	
		< 40 tuổi (n = 33)	≥ 40 tuổi (n = 36)
Tuổi trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (tuổi)		35,70 $\pm$ 2,69	67,06 $\pm$ 11,74
Giới nam	n (%)	28 (84,8)	20 (55,6)
Thừa cân – béo phì	n (%)	17 (51,5)	11 (30,6)
Hút thuốc lá	n (%)	19 (57,6)	12 (33,3)
Tăng huyết áp	n (%)	10 (30,3)	25 (69,4)
Đái tháo đường	n (%)	1 (3)	8 (22,2)
Rối loạn lipid máu	n (%)	27 (81,8)	33 (91,7)
Tiền sử gia đình	n (%)	6 (18,2)	1 (2,8)

Những đặc điểm cơ bản của bệnh nhân được trình bày trong bảng 1. Trong nghiên cứu này, 33 bệnh nhân < 40 tuổi có tuổi trung bình là 35,70 $\pm$ 2,69 so với 67,06 $\pm$ 11,74 tuổi ở nhóm ≥ 40 tuổi ($p < 0,05$). Nam giới ưu thế hơn ở nhóm trẻ tuổi (84,8% so với 55,6%; $p < 0,05$). Bệnh nhân trẻ tuổi có tỷ lệ thấp hơn của tăng huyết áp (30,3% so với 69,4%; $p < 0,05$), đái tháo đường (3% so với 22,2%; $p < 0,05$) nhưng lại có tiền sử gia đình và hút thuốc lá phổ biến hơn (lần lượt là 18,2% so với 2,8%; $p < 0,05$, và 57,6% so với 33,3%; $p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tình trạng thừa cân – béo phì và rối loạn lipid máu giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

		Nhóm tuổi	
		< 40 tuổi (n = 33)	≥ 40 tuổi (n = 36)
Đau ngực	n (%)	32 (97,0)	33 (91,7)
Không đau ngực và đau ngực độ I-II	n (%)	10 (30,3)	23 (63,9)
Đau ngực độ III-IV	n (%)	23 (69,7)	13 (36,1)
Triệu chứng khác đau ngực	n (%)	18 (54,5)	19 (52,8)
STEMI	n (%)	12 (36,4)	4 (11,1)
NSTEMI	n (%)	4 (12,1)	21 (58,3)
ĐTNKÔĐ	n (%)	17 (51,5)	11 (30,6)

Killip I	n (%)	32 (97,0)	31 (86,1)
Killip $\geq$ II	n (%)	1 (3,0)	5 (13,9)
HATT (mmHg)*		120 (110-135)	135 (120-140)
HATTr (mmHg)*		70 (70-80)	80 (72,5-80)
Nhịp tim (Chu kỳ/phút)*		75 (68-90)	80 (71,3-84,8)

(*) Trung vị (các tứ phân vị 25% - 75%).

Bảng 2 thể hiện đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm tuổi. So với bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân trẻ tuổi có mức độ đau ngực nặng hơn (đau ngực độ III-IV chiếm 69,7% so với 36,1%; $p < 0,05$) và HATT thấp hơn ($p < 0,05$) nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ có biểu hiện đau ngực hay các triệu chứng khác đau ngực, phân độ Killip, HATTr và nhịp tim giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Nhóm bệnh nhân < 40 tuổi vào viện trong bệnh cảnh ĐTNKÔĐ chiếm tỷ lệ cao nhất (51,5%), kể đến là STEMI (36,4%) còn nhóm ≥ 40 tuổi vào viện trong bệnh cảnh NSTEMI cao nhất (58,3%), kể đến là ĐTNKÔĐ (30,6%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

	Nhóm tuổi	n	Trung vị (Tứ phân vị 25%-75%)	p
Glucose (mmol/l)	< 40 tuổi	33	5,3 (4,66-6,6)	$< 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	6,44 (5,51-9,23)	
Cholesterol toàn phần (mmol/l)	< 40 tuổi	33	4,83 (4,07-5,44)	$> 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	4,38 (3,59-5,42)	
Triglyceride (mmol/l)	< 40 tuổi	33	1,68 (1,17-2,79)	$> 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	2 (1,21-3,01)	
HDL-cholesterol (mmol/l)	< 40 tuổi	33	1,02 (0,95-1,13)	$> 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	1,03 (0,86-1,3)	
LDL-cholesterol (mmol/l)	< 40 tuổi	33	2,9 (2,47-3,71)	$> 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	2,95 (1,98-3,58)	
CK (U/L)	< 40 tuổi	33	104 (72,5-347)	$> 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	104,5 (67-232,5)	
CK-MB (ng/ml)	< 40 tuổi	33	1,93 (1,13-4,98)	$> 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	2,96 (1,41-5,49)	
hs Troponin T (ng/ml)	< 40 tuổi	33	0,01 (0,007-0,665)	$> 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	0,024 (0,011-0,104)	
Creatinine (μ mol/l)	< 40 tuổi	33	80 (68-94,5)	$< 0,05$
	≥ 40 tuổi	36	72,5 (60,5-83,75)	

Đặc điểm cận lâm sàng của 2 nhóm tuổi được thể hiện tại bảng 3. Nồng độ glucose huyết thanh thấp hơn có ý nghĩa và nồng độ creatinine huyết thanh cao hơn có ý nghĩa ở nhóm trẻ tuổi so với nhóm lớn tuổi ($p < 0,05$). Nồng độ cholesterol toàn phần, triglyceride, LDL và HDL cholesterol, CK, CK-MB, hs Troponin T tương đương giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm điện tâm đồ, phân suất tổng máu thất trái

		Nhóm tuổi		p
		< 40 tuổi (n = 33)	≥ 40 tuổi (n = 36)	
Nhịp xoang bình thường	n (%)	25 (75,8)	32 (88,9)	$> 0,05$
Rối loạn nhịp tim	n (%)	8 (24,2)	4 (11,1)	$> 0,05$
Đoạn ST chênh lên	n (%)	12 (36,4)	4 (11,1)	$< 0,05$
Đoạn ST chênh xuống	n (%)	8 (24,2)	10 (27,8)	$< 0,05$

Đoạn ST đẳng điện	n (%)	13 (39,4)	22 (61,1)	< 0,05
EF giảm	n (%)	11 (33,3)	16 (44,4)	> 0,05
EF Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	(%)	60,02 $\pm$ 9,97	56,22 $\pm$ 11,68	> 0,05

So với nhóm ≥ 40 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân có biến đổi đoạn ST chênh lên ở nhóm < 40 tuổi cao hơn có ý nghĩa và ngược lại tỷ lệ có biến đổi đoạn ST chênh xuống hoặc đẳng điện thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ có rối loạn nhịp tim cũng như tỷ lệ EF giảm và EF trung bình giữa 2 nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương động mạch vành

		Nhóm tuổi		p
		< 40 tuổi (n=33)	≥ 40 tuổi (n = 36)	
Tổn thương LM	n (%)	1 (3,0)	7 (19,4)	> 0,05
Tổn thương LAD	n (%)	17 (51,5)	32 (88,9)	< 0,05
Tổn thương LCx	n (%)	3 (9,1)	17 (47,2)	< 0,05
Tổn thương RCA	n (%)	6 (18,2)	22 (61,1)	< 0,05
CAG bình thường	n (%)	11 (33,3)	1 (2,8)	< 0,05
CAD không tắc nghẽn	n (%)	4 (12,1)	1 (2,8)	< 0,05
CAD 1 thân	n (%)	15 (45,5)	12 (33,3)	< 0,05
CAD 2 thân	n (%)	1 (3,0)	11 (30,6)	< 0,05
CAD 3 thân	n (%)	2 (6,1)	11 (30,6)	< 0,05
Cầu cơ động mạch vành	n (%)	7 (21,2)	2 (5,6)	> 0,05

So với nhóm bệnh nhân ≥ 40 tuổi, tỷ lệ có tổn thương LAD, LCx và RCA ở nhóm < 40 tuổi thấp hơn ($p < 0,05$). Tỷ lệ CAD 1 thân, CAG bình thường, hẹp động mạch vành không đáng kể ở nhóm bệnh nhân < 40 tuổi cao hơn và tỷ lệ CAD đa thân thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm ≥ 40 tuổi ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ có tổn thương LM và cầu cơ động mạch vành giữa 2 nhóm tuổi ($p > 0,05$).

Bảng 6. Điểm Gensini, GRACE và TIMI

	Nhóm tuổi	n	Trung vị (Tứ phân vị 25%-75%) hoặc Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	p
Điểm Gensini	< 40 tuổi	33	5 (0-32)	< 0,05
	≥ 40 tuổi	36	37,5 (13,25-75,5)	
Điểm GRACE	< 40 tuổi	33	78,55 $\pm$ 26,23	< 0,05
	≥ 40 tuổi	36	130,22 $\pm$ 31,6	
Điểm TIMI	< 40 tuổi	33	2 (1-3)	< 0,05
	≥ 40 tuổi	36	3 (2-4)	

Nhóm bệnh nhân < 40 tuổi có điểm Gensini, điểm GRACE và điểm TIMI thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm ≥ 40 tuổi ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy HCVC ở những người trẻ tuổi xảy ra phổ biến ở nam giới. Bệnh nhân trẻ tuổi có tỷ lệ cao hơn về hút thuốc lá, tiền sử gia đình so với bệnh nhân lớn tuổi nhưng tình trạng tăng huyết áp, đái tháo đường lại ít phổ biến hơn; điều này phù hợp với phần lớn các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây [4], [6], [12], [16]. Hút thuốc lá và rối loạn lipid máu đã được báo cáo là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng nhất của

bệnh nhân trẻ tuổi bị nhồi máu cơ tim [16]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy điều tương tự ở bệnh nhân HCVC trẻ tuổi. Ngoài ra, tiền sử gia đình mắc CAD chiếm ưu thế hơn ở bệnh nhân HCVC trẻ tuổi cũng đã được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu [13], [15], [16]. Điều đó nhấn mạnh vai trò của yếu tố di truyền trong nguyên nhân của HCVC ở người trẻ tuổi.

Sự phân bố thể bệnh của HCVC có sự khác biệt có ý nghĩa với tỷ lệ ĐTNKÔĐ và STEMI cao hơn đáng

kể ở bệnh nhân trẻ so với bệnh nhân lớn tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi. Theo Klein và cộng sự (1987), đa số bệnh nhân CAD trẻ tuổi đều không có tiền sử đau ngực trước đó cho đến khi nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp [8]. Dữ liệu về tỷ lệ STEMI ở bệnh nhân HCVC trẻ tuổi rất thay đổi trong các nghiên cứu khác nhau dao động từ 6 – 73% nhưng đều có điểm chung đó là tỷ lệ STEMI ở bệnh nhân trẻ tuổi đều cao hơn khi so sánh với nhóm bệnh nhân lớn tuổi [3], [9], [13], [15].

Trong nghiên cứu này, bệnh nhân trẻ tuổi có mức độ đau ngực nặng hơn và mức huyết áp tâm thu thấp hơn. Trong y văn có ít dữ liệu so sánh sẵn có liên quan đến tình trạng đau ngực ở bệnh nhân HCVC trẻ tuổi. Hầu hết các nghiên cứu trước đây báo cáo dữ liệu về đau ngực tập trung vào những bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi hoặc HCVC nói chung [1], [2], [16], [19].

Bệnh nhân HCVC trẻ tuổi có nồng độ glucose huyết tương thấp hơn và nồng độ creatinine huyết tương cao hơn bệnh nhân lớn tuổi. Điều này có thể được giải thích do do tình trạng đái tháo đường ở người trẻ tuổi ít phổ biến hơn và người trẻ tuổi thường có khối cơ (lean mass) lớn hơn cũng như chế độ ăn nhiều thịt hơn so với người lớn tuổi. Tuy nhiên dữ liệu so sánh liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân HCVC trẻ tuổi còn hạn chế, một số nghiên cứu trước đây đã cho những kết quả khác nhau có thể do sự khác biệt về cách chọn mẫu, đặc điểm nhân trắc học của đối tượng nghiên cứu [1], [5], [7], [9].

Những bệnh nhân trẻ với HCVC có một tỷ lệ cao hơn của CAG bình thường và CAD không tắc nghẽn so với bệnh nhân lớn tuổi. Cơ chế bệnh sinh của HCVC ở những bệnh nhân trẻ không có CAD tắc nghẽn có thể liên quan đến tình trạng co thắt động

mạch vành, bóc tách động mạch vành tự phát, rối loạn chức năng nội mô, cầu cơ động mạch vành hoặc các nguyên nhân không phải mạch vành (ví dụ như thiếu máu, suy hô hấp, sốc giảm thể tích, rối loạn nhịp nhanh/chậm). Tương tự như những nghiên cứu trước đây, phần lớn CAD 1 thân rơi vào những bệnh nhân trẻ tuổi và ngược lại phần lớn CAD đa thân thường gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi [1], [11], [19]. So với bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân HCVC trẻ tuổi có mức độ tổn thương động mạch vành theo thang điểm Gensini và tiên lượng tử vong theo thang điểm GRACE, TIMI thấp hơn. Nói cách khác bệnh nhân trẻ tuổi có tiên lượng tốt hơn so với bệnh nhân lớn tuổi. Điều này cũng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trước đây [1], [10], [17].

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân HCVC trẻ tuổi chủ yếu là nam giới, hút thuốc lá và có tiền sử gia đình mắc CAD; mức độ đau ngực nặng hơn và huyết áp tâm thu thấp hơn; tỷ lệ ĐTNKỐĐ và STEMI cao hơn so với bệnh nhân lớn tuổi.

Bệnh nhân lớn tuổi có nồng độ Glucose máu cao hơn và Creatinine máu thấp hơn; tỷ lệ CAD đa thân cao hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi.

Điểm Gensini, GRACE và TIMI thấp hơn ở bệnh nhân trẻ tuổi. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ có liên quan đến CAD tắc nghẽn ở bệnh nhân trẻ tuổi.

6. KIẾN NGHỊ

Cần tăng cường các nỗ lực hơn nữa để ngăn chặn hút thuốc lá trong thanh thiếu niên tiến tới ngăn ngừa và khắc phục tình trạng nghiện thuốc lá.

Các bác sĩ lâm sàng cần đánh giá một cách kỹ lưỡng khi nghi ngờ HCVC ở những người trẻ tuổi để tránh bỏ sót chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Công Nam (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện tâm đồ và hình ảnh tổn thương động mạch vành ở nam giới < 55 tuổi bị bệnh động mạch vành*, Luận văn Thạc sĩ Y học của Bác sĩ Nội trú Bệnh viện, Đại học Y Dược Huế, tr. 39-78.
2. Hồ Văn Phước (2014), *Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ hs-Troponin T và mức độ tổn thương mạch vành ở bệnh nhân bị hội chứng vành cấp*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế, tr. 43-68.
3. Nguyễn Anh Vũ (2014), *Đánh giá chức năng thất và huyết động bằng siêu âm Doppler, siêu âm tim cập nhật chẩn đoán*, Nhà xuất bản đại học Huế, tr 190-239.
4. Avezum A., Makdisse M., Spencer F., et al. (2005), "Impact of age on management and outcome of acute

coronary syndrome: observations from the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)", *American heart journal*, 149 (1), pp. 67-73.

5. Chen T.S.-C., Incani A., Butler T.C., et al. (2014), "The Demographic Profile of Young Patients (<45 years-old) with Acute Coronary Syndromes in Queensland", *Heart, Lung and Circulation*, 23 (1), pp. 49-55.

6. Chye N.C.Y., Khir R.N., Wen L.C., et al. (2018), "Young acute coronary syndrome outcomes in heterogenous Asians", *Journal of Cardiovascular Medicine and Therapeutics*, 2 (1), pp. 1-5.

7. Cong N.D., Dung H.T. (2014), "The risk factors of acute coronary syndrome in patients over 65 years old at Thong Nhat Hospital of Ho Chi Minh City, Vietnam", *Journal*

of atherosclerosis and thrombosis, 21 (1), pp. S36-S41.

8. Ge J., Li J., Yu H., et al. (2018), "Hypertension Is an Independent Predictor of Multivessel Coronary Artery Disease in Young Adults with Acute Coronary Syndrome", *International journal of hypertension*, 2018, pp. 1-9.

9. Klein L.W., Agarwal J.B., Herlich M.B., et al. (1987), "Prognosis of symptomatic coronary artery disease in young adults aged 40 years or less", *The American journal of cardiology*, 60 (16), pp. 1269-1272.

10. Ma Q., Wang J., Jin J., et al. (2017), "Clinical characteristics and prognosis of acute coronary syndrome in young women and men: A systematic review and meta-analysis of prospective studies", *International Journal of Cardiology*, 228, pp. 837-843.

11. Mahjoob M.P., Sadeghi S., Khanaman H.F., et al. (2018), "Comparison of coronary risk factors and angiographic findings in younger and older patients with significant coronary artery disease", *Romanian Journal of Internal Medicine*, 56 (2), pp. 90-95.

12. Maurya R.K., Satish L., Sanghvi S., et al. (2016), "Coronary angiographic profile characteristics in young patients with acute coronary syndrome and comparison with older patients with acute coronary syndrome", *International Journal of Research in Medical Sciences*, 4 (5), pp. 1415-1418.

13. Obaya M., Yehia M., Hamed L., et al. (2015), "Comparative study between elderly and younger patients with acute coronary syndrome", *The Egyptian Journal of Critical Care Medicine*, 3 (2-3), pp. 69-75.

14. Panduranga P., Sulaiman K., Al-Zakwani I., et al. (2010), "Acute coronary syndrome in young adults from oman: results from the gulf registry of acute coronary events", *Heart views: the official journal of the Gulf Heart Association*, 11 (3), pp. 93-98.

15. Puricel S., Lehner C., Oberhänsli M., et al. (2013), "Acute coronary syndrome in patients younger than 30 years--aetiologies, baseline characteristics and long-term clinical outcome", *Swiss medical weekly*, 143, pp. 1-8.

16. Ricci B., Cenko E., Vasiljevic Z., et al. (2017), "Acute coronary syndrome: the risk to young women", *Journal of the American Heart Association*, 6 (12), pp. 1787-1794.

17. Schoenenberger A.W., Radovanovic D., Stauffer J.-C., et al. (2011), "Acute coronary syndromes in young patients: Presentation, treatment and outcome", *International Journal of Cardiology*, 148 (3), pp. 300-304.

18. Tini G., Proietti G., Casenghi M., et al. (2017), "Long-Term Outcome of Acute Coronary Syndromes in Young Patients", *High Blood Pressure & Cardiovascular Prevention*, 24 (1), pp. 77-84.

19. Vedanthan R., Seligman B., Fuster V. (2014), "Global Perspective on Acute Coronary Syndrome: A Burden on the Young and Poor", *Circulation research*, 114 (12), pp. 1959-1975.

20. Zimmerman F.H., Cameron A., Fisher L.D., et al. (1995), "Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis (Coronary Artery Surgery Study Registry)", *Journal of the American College of Cardiology*, 26 (3), pp. 654-661.