

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỔN THƯƠNG MẠCH VÀNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ

Lê Quang Đại<sup>✉</sup>, Phan Tuấn Đạt

Trường Đại học Y Hà Nội

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu cắt ngang trên 40 người bệnh hội chứng mạch vành cấp có bệnh lý ung thư tại Viện Tim mạch quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2024. Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình  $72,3 \pm 9,0$ . Ba bệnh lý ung thư hay gặp nhất là ung thư đại tràng (20,0%), ung thư phổi (17,5%), ung thư vú (17,5%). Đau ngực là triệu chứng hay gặp nhất, chiếm 95,0%. Số nhánh mạch vành tổn thương lần lượt: 1 nhánh (50,0%), 2 nhánh (27,5%), 3 nhánh (22,5%). Hai type tổn thương mạch vành nhiều nhất là type C (47,5%), type B1 (32,5%). Điểm Syntax trung bình  $17,36 \pm 12,35$ . Có 01 người bệnh được phẫu thuật bắc cầu chủ-vành (CABG), 04 người bệnh điều trị nội khoa. Có 35 người bệnh được can thiệp động mạch vành qua da (PCI), trong đó có 01 người bệnh có biến chứng chảy máu sau can thiệp. Tỷ lệ tử vong nội viện của cả nhóm nghiên cứu là 0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm tổn thương mạch vành của các nhóm ung thư hay gặp (ung thư đường tiêu hoá, ung thư phổi, ung thư vú).

**Từ khóa:** Hội chứng mạch vành cấp, ung thư.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO, bệnh tim mạch và ung thư là hai bệnh không lây nhiễm hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới.<sup>1</sup> Ước tính của Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC), có gần 20 triệu ca ung thư mới và 9,7 triệu ca tử vong vào năm 2022.<sup>2</sup> Người bệnh ung thư, do tuổi trung bình cao hơn, có tỉ lệ mắc cao các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh động mạch vành.<sup>3</sup> Nguy cơ mắc hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) ở người bệnh ung thư phụ thuộc vào sự tương tác giữa nhiều yếu tố bao gồm các yếu tố nguy cơ tim mạch, loại và giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị ung thư (làm tăng xơ vữa động mạch, rối loạn chức năng nội mạc, co thắt mạch vành) và các yếu tố gây ra tình trạng huyết khối.<sup>4-6</sup> Mối liên hệ giữa HCMVC và

ung thư rất phức tạp: HCMVC có thể xảy ra trước hoặc sau khi chẩn đoán ung thư, đôi khi được chẩn đoán trong quá trình nhập viện vì HCMVC.<sup>7</sup> Các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu như đau ngực, khó thở, đánh trống ngực, chóng mặt thường thấy ở người bệnh ung thư; tuy nhiên cũng có thể liên quan đến và làm che dấu sự xuất hiện của HCMVC, làm tăng tỉ lệ tử vong ở nhóm đối tượng này.<sup>8</sup>

Trong những năm gần đây, tỉ lệ người mới mắc HCMVC và ung thư có xu hướng ngày càng tăng. Việc chẩn đoán HCMVC ở nhóm đối tượng này là không dễ dàng; vấn đề đưa ra quyết định điều trị cũng gặp nhiều khó khăn, bao gồm sử dụng kháng tiểu cầu trong trường hợp tiểu cầu giảm, PCI hay việc tiếp tục điều trị ung thư.<sup>9,10</sup> Ở Việt Nam, các nghiên cứu về HCMVC tương đối nhiều. Tuy nhiên, nghiên cứu về HCMVC có bệnh lý ung thư kèm theo còn khá hạn chế, do người bệnh ung thư thường bị loại ra khỏi các nghiên cứu về HCMVC.<sup>3</sup> Với mong

Tác giả liên hệ: Lê Quang Đại

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: qddhmu@gmail.com

Ngày nhận: 04/10/2024

Ngày được chấp nhận: 14/10/2024

muốn tối ưu hoá trong chẩn đoán và điều trị, tiên lượng cũng như tìm hiểu tổn thương động mạch vành ở người bệnh HCMVC có kèm theo bệnh lý ung thư, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu chính:

1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương mạch vành trên phim chụp qua da ở người bệnh ung thư có HCMVC.

2) Mô tả kết quả điều trị sớm HCMVC ở các đối tượng nghiên cứu trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Tất cả các người bệnh được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp điều trị nội trú tại Viện Tim mạch quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu có tiền sử hoặc đang điều trị ung thư, hoặc ung thư mới được chẩn đoán xác định.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên.
- Người bệnh được chẩn đoán HCMVC theo tài liệu “Thực hành chẩn đoán điều trị bệnh động mạch vành” năm 2020 của Bộ Y tế.<sup>11</sup>
- Người bệnh có tiền sử hoặc đang điều trị ung thư, hoặc ung thư mới được chẩn đoán xác định.
- Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Người bệnh đã được can thiệp đặt stent động mạch vành.

### 2. Phương pháp

#### **Thời gian nghiên cứu**

Từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2024.

#### **Địa điểm nghiên cứu**

Viện Tim mạch quốc gia Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai.

#### **Thiết kế nghiên cứu**

Mô tả cắt ngang.

### **Cỡ mẫu và chọn mẫu**

Toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

### **Nội dung nghiên cứu:**

**Biến số lâm sàng:** tuổi, giới, loại ung thư, tiền sử các bệnh lý khác ngoài ung thư, các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện (đau ngực, khó thở) khai thác dựa trên hồ sơ bệnh án. Loại HCMVC (nhồi máu cơ tim ST không chênh lên – NSTEMI, nhồi máu cơ tim ST chênh lên – STEMI, đau ngực không ổn định – ĐNKÔĐ) dựa vào kết quả xét nghiệm troponin T hs và điện tâm đồ.

**Biến số cận lâm sàng:** bạch cầu, hồng cầu, hemoglobin (Hgb), tiểu cầu, INR, glucose, creatinin, mức lọc cầu thận (MLCT – tính theo công thức Cockcroft - Gaut), chức năng tâm thu thất trái (EF) khai thác từ hồ sơ bệnh án.

Nhánh mạch vành tổn thương (thân chung động mạch vành trái – LM, động mạch liên thất trước – LAD, động mạch mũ – LCx, động mạch vành phải – RCA) đánh giá trên phim chụp mạch vành qua da. Lượng giá mức độ tổn thương bằng kỹ thuật Quantitative coronary angiography, với hẹp có ý nghĩa khi LM hẹp  $\geq 50\%$ , các nhánh khác (LAD, LCx, RCA) hẹp  $\geq 70\%$ . Đánh giá các tổn thương lỗ vào, tổn thương chỗ chia đôi, tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính (CTO). Điểm Syntax score I tính theo hướng dẫn của trang web <https://www.syntaxscore.org/>. Phân loại type tổn thương mạch vành: type A, type B1, type B2, type C theo AHA/ACC 1988.

**Kết quả điều trị:** phương pháp điều trị (PCI, CABG hay nội khoa), số stent sử dụng, TIMI sau can thiệp, các biến cố trong quá trình nằm viện khai thác dựa trên hồ sơ bệnh án và phim chụp động mạch vành qua da.

### **Phương pháp xử lý số liệu**

Số liệu nghiên cứu được xử lý trên phần

mềm SPSS 25.0. Các số liệu định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, các số liệu định tính được thể hiện dưới dạng phần trăm. Đối với các biến phân phối chuẩn, so sánh các trung bình bằng kiểm định One-way ANOVA. Đối với biến không phân phối chuẩn, so sánh các trung bình bằng kiểm định Kruskal – Wallis. So sánh các tỉ lệ bằng kiểm định Fisher. Kết quả các kiểm định được đánh giá có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$  (độ tin cậy trên 95%).

### 3. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu được sự thông qua và đồng ý của hội đồng khoa học trường Đại học Y Hà Nội.

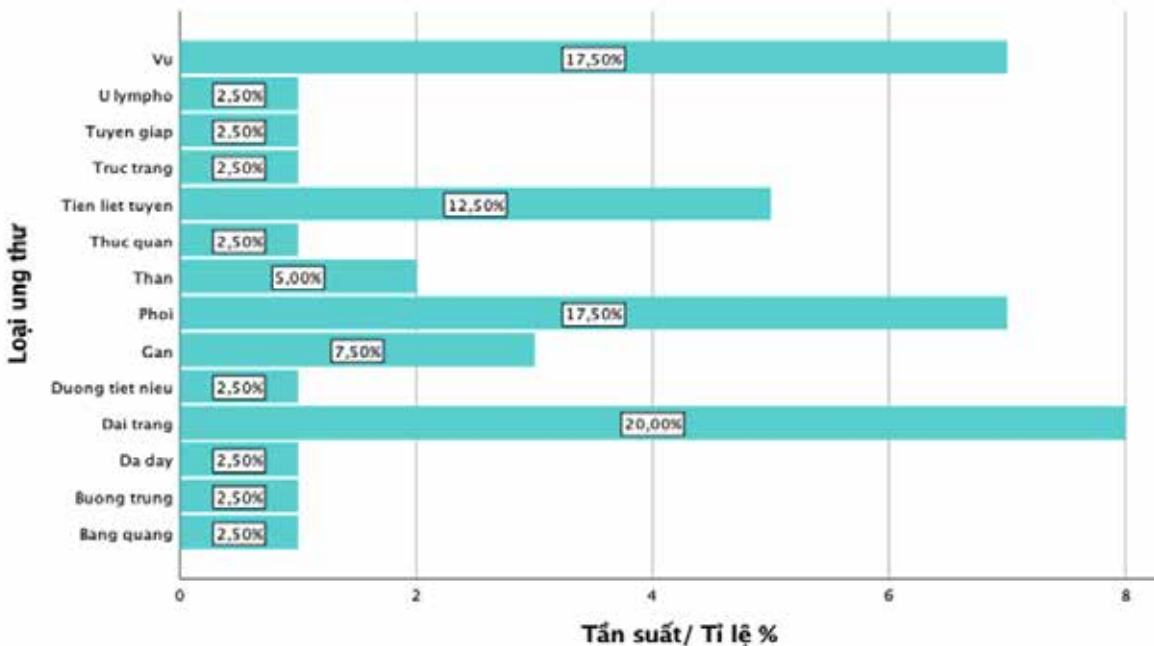
- Các thông tin về người bệnh được mã hoá và giữ kín.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Các loại ung thư thường gặp nhất là ung thư đại tràng (20,0%), ung thư phổi (17,5%), ung thư vú (17,5%). Các loại ung thư ít gặp nhất là U lympho (không Hodgkin), ung thư tuyến giáp, ung thư trực tràng, ung thư thực quản, ung thư đường tiết niệu, ung thư dạ dày, ung thư buồng trứng, ung thư bàng quang với mỗi loại chiếm 2,5%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân thành các nhóm ung thư hay gặp: Ung thư đường tiêu hoá (bao gồm ung thư đại tràng, ung thư trực tràng, ung thư thực quản, ung thư dạ dày, ung thư gan), ung thư phổi, ung thư vú và nhóm các loại ung thư còn lại.



Biểu đồ 1. Phân loại ung thư của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu**

	Chung (n = 40)	Ung thư đường tiêu hoá (n = 14)	Ung thư phổi (n = 7)	Ung thư vú (n = 7)	Ung thư khác (n = 12)	p	
Tuổi	72,3 ± 9,0	70,9 ± 8,5	72,7 ± 7,6	73,6 ± 12,4	72,2 ± 9,0	0,917	
Giới	Nam	23 - 57,5%	9 - 64,3%	5 - 71,4%	0 - 0%	9 - 75%	<b>0,006</b>
	Nữ	17 - 42,5%	5 - 35,7%	2 - 28,6%	7 - 100%	3 - 25%	
Tăng huyết áp	29 - 72,5%	11 - 78,6%	3 - 42,9%	7 - 100%	8 - 66,7%	0,102	
Tiền sử bệnh lý khác ngoài ung thư	Đái tháo đường	10 - 25,0%	5 - 35,7%	0 - 0%	2 - 28,6%	3 - 25,0%	0,385
	Suy tim	2 - 5,0%	1 - 7,1%	0 - 0%	1 - 14,3%	0 - 0%	-
	Rung nhĩ	2 - 5,0%	1 - 7,1%	0 - 0%	0 - 0%	1 - 8,3%	-
	Nhồi máu não	3 - 7,5%	3 - 21,4%	0 - 0%	0 - 0%	0 - 0%	-
Loại HCMVC	NSTEMI	23 - 57,5%	8 - 57,1%	4 - 57,1%	4 - 57,1%	7 - 58,3%	1,000
	STEMI	8 - 20,0%	3 - 21,4%	1 - 14,3%	2 - 28,6%	2 - 16,7%	
	ĐNKÔĐ	9 - 22,5%	3 - 21,4%	2 - 28,6%	1 - 14,3%	3 - 25,0%	
Triệu chứng	Đau ngực	38 - 95,0%	13 - 92,9%	7 - 100%	7 - 100%	12 - 100%	0,785
	Khó thở	18 - 45,0%	4 - 28,6%	3 - 42,9%	5 - 71,4%	6 - 50%	0,317

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng là 72,3 ± 9,0. Tỷ lệ nam chiếm 57,5%. Tiền sử tăng huyết áp khá phổ biến với tỷ lệ 72,5%. NSTEMI chiếm tỷ lệ cao nhất với 23 người bệnh (57,5%). Hầu như tất cả người bệnh vào viện đều có triệu chứng đau ngực (95,0%). Ung thư vú xảy

ra chỉ ở nhóm nữ giới (p = 0,006). Không có sự khác biệt về loại HCMVC và các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện (p > 0,05) ở các nhóm ung thư.

## 2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu**

	Chung (n = 40)	Ung thư đường tiêu hoá (n = 14)	Ung thư phổi (n = 7)	Ung thư vú (n = 7)	Ung thư khác (n = 12)	p
Nhịp xoang	39 - 97,5%	14 - 100%	7 - 100%	7 - 100%	11 - 91,7%	-
Rung nhĩ	1 - 2,5%	0 - 0%	0 - 0%	0 - 0%	1 - 8,3%	-
Bạch cầu	9,34 ± 3,96	8,97 ± 3,18	11,89 ± 6,77	10,40 ± 3,05	7,68 ± 2,36	0,507*

	Chung (n = 40)	Ung thư đường tiêu hoá (n = 14)	Ung thư phổi (n = 7)	Ung thư vú (n = 7)	Ung thư khác (n = 12)	p
Hồng cầu	4,09 ± 0,65	4,12 ± 0,60	4,05 ± 0,68	4,24 ± 0,64	3,99 ± 0,77	0,881
Hgb	119,4 ± 17,9	122,1 ± 19,5	115,6 ± 13,1	124,3 ± 13,5	115,5 ± 21,2	0,649
Tiểu cầu	274,4 ± 113,4	243,8 ± 99,5	363,1 ± 157,9	292,9 ± 112,8	247,5 ± 78,5	<b>0,034*</b>
INR	1,031 ± 0,081	1,043 ± 0,110	1,014 ± 0,061	1,030 ± 0,068	1,026 ± 0,061	0,913
Glucose	8,11 ± 3,54	8,63 ± 4,54	7,60 ± 0,64	8,57 ± 3,38	7,53 ± 3,64	0,860*
Creatinin	89,88 ± 32,10	87,14 ± 21,92	82,14 ± 27,55	74,14 ± 16,82	106,75 ± 44,73	0,427*
MLCT	52,66 ± 16,05	53,23 ± 14,30	50,67 ± 13,92	53,89 ± 19,88	52,46 ± 18,71	0,984
EF	55,9 ± 11,9	58,2 ± 13,1	53,1 ± 9,1	55,9 ± 9,6	54,6 ± 14,0	0,808

\* kiểm định Kruskal – Wallis

Có 39 người bệnh (97,5%) nhập viện với điện tâm đồ là nhịp xoang, chỉ có 1 người bệnh có điện tâm đồ nhập viện là rung nhĩ. Số lượng tiểu cầu cao nhất ở nhóm ung thư phổi, thấp nhất ở nhóm ung thư đường tiêu hoá, có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,034$ . Các chỉ số bạch

cầu, hồng cầu, Hgb, INR, glucose, creatinin, mức lọc cầu thận, EF ở các nhóm ung thư là tương đồng với nhau ( $p > 0,05$ ).

### 3. Đặc điểm tổn thương mạch vành của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3. Đặc điểm tổn thương mạch vành của nhóm đối tượng nghiên cứu**

	Chung (n = 40)	Ung thư đường tiêu hoá (n = 14)	Ung thư phổi (n = 7)	Ung thư vú (n = 7)	Ung thư khác (n = 12)	p
Vị trí mạch vành tổn thương	LM	7 - 17,5%	1 - 7,1%	2 - 28,6%	2 - 16,7%	0,406
	LAD	30 - 75,0%	11 - 78,6%	5 - 71,4%	5 - 71,4%	1,000
	LCx	19 - 47,5%	8 - 57,1%	4 - 57,1%	1 - 14,3%	0,304
	RCA	20 - 50,0%	5 - 35,7%	4 - 57,1%	5 - 71,4%	0,519
Số nhánh mạch vành tổn thương	1 nhánh	20 - 50,0%	6 - 42,9%	4 - 57,1%	4 - 57,1%	0,519
	2 nhánh	11 - 27,5%	6 - 42,9%	0 - 0%	2 - 28,6%	
	3 nhánh	9 - 22,5%	2 - 14,3%	3 - 42,9%	1 - 14,3%	
Tổn thương lỗ vào	7 - 17,5%	3 - 21,4%	0 - 0%	3 - 42,9%	1 - 8,3%	0,181
Tổn thương chỗ chia đôi	11 - 27,5%	4 - 28,6%	2 - 28,6%	1 - 14,3%	4 - 33,3%	0,924

	Chung (n = 40)	Ung thư đường tiêu hoá (n = 14)	Ung thư phổi (n = 7)	Ung thư vú (n = 7)	Ung thư khác (n = 12)	p
Tổn thương CTO	8 - 20,0%	2 - 14,3%	1 - 14,3%	2 - 28,6%	3 - 25%	0,815
Syntax score I	17,36 ± 12,35	13,54 ± 10,12	15,02 ± 5,68	22,29 ± 11,70	19,08 ± 13,60	0,177*
Phân loại tổn thương mạch vành	Type A	4 - 10,0%	1 - 7,1%	0 - 0%	0 - 0%	3 - 25%
	Type B1	13 - 32,5%	7 - 50%	3 - 42,9%	1 - 14,3%	2 - 16,7%
	Type B2	4 - 10,0%	0 - 0%	1 - 14,3%	1 - 14,3%	2 - 16,7%
	Type C	19 - 47,5%	6 - 42,9%	3 - 42,9%	5 - 71,4%	5 - 41,7%

\* kiểm định Kruskal – Wallis

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là LAD (75,0%). Tổn thương LM chiếm 17,5%. Số lượng tổn thương các nhánh mạch vành lần lượt là: 1 nhánh (50%), 2 nhánh (27,5%), 3 nhánh (22,5%). Điểm Syntax trung bình của nhóm nghiên cứu là 17,36 ± 12,35. Type tổn thương hay gặp nhất là type C (47,5%) và type

B1 (32,5%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí tổn thương, số nhánh mạch vành tổn thương, đặc điểm tổn thương, điểm Syntax trung bình, phân loại tổn thương mạch vành giữa các nhóm ung thư ( $p > 0,05$ ).

#### 4. Kết quả điều trị HCMVC của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 4. Kết quả điều trị HCMVC của nhóm đối tượng nghiên cứu**

PCI	35 - 87,5%	Hút huyết khối	1 - 2,8%
		Đặt stent	34 - 97,2%
		Số stent sử dụng	1,43 ± 0,66
		TIMI sau can thiệp	TIMI 1 1 - 2,8%
			TIMI 2 1 - 2,8%
		TIMI 3 33 - 94,3%	
CABG		1 - 2,5%	
Nội khoa		4 - 10,0%	

Có 35 người bệnh (87,5%) được PCI. Số stent sử dụng trung bình 1,43 ± 0,66. Ở nhóm này, TIMI sau can thiệp là lần lượt là TIMI 3

(94,3%), TIMI 2 (2,8%), TIMI 1 (2,8%). 01 người bệnh (2,5%) được CABG và 04 người bệnh (10,0%) điều trị nội khoa.

**Bảng 5. Biến cố trong quá trình điều trị nội viện**

<b>Biến cố</b>	<b>Số lượng</b>
Chảy máu	1 - 2,5%
Đột quy	0
Nhồi máu cơ tim	0
Tái can thiệp	0
Tử vong	0

Có 01 người bệnh (2,5%) xuất hiện biến cố chảy máu trong quá trình điều trị tại viện (xuất huyết tiêu hoá). Không có người bệnh nào xuất hiện các biến cố: đột quy, nhồi máu cơ tim, tái can thiệp, tử vong.

#### **IV. BÀN LUẬN**

Nhóm đối tượng nghiên cứu có độ tuổi khá cao, với trung bình  $72,3 \pm 9,0$  tuổi, tương tự như nghiên cứu của Katarzyna Styczkiewicz ( $71,9 \pm 9,8$ ) và cao hơn so với nhóm HCMVC không ung thư (gồm 13773 người bệnh, tuổi trung bình  $62,8 \pm 12,6$ ) trong nghiên cứu của Mario Iannaccone hay nghiên cứu của Nooraldaem Yousif và cộng sự.<sup>9,12,13</sup> Lý giải cho điều này, là do các tiến bộ trong điều trị ung thư làm tăng tỷ lệ sống sót và tuổi thọ cho người bệnh, tuổi cao và các phương pháp điều trị ung thư là các yếu tố nguy cơ gia tăng khả năng mắc HCMVC. Tỷ lệ nam giới (57,5%) tương đồng với nghiên cứu của Katarzyna Styczkiewicz (55,5%), tuy nhiên thấp hơn với nghiên cứu của Mario Iannaccone (71,3%), có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn (40 so với 858).<sup>9,12</sup>

Những loại ung thư phổ biến nhất là ung thư đại tràng (20%), ung thư phổi (17,5%), ung thư vú (17,5%). Nghiên cứu của Kosuke Tanimura đã chỉ ra các loại ung thư hay gặp là nhóm ung thư thực quản/dạ dày/đại tràng/trực tràng (36,5%), nhóm ung thư thận/bàng quang/tiền liệt tuyến (15,9%) và nhóm ung thư tử cung/

buồng trứng (11,1%).<sup>14</sup> Theo Alberto Cordero và cộng sự, các loại ung thư hay gặp là ung thư đại tràng, ung thư bàng quang, ung thư phổi.<sup>15</sup> Có thể sự khác nhau này là do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau hoặc có sự khác biệt về chủng tộc, địa dư, văn hoá, lối sống, ...

Loại HCMVC hay gặp nhất là NSTEMI (57,5%), phù hợp với nghiên cứu của Katarzyna Styczkiewicz (61%), Nooraldaem Yousif (47,8%) và nghiên cứu của Kosuke Tanimura (46,0%).<sup>9,13,14</sup> Tuy nhiên, trong nhóm chứng HCMVC không có bệnh lý ung thư theo nghiên cứu của Kosuke Tanimura và Mario Iannaccone, tỉ lệ STEMI lại hay gặp nhất.<sup>12,14</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng hay gặp nhất là đau ngực (95%), tương tự như nghiên cứu của Katarzyna Styczkiewicz (75%) và Tania Branco Mano (88,0%).<sup>9,16</sup> Triệu chứng đau ngực của nhóm nghiên cứu vừa là đau ngực do HCMVC, vừa là đau ngực do bệnh lý ung thư, sự phân định rõ ràng giữa hai bệnh này là khá khó khăn. Nhóm nghiên cứu thường có tiền sử tăng huyết áp (74,4%), cũng giống như với các nghiên cứu khác trên thế giới. Lý giải cho điều này, do nghiên cứu được tiến hành trên nhóm người bệnh có độ tuổi khá cao nên làm tăng tỉ lệ chung mắc tăng huyết áp so với lứa tuổi trẻ hơn.

Về tổn thương mạch vành, tỉ lệ tổn thương nhánh LAD (75,0%) là cao nhất, giống với các nghiên cứu của Kosuke Tanimura (51,1%).<sup>14</sup>

Tổn thương LM chiếm 17,5%, tương tự như nghiên cứu của Tânia Branco Mano (11,3%); và tổn thương từ 2 nhánh mạch vành trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất (50%), tương đồng so với nghiên cứu của Kosuke Tanimura và của Tânia Branco Mano.<sup>14,16</sup> Điểm Syntax trung bình  $17,36 \pm 12,35$  khá dao động với điểm cao nhất là 41,5 điểm, thấp nhất là 1 điểm. Type tổn thương mạch vành hay gặp nhất là type C (47,5%) và type B1(32,5%). Những đặc điểm trên cho thấy tổn thương mạch vành ở nhóm nghiên cứu khá phức tạp, gây ra nhiều khó khăn cho việc điều trị người bệnh.

Tổng số người bệnh được PCI là 35 (87,5%), thấp hơn trong nghiên cứu của Mario Iannaccone và cộng sự khi tỉ lệ PCI của nhóm HCMVC có ung thư và không có ung thư lần lượt là 94,6% và 96,8%.<sup>12</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ TIMI 3 sau can thiệp là 94,3% (33 người bệnh). Có 04 người bệnh sau khi chụp động mạch vành qua da đã lựa chọn phương pháp điều trị nội khoa thay vì PCI hoặc CABG. Có 01 người bệnh xuất hiện biến cố chảy máu trong quá trình điều trị nội viện. Đây là người bệnh 90 tuổi mắc ung thư dạ dày, sau PCI bị xuất huyết tiêu hoá, tuy nhiên không cần phải truyền các chế phẩm máu (hồng cầu hoặc huyết tương tươi đông lạnh).

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh hội chứng mạch vành cấp kèm theo ung thư cao hơn so với nhóm không có bệnh lý ung thư kèm theo. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau ngực, tương tự như trong hội chứng mạch vành cấp nói chung. Nhóm ung thư đường tiêu hoá có số lượng tiểu cầu ít hơn với các nhóm khác. Đặc điểm tổn thương mạch vành ở nhóm nghiên cứu là khá phức tạp, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm ung thư hay gặp (ung thư đường tiêu hoá, ung thư phổi, ung thư vú). Tỷ lệ PCI của nhóm

nghiên cứu thấp hơn so với nhóm HVMVC không có bệnh lý ung thư kèm theo.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2023). Non communicable diseases. Accessed October 4, 2024. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.
3. Milazzo V, Cosentino N, Campodonico J, et al. Characteristics, Management, and Outcomes of Acute Coronary Syndrome Patients with Cancer. *J Clin Med*. 2020; 9(11): 3642. doi:10.3390/jcm9113642.
4. Zamorano JL, Lancellotti P, Rodriguez Muñoz D, et al. 2016 ESC Position Paper on cancer treatments and cardiovascular toxicity developed under the auspices of the ESC Committee for Practice Guidelines: The Task Force for cancer treatments and cardiovascular toxicity of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2016; 37(36): 2768-2801. doi:10.1093/eurheartj/ehw211.
5. Aronson D, Brenner B. Arterial thrombosis and cancer. *Thromb Res*. 2018; 164: S23-S28. doi:10.1016/j.thromres.2018.01.003.
6. Das D, Asher A, Ghosh AK. Cancer and Coronary Artery Disease: Common Associations, Diagnosis and Management Challenges. *Curr Treat Options Oncol*. 2019; 20(6): 46. doi:10.1007/s11864-019-0644-3.
7. Banasiak W, Zymliński R, Undas A. Optimal management of cancer patients with acute coronary syndrome. *Pol Arch Intern Med*. 2018; 128(4): 244-253. doi:10.20452/pamw.4254.



8. Alyeşil C, Yılmaz S, Özturan İU, Pekdemir M, Yaka E, Doğan NÖ. Reliability of chest pain risk scores in cancer patients with suspected acute coronary syndrome. *Clin Exp Emerg Med.* 2020; 7(4): 275-280. doi:10.15441/ceem.19.088.
9. Styczkiewicz K, Styczkiewicz M, Myćka M, et al. Clinical presentation and treatment of acute coronary syndrome as well as 1-year survival of patients hospitalized due to cancer: A 7-year experience of a nonacademic center. *Medicine (Baltimore).* 2020; 99(5): e18972. doi:10.1097/MD.00000000000018972.
10. Ciołek A, Piotrowski G. Interplay between acute coronary syndromes and cancer: insights into pathophysiology, diagnostic challenges, and treatment options. *Arch Med Sci Atheroscler Dis.* 2023; 8:e190-e195. doi:10.5114/amsad/176660.
11. Bộ Y Tế (2020). Quyết định số 5532/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành.” Published online 2020.
12. Lannaccone M, D’Ascenzo F, Vadalà P, et al. Prevalence and outcome of patients with cancer and acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention: a BleeMACS substudy. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* 2018; 7(7): 631-638. doi:10.1177/2048872617706501.
13. Yousif N, Niederseer D, Davies A, et al. Impact of malignancy on clinical outcomes in patients with acute coronary syndromes. *Int J Cardiol.* 2021; 328: 8-13. doi:10.1016/j.ijcard.2020.12.010.
14. Tanimura K, Otake H, Kawamori H, et al. Morphological Plaque Characteristics and Clinical Outcomes in Patients With Acute Coronary Syndrome and a Cancer History. *J Am Heart Assoc.* 2021; 10(15): e020243. doi:10.1161/JAHA.120.020243.
15. Cordero. Prevalence and Postdischarge Incidence of Malignancies in Patients With Acute Coronary Syndrome - PubMed. Accessed September 25, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29126971/>.
16. Branco Mano T, Timóteo AT, Aguiar Rosa S, Belo A, Cruz Ferreira R, ProACS registry Investigators. Cancer patients with acute coronary syndrome have non-superior bleeding risk compared to patients with similar characteristics - a propensity score analysis from the ProACS registry. *Rev Port Cardiol Orgao Of Soc Port Cardiol Port J Cardiol Off J Port Soc Cardiol.* 2022; 41(7): 573-582. doi:10.1016/j.repc.2021.04.010.

## Summary

### **CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESIONS AND THE RESULTS OF EARLY TREATMENT OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN CANCER PATIENTS**

We conducted a cross-sectional study on 40 patients with acute coronary syndrome (ACS) and cancer at the National Heart Institute in Bach Mai Hospital from August 2023 to September 2024. The study group average age was  $72.3 \pm 9.0$  years old. The three most common types of cancer were colon cancer (20.0%), lung cancer (17.5%), and breast cancer (17.5%). Chest pain was the most common symptom accounting for 95.0%. The number of lesion coronary vessels were: 1 vessel (50.0%), 2 vessels (27.5%), 3 vessels (22.5%), respectively. The two most common types of coronary artery lesions were type C (47.5%), type B1 (32.5%). The average Syntax score was  $17.36 \pm 12.35$ . There was 01 patient undergoing coronary artery bypass grafting (CABG), 04 patients were treated medically. There were 35 patients undergoing percutaneous coronary intervention (PCI), of which 01 patient had bleeding complication after the intervention. The in-hospital mortality rate of the entire study group was 0%. There was no statistically significant difference in the characteristics of coronary artery lesions among common cancer groups (gastrointestinal cancer, lung cancer, breast cancer).

**Keywords:** Acute coronary syndrome, cancer.