

Đặc điểm lâm sàng, tổn thương động mạch vành và kết quả can thiệp sớm ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có hội chứng vành cấp

Nguyễn Công Thành*, Phạm Mạnh Hùng**

Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đông Đô*

Bộ môn Tim mạch – Trường Đại học Y Hà Nội, Viện Tim mạch Việt Nam**

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá đặc lâm sàng, tổn thương động mạch vành và kết quả can thiệp sớm ở bệnh nhân (BN) hội chứng vành cấp (HCVC) mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). Phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng, nghiên cứu trên 104 BN HCVC: 53 BN nhóm bệnh, 51 BN nhóm chứng HCVC không mắc BPTNMT, từ T1/2018 đến T5/2019. Kết quả cho thấy nhóm bệnh có triệu chứng lâm sàng đau ngực không điển hình, khó thở nhiều hơn, có sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tổn thương nhiều mạch vành hơn ($n=49/53$ BN, chiếm 79,2 %, so với $n=36/51$ chiếm 70.6% $p < 0,05$), tổn thương lỗ vào nhiều hơn ($n=19/53$ BN, chiếm 38.9%, $p = 0,036$), tổn thương chỗ chia đôi nhiều hơn ($n=10/53$ BN, chiếm 18,9%, $p=0,001$), tổn thương phức tạp hơn, mức độ vôi hóa nhiều hơn, tuy nhiên không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về huyết khối và biến chứng sớm sau can thiệp giữa 2 nhóm. Kết luận: Khi so sánh với nhóm HCVC không mắc BPTNMT thì nhóm HCVC mắc BPTNMT có triệu chứng đau ngực không điển hình nhiều hơn, khó thở nhiều hơn, tổn thương động mạch vành phức tạp hơn, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả can thiệp sớm giữa 2 nhóm.

Từ khóa: HCVC, BPTNMT, tổn thương động mạch vành.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch và bệnh phổi mạn tính là hai trong ba nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Bệnh lý tim mạch là bệnh đi kèm rất phổ biến ở BN mắc BPTNMT, chiếm khoảng 30% tổng số BN tử vong trong nhóm bệnh này [1]. Các nghiên cứu với một loạt thiết lập nghiên cứu khác nhau đã chứng minh rằng tỷ lệ tử vong sau nhồi máu cơ tim ở bệnh nhân BPTNMT cao hơn so với nhóm bệnh nhân không mắc BPTNMT. Trong một nghiên cứu tại Anh dựa trên dữ liệu của 1,2 triệu bệnh nhân trên 35 tuổi có 30.000 bệnh nhân mắc BPTNMT cũng chỉ ra rằng tỉ lệ mắc bệnh lý động mạch vành cao gấp 5 lần so với nhóm không mắc BPTNMT. Các triệu chứng của BPTNMT ưu thế hơn so với triệu chứng của nhồi máu cơ tim, có thể làm chậm lại quá trình chẩn đoán, dẫn tới kéo dài thời gian tái tưới máu hơn ở BN nhồi máu cơ tim so với BN không mắc BPTNMT. Với mong muốn đạt được tối ưu hóa trong can thiệp mạch vành và điều trị nội khoa, tiên lượng BN cũng như tìm hiểu kết quả can thiệp động mạch vành cho BN HCVC có BPTNMT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tài với hai mục tiêu:

1. Miêu tả đặc điểm lâm sàng, tổn thương động mạch vành ở BN BPTNMT có HCVC.

2. Đánh giá kết quả sớm can thiệp động mạch vành qua da ở BN HCVC có BPTNMT.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 104 BN điều trị tại Viện Tim mạch Việt Nam từ T1/2018–T5/2019.

Nhóm nghiên cứu: 53 BN HCVC có BPTNMT.

Nhóm chứng: 51 BN HCVC không mắc BPTNMT, cùng tuổi, cùng giới và có ngày chụp ĐMV gần nhất so với nhóm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN HCVC có tiền sử BPTNMT được đo CNHH.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không được đo chức năng hô hấp, BN đang mắc các bệnh cấp tính, EF < 30%, suy kiệt, BN từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu và cách chọn mẫu và cỡ mẫu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng có nhóm chứng.

Cách chọn mẫu và cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận

tiện, có chẩn đoán HCVC, có tiền sử mắc BPTNMT, cỡ mẫu: Toàn bộ, chọn tất cả bệnh nhân có chẩn đoán HCVC có tiền sử BPTNMT, có thể đo được chức năng hô hấp.

Xử lý thống kê số liệu nghiên cứu

Bằng phương pháp thống kê với sự hỗ trợ của phần mềm STATA 14.0, sử dụng test thống kê Khi bình phương/Fisher test, T-test, Mann Whitney test, tương quan OR, giá trị $p \leq 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự cho phép của Ban lãnh đạo Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai. Thông tin BN được mã hóa, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	HCVC/BPTNMT(+) (n=53)	HCVC/BPTNMT(-) (n=51)	p-values
Tuổi	71,7±8,7	71,5±8,8	0,939
Nam	51(96,2%)	49(96,1%)	>0.05
Nữ	2(3,8%)	2(3,9%)	
BMI	20,4±2,3	21,5±2,7	0,037
THA	47(88,7%)	47(92,2%)	0,548
ĐTĐ	13(24,5%)	9(17,7%)	0,390
RLLP	3(5,7%)	5(9,8%)	0,428
Mãn kinh	2(3,8%)	2(3,9%)	0,969
Suy thận	4(7,6%)	2(3,9%)	0,428
Gout	3(5,7%)	10(19,6%)	0,032
Khác	3(5,7%)	6(11,8%)	0,268

Hút thuốc	49(92,5%)	36(70,6%)	0,004
Mức độ hút (bao-năm)	26,3±12,4	12,7±10,6	<0,001

Nhận xét: Trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm chủ yếu, chiếm 96.2%. Các yếu tố nguy cơ của 2 nhóm (THA – ĐTĐ – RLLP – Gout – mãn kinh...) không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu của chúng

tôi có tỉ lệ hút thuốc lá 92.5%, mức độ hút thuốc lá (26.3±12.4 bao năm) cao hơn nhiều so với nhóm chứng (tỉ lệ hút thuốc lá: 70,6% và 12.7±10.6 bao năm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Lâm sàng và tổn thương động mạch vành

Bảng 2. Phân loại và đặc điểm lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

	HCVC/BPTNMT(+) (n=53)	HCVC/BPTNMT(-) (n=51)	p-values
Chẩn đoán, n (%)			
Nhồi máu cơ tim ST chênh	24 (45,3)	19 (37,2)	0,510
Nhồi máu cơ tim không ST chênh	19 (35,8)	24 (47,1)	
Đau ngực không ổn định	10 (18,9)	8 (15,7)	
LÂM SÀNG			
Đau ngực, n (%)			
Điển hình	17 (32,1)	32 (62,7)	0,007
Không điển hình	34 (64,1)	18 (35,3)	
Không đau ngực	2 (3,8)	1 (2,0)	
Nhịp tim	82±19	71±14	0,002
Khó thở	31 (58,5)	13 (25,5)	0,001

Nhận xét: Tỉ lệ NMCT ST chênh, NMCT không ST chênh và ĐNKÔĐ của nhóm bệnh lần lượt là: 45.3%, 35.8%, 18.9%, nhóm chứng là 37.2%, 47.1%, 15.7%, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở nhóm bệnh là tình trạng đau ngực không đặc hiệu (Atypical) chiếm 64.1%, khó thở chiếm 58.5%, lần lượt so với

nhóm chứng là 35.3%, và 25.5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Triệu chứng khó thở ở nhóm nghiên cứu mắc BPTNMT là 58,5%, nhiều hơn so với nhóm không mắc BPTNMT là 25,5%, p=0,05.

Nhịp tim ở nhóm nghiên cứu mắc BPTNMT nhanh hơn so với nhóm không mắc BPTNMT, lần lượt là 82±19 so với 71±14, p< 0,05.

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương động mạch vành

	HVCV/BPTNMT(+) (n=53)	HVCV/BPTNMT (-) (n=51)	p-values
Số lượng ĐMV tổn thương ≥ 2 thân	42 (79,2)	36 (70,6)	<0,001
LM ≥ 50%	13 (24,5)	3 (5,9)	0,024
Lỗ vào	19 (38,9)	9 (17,7)	0,036
Chỗ chia đôi	10 (18,9)	2 (3,9)	0,029
Huyết khối	9(17)	3(5,9)	0,3
CTO	8(15,1)	1(2)	0,003
Type (AHA/ACC)			0,016
B	23(43,4)	30 (58,8)	
C	28 (52,8)	14 (27,5)	
Mức độ vôi hóa			0,002
Vừa	14 (26,4)	3 (5,9)	
Nặng	5 (9,4)	0 (0)	

Nhận xét: Nhóm bệnh có tổn thương nhiều ĐMV hơn, tỉ lệ tổn thương động mạch vành ≥ 2 thân ĐMV ở nhóm nghiên cứu mắc/không mắc BPTNMT lần lượt là 79,2% so với 70,6%, tổn thương phức tạp hơn so với nhóm chứng (bao gồm: Tổn thương LM ≥ 50% ở nhóm nghiên cứu mắc BPTNMT là 24,5% so với 5,9% ở nhóm không mắc BPTNMT, p=0,024. Tổn thương lỗ vào ở nhóm HVCV/BPTNMT(+) là 38,9%, nhóm HVCV/BPTNMT(-) là 17,7%, p=0,036. Mức độ vôi hóa có ý nghĩa (vừa – nặng) ở nhóm nghiên cứu

mắc/không mắc BPTNMT là 35,8% so với 5,9%, p<0,05. Tổn thương chỗ chia đôi ở nhóm HVCV/BPTNMT (+) và HVCV/BPTNMT (-) là: 18,9% so với 3,9%. Tổn thương type C ở nhóm nghiên cứu mắc/không mắc BPTNMT là 52,8% so với 28,5%, p<0.05. Tổn thương CTO ở nhóm nghiên cứu mắc/không mắc BPTNMT là 15,1% so với 2%, p=0.003. Tuy nhiên sự không có sự khác biệt về sự xuất hiện của huyết khối giữa 2 nhóm với tỉ lệ là 17% so với 5,9%, p> 0,05.

Kết quả sớm can thiệp động mạch vành qua da

Bảng 4. Kết quả sớm can thiệp động mạch vành qua da

	HVCV/BPTNMT(+) n(%)	HVCV/BPTNMT(-) n(%)	p-values
SỐ BN CAN THIỆP	48(84.9)	50(96.1)	0.102
Thành công về mặt giải phẫu	46(95.8)	48(96)	>0.05

Thành công về thủ thuật	46(95.8)	48(96)	>0.05
Thành công về lâm sàng	45(93.8)	47(94)	>0.05
BIẾN CHỨNG	8(15.1)	8(15.7)	0.933
Tử vong	0(0)	0(0)	
CABG cấp cứu	0(0)	0(0)	
Tái nhồi máu cơ tim	0(0)	0(0)	
Huyết khối cấp trong stent	0(0)	0(0)	
Đột quy	0(0)	0(0)	
Chảy máu lớn	0(0)	0(0)	
Block nhĩ thất II-III/ Rối loạn nhịp nguy hiểm	0(0)	0(0)	
Dị ứng	0(0)	0(0)	
Vỡ ĐMV	0(0)	0(0)	
Bóc tách nhánh ĐMV	0(0)	0(0)	
Co thắt ĐMV	1(1.9)	2(3.9)	0.535
Tắc nhánh bên/đoạn xa	1(1.9)	1(2.0)	0.978
Slowflow	2(3.8)	2(3.9)	>0.05
Noflow	0(0)	0(0)	
Tụ máu đường vào mạch máu	4(7.6)	4(7.8)	>0.05
Rối loạn nhịp	4(7.6)	3(5.9)	>0.05

Nhận xét: Tỷ lệ thành công về giải phẫu - thủ thuật – lâm sàng nhóm HCVC mắc /không mắc BPTNMT (+) lần lượt là: 95,8% - 95,8% - 93,8% so với 96% - 96% - 94%.

Không có biến chứng chính ở cả 2 nhóm (tử vong, CABG cấp cứu, tái NMCT, Đột quy...).

Gặp một số biến chứng: Tụ máu vị trí đường vào mạch máu ở nhóm nghiên cứu mắc/không mắc BPTNMT lần lượt là: 7.6% - 7.8%.

Rối loạn nhịp khác (đã loại trừ các rối loạn nhịp nguy hiểm) xảy ra ở 7.6% nhóm HCVC/BPTNMT (+), và 5.9% HCVC/BPTNMT(-). Dòng chảy chậm

ở nhóm nghiên cứu mắc/không mắc BPTNMT lần lượt là 3,8% so với 3,9%.

BÀN LUẬN

Lâm sàng và tổn thương ĐMV ở BN HCVC mắc BPTNMT

Triệu chứng lâm sàng

Đau ngực: Trong 53 BN nhóm BPTNMT có 34/53 (64.1%) BN nhập viện với cơn đau thắt ngực không điển hình cao hơn nhóm không BPTNMT là 18/51 (35.3%) BN. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Hadi (2010)[2], Trần Thị Bích Đào (2015)[3] cho thấy tình trạng đau ngực không đặc hiệu ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng. Theo Ngô Quý Châu thì triệu chứng đau ngực ở BN BPTNMT do nguyên nhân BDMV, hút thuốc lá chiếm đến 40%[7]. Các tác giả cũng cho rằng cơn ĐTN không điển hình thường xuất hiện ở những BN tuổi cao, đái tháo đường, THA lâu năm và các triệu chứng của bệnh động mạch vành thường bị che lấp bởi các triệu chứng của BPTNMT lâu năm [3].

Khó thở: Khó thở là tình trạng xảy ra nhiều hơn ở nhóm HCVC/BPTNMT(+) so với nhóm HCVC không mắc BPTNMT, kết quả là 58.5% so với 23.5%, $p < 0.05$. Theo kết quả của tác giả Trần Thị Bích Đào (2015)[3], triệu chứng khó thở ở 2 nhóm này có tỉ lệ lần lượt là 64.1% và 16.7%. Triệu chứng khó thở ở nhóm nghiên cứu mắc BPTNMT có thể từ nguyên nhân tim mạch, nguyên nhân hô hấp, cũng có thể là sự chồng chéo lên nhau của cả 2 bệnh lý nói trên, giải thích cho sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Tổn thương ĐMV

Theo nghiên cứu của chúng tôi số lượng ĐMV tổn thương ở nhóm bệnh nhiều hơn so với nhóm chứng. Số lượng ĐMV tổn thương ≥ 2 của nhóm bệnh là 42/53 BN, chiếm 79,2 %, so với 29/51 BN nhóm chứng, chiếm 56,9%. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Trần Thị Bích Đào (2015),

Igor (2018), với tỉ lệ tổn thương nhiều mạch của Trần Thị Bích Đào (2015)[3] là 71,9% so với 54,8, cũng như 71,3% so với 32,1% trong nghiên cứu của Igor Larchet Mota[4], sự khác biệt này có thể do nhiều yếu tố nguy cơ của nhóm bệnh của chúng tôi so với 2 tác giả nói trên: BN của chúng tôi có tuổi cao hơn, có tình trạng hút thuốc lá nhiều hơn...

Cũng theo nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương thân chung động mạch vành trái (LM), tổn thương vôi hóa, tổn thương lỗ vào cũng như tổn thương chỗ chia đôi ở nhóm bệnh cũng cao hơn nhóm chứng có sự tương đồng với nghiên cứu của Igor và cộng sự [4]. Tổn thương LM nhóm bệnh và nhóm chứng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là: 24.5% và 5.9%, trong nghiên cứu của Igor kết quả này là: 17.8% và 3.7%. Mức độ vôi hóa có ý nghĩa của 2 nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi (vôi hóa vừa - nặng) là 35.8% và 9.8%, trong nghiên cứu của Igor là: 71.4% và 10.9%.

Kết quả can thiệp sớm của BN HCVC mắc BPTNMT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thành công về giải phẫu ở nhóm nghiên cứu có BPTNMT là 95.8%, nhóm không có BPTNMT là 96%, thành công về mặt thủ thuật: 95.8% so với 96%, thành công về lâm sàng ở 2 nhóm lần lượt là: 93.8% và 94%. Kết quả của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 nhóm về kết quả can thiệp sớm giữa 2 nhóm. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự so với kết quả can thiệp chung của nhiều tác giả khác trong nước, khi tỉ lệ thành công từ 93-95%. Nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang (2014) tỉ lệ thành công về giải phẫu và lâm sàng lần lượt là: 98% - 95%. Nghiên cứu của Phạm Văn Hùng (2013) tỉ lệ thành công về thủ thuật là 92.7%, 91.3% [5].

Nghiên cứu của Rafał Januszek (2016) chỉ ra cho thấy biến chứng chính ở nhóm nghiên cứu có BPTNMT nhiều hơn so với nhóm không mắc BPTNMT. Nghiên cứu của Tomas Konecny

(2010) chỉ ra tỉ lệ tử vong của nhóm nghiên cứu mắc BPTNMT cao hơn so với nhóm không mắc BPTNMT, và tỉ lệ sống sót sau can thiệp của nhóm nghiên cứu mắc BPTNMT tỉ lệ nghịch với mức độ nặng của BPTNMT khi theo dõi lâu dài, trong khi tỉ lệ này không khác biệt nhiều trong thời gian đầu của nghiên cứu[6].

Nguyên nhân cho sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của các tác giả trên là do các tác giả theo dõi bệnh nhân trong thời gian nằm viện, sau đó có theo dõi dọc sau 6 tháng – 1 năm – 3 năm – 5 năm, sau đó thống kê lại toàn bộ dữ liệu, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ dừng lại ở theo dõi trong và ngay sau can thiệp, chủ yếu để đánh giá kết quả can thiệp. Ngoài ra, các tác giả trên lựa chọn tất cả bệnh nhân đang trong tình trạng cấp tính, trong khi tình trạng cấp tính là một trong các tiêu chuẩn loại trừ chính ở nghiên cứu của chúng tôi.

Tuy không có các biến chứng lớn trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên chúng tôi vẫn gặp một số biến chứng khác: dòng chảy chậm (không đạt TIMI III) sau can thiệp ở 2 nhóm nghiên cứu có BPTNMT và không có BPTNMT lần lượt là 3.8% BN so với 3.9%, $p > 0.05$; tụ máu đường vào mạch máu ở 2 nhóm là 7.6% so với 7.8%, rối loạn nhịp trong và ngay sau can thiệp (rung nhĩ, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh xoang, nhịp chậm xoang...) chiếm 7.6% so với 5.9%, co thắt ĐMV trong khi can thiệp xảy ra 1.9% so với 3.9%. Kết quả nghiên cứu của Rafal Januszek (2016) biến chứng dòng chảy chậm xảy ra ở 8.2% ở nhóm HCVC/BPTNMT(+), Nghiên cứu của Tomas Konecny dòng chảy chậm gặp ở 6% tổng số bệnh nhân ở cả 2 nhóm, tỉ lệ chảy máu tại vị trí chọc mạch là 0.2%, hay tỉ lệ dị ứng trong can thiệp cũng chỉ là 0.02%.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 104 bệnh nhân HCVC mắc/

không mắc BPTNMT (53 bệnh nhân HCVC mắc BPTNMT, 51 bệnh nhân HCVC không mắc BPTNMT) chúng tôi rút ra kết luận sau:

Triệu chứng lâm sàng và đặc điểm tổn thương động mạch vành

So với nhóm không có BPTNMT, BN bệnh động mạch vành có BPTNMT có đặc điểm lâm sàng thường gặp là:

BN có triệu chứng đau ngực không điển hình, khó thở nhiều hơn và tần số tim cao hơn so với nhóm không mắc BPTNMT, với con số cụ thể là: (Đau ngực không đặc hiệu: 64,1% so với 35,3%, $p < 0.05$; khó thở: 58,5% so với 25,5%, $p < 0,05$, tần số tim: 82 ± 19 chu kì/phút so với 71 ± 14 chu kì/phút, $p < 0.05$).

Tổn thương động mạch vành phức tạp hơn, thể hiện qua: tỉ lệ tổn thương nhiều nhánh động mạch vành hơn (79,2% so với 70,2%), tổn thương LM có ý nghĩa nhiều hơn (24,5% so với 5,9%), tổn thương lỗ vào nhiều hơn (38.9% so với 17.7%), tổn thương chỗ chia đôi nhiều hơn (18,9% so với 3,9%) tổn thương mức độ vôi hóa có ý nghĩa nhiều hơn (35.8% so với 5.9%), tổn thương type C nhiều hơn (52,8% so với 27,5%), tổn thương CTO nhiều hơn (15,1% so với 2%).

Kết quả can thiệp sớm của BN HCVC mắc BPTNMT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thành công về giải phẫu ở nhóm nghiên cứu có BPTNMT là 95.8%, nhóm không có BPTNMT là 96%, thành công về mặt thủ thuật: 95.8% so với 96%, thành công về lâm sàng lần lượt là: 93.8% và 94%, không có sự khác nhau giữa 2 nhóm.

Không có biến chứng chính ở cả 2 nhóm (tử vong, CABG cấp cứu, tái NMCT, Đột quy...).

Một số biến chứng sớm can thiệp: dòng chảy chậm, tụ máu vị trí đường vào mạch máu, rối loạn nhịp khác (loại trừ các rối loạn nhịp nguy hiểm).

SUMMARY

Background: Assess the clinical characteristics, coronary artery lesions and early intervention results in patients with acute coronary syndrome (ACS) and chronic obstructive pulmonary disease COPD. The study was carried out to assess the clinical characteristics, coronary artery lesions and early intervention results in patients with acute coronary syndrome (ACS) and chronic obstructive pulmonary disease COPD.

Subjects and methods: Clinical intervention study with control group, study on 104 patients ACS with/without COPD from January 1, 2018 to May 2019.

Results: The results showed that the group with clinical symptoms of atypical chest pain, dyspnea had the difference between the two groups with statistical significance. The rate of more coronary lesions in ACS patients with/without COPD is 79,2% - 70,6% ($p < 0.05$), more ostial lesions 38,9% - 17,7%, $p = 0.036$, bifurcation lesions are more 18,9% - 3,9%, $p = 0.001$, more complex lesions, more calcification levels, however, there was no difference between the two groups on thrombosis and early complications after percutaneous coronary intervention between the two groups.

Conclusion: Comparing ACS patients with/without COPD, the ACS group with COPD has more atypical chest pain symptoms, dyspnea, more complicated coronary artery lesions, but there is no difference about early complications after PCI.

Keyword: Acute coronary syndrome, chronic obstructive pulmonary disease, coronary lesions.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. “The top 10 causes of death”. [Online]. Available: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. [Accessed: 09-Jun-2018].
2. H. A. R. Hadi et al., “Prevalence and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease among 8167 Middle Eastern patients with acute coronary syndrome,” *Clin Cardiol*, vol. 33, no. 4, pp. 228–235, Apr. 2010.
3. Trần Thị Bích Đào (2015). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân động mạch vành có bệnh phổi tắc nghẽn mạn. *Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội*.
4. Mota et al., “Coronary lesions in patients with BPTNMT (Global Initiative for Obstructive Lung Disease stages I–III) and suspected or confirmed coronary arterial disease.
5. Huỳnh Trung Cang, “Kết quả 2 năm can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang.” *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 2014.
6. T. Konecny et al., “Interactions between BPTNMT and outcomes after percutaneous coronary intervention,” *Chest*, vol. 138, no. 3, pp. 621–627, Sep. 2010.