

CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND CORONARY ARTERY LESIONS IN PATIENTS WITH PERCUTANEOUS CORONARY ANGIOGRAPHY AND INTERVENTION AT HUNG VUONG GIA LAI HOSPITAL

Ngo Huy Bao*, Vo Van Tho, Nguyen Van Phuong Nhat

Department of General Internal Medicine and Cardiology, Hung Vuong Gia Lai Hospital - 236A Le Duan, Hoi Phu ward, Gia Lai province, Vietnam

Received: 21/01/2026

Revised: 21/02/2026; Accepted: 29/03/2026

ABSTRACT

Objective: To describe clinical, paraclinical characteristics and coronary artery lesions in patients undergoing coronary angiography and intervention at Hung Vuong Gia Lai Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 95 patients admitted for coronary angiography and/or percutaneous coronary intervention from June 2024 to May 2025. Clinical features, paraclinical findings, and coronary lesions were analyzed using descriptive statistics.

Results: Most patients were male and aged over 55 years. Hypertension was the most common cardiovascular risk factor. Chest pain was the predominant presenting symptom, and most patients were admitted with acute coronary syndromes. Common paraclinical abnormalities included uncontrolled LDL-C levels, elevated troponin T, and typical electrocardiographic changes. Severe coronary lesions were mainly located in major vessels, particularly the left anterior descending and right coronary arteries. Most patients had 1-2 significant lesions.

Conclusion: This study provides descriptive data on clinical, paraclinical, and angiographic characteristics at a provincial hospital.

Keywords: Coronary artery disease, coronary angiography, percutaneous coronary intervention, coronary artery lesions.

*Corresponding author

Email: ngohuybao85@gmail.com Phone: (+84) 907299255 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4704>



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG GIA LAI

Ngô Huy Bảo*, Võ Văn Thọ, Nguyễn Văn Phương Nhật

Khoa Nội tổng hợp và Tim mạch, Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai - 236A Lê Duẩn, phường Hội Phú, tỉnh Gia Lai, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21/01/2026

Ngày chỉnh sửa: 21/02/2026; Ngày duyệt đăng: 29/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 95 bệnh nhân nhập viện có chỉ định chụp và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành được thu thập và phân tích bằng thống kê mô tả.

Kết quả: Bệnh nhân chủ yếu là nam giới, độ tuổi trên 55, với tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Triệu chứng nhập viện chủ yếu là đau ngực, đa số thuộc nhóm hội chứng vành cấp. Các bất thường cận lâm sàng thường gặp gồm LDL-C không đạt mục tiêu, troponin T tăng và biến đổi điện tim điển hình. Tổn thương động mạch vành mức độ nặng tập trung chủ yếu ở các nhánh chính, đặc biệt là nhánh liên thất trước và động mạch vành phải. Phần lớn bệnh nhân có 1-2 vị trí tổn thương.

Kết luận: Nghiên cứu cung cấp dữ liệu mô tả về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành tại một bệnh viện tuyến tỉnh.

Từ khóa: Bệnh động mạch vành, chụp động mạch vành, can thiệp động mạch vành qua da, tổn thương động mạch vành.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến nhất hiện nay và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cũng như tàn phế trên toàn cầu [1]. Bệnh được đặc trưng bởi sự hình thành các mảng xơ vữa trong lòng động mạch vành, dẫn đến giảm tưới máu cơ tim, với biểu hiện lâm sàng đa dạng từ hội chứng vành mạn đến hội chứng vành cấp, bao gồm nhồi máu cơ tim có hoặc không có ST chênh lên [2].

Trong thực hành lâm sàng, việc tiếp cận bệnh nhân nghi ngờ bệnh động mạch vành thường dựa trên sự kết hợp giữa các biểu hiện lâm sàng, các thăm dò cận lâm sàng như điện tim, xét nghiệm sinh hóa tim mạch, siêu âm tim và đặc biệt là chụp động mạch vành qua da [2]. Hiện nay, chụp động mạch vành vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng giúp xác định vị trí, mức độ và phạm vi tổn thương động mạch vành, đồng thời hỗ trợ quyết định chiến lược điều trị nội khoa hoặc can thiệp mạch vành qua da.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình thái tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân có thể khác nhau giữa các nhóm dân số và các cơ sở điều trị. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã mô tả các đặc điểm này ở bệnh nhân bệnh động mạch vành, chủ yếu được thực hiện tại các trung tâm tim mạch lớn [3]. Tuy nhiên, các số liệu mô tả tại các

bệnh viện tuyến tỉnh, đặc biệt ở khu vực Tây Nguyên - nơi có đặc điểm địa lý đồi núi, dân cư đa dân tộc và điều kiện tiếp cận y tế còn hạn chế - vẫn còn tương đối ít.

Việc mô tả một cách hệ thống các đặc điểm lâm sàng khi nhập viện, các chỉ số cận lâm sàng thường quy và đặc điểm tổn thương động mạch vành trên chụp mạch ở bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai sẽ giúp phản ánh thực trạng bệnh động mạch vành tại địa phương, đồng thời cung cấp dữ liệu tham khảo có giá trị cho thực hành lâm sàng tại các cơ sở điều trị tương tự. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6/2024 đến tháng 5/2025 tại Khoa Nội tổng hợp - Tim mạch, Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai.

*Tác giả liên hệ

Email: ngohuybao85@gmail.com Điện thoại: (+84) 907299255 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4704>

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân nhập viện có chỉ định chụp động mạch vành và/hoặc can thiệp động mạch vành qua da trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chí chọn vào: tất cả bệnh nhân nhập viện có chỉ định chụp và can thiệp động mạch vành qua da.

- Tiêu chí loại ra: bệnh nhân không đủ hoặc mất dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến các yếu tố nguy cơ tim mạch chính và các biến số nghiên cứu.

Theo các tiêu chí trên, chúng tôi lựa chọn được mẫu nghiên cứu là n = 95.

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Các biến số nghiên cứu

* Đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ tim mạch:

Tuổi, giới, dân tộc, nhóm tuổi. Các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, chỉ số khối cơ thể (BMI) và số yếu tố nguy cơ tim mạch trên một bệnh nhân.

Tình trạng hút thuốc lá được phân loại theo mức độ hút thuốc trung bình và hút thuốc nhiều. BMI được phân loại thành gầy, bình thường, thừa cân, béo phì độ 1 và béo phì độ 2.

* Đặc điểm lâm sàng:

- Triệu chứng khi nhập viện gồm đau ngực (có hoặc không), phân độ đau ngực, khó thở và hồi hộp.

- Thể bệnh lâm sàng được phân loại thành hội chứng vành mạn, hội chứng vành cấp (đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, nhồi máu cơ tim ST chênh lên), suy tim không rõ nguyên nhân và rối loạn nhịp nguy hiểm.

* Đặc điểm cận lâm sàng:

- Các chỉ số xét nghiệm bao gồm cholesterol toàn phần, cholesterol tỷ trọng thấp (low-density lipoprotein cholesterol - LDL-C), triglycerid, mức lọc cầu thận ước đoán theo công thức CKD-EPI (eGFR), troponin T.

- Điện tim được ghi nhận và phân loại thành bình thường, ST chênh xuống, T âm, ST chênh lên và các rối loạn nhịp khác.

- Siêu âm tim đánh giá tình trạng rối loạn vận động vùng (có hoặc không) và phân suất tống máu thất trái (EF).

* Đặc điểm tổn thương động mạch vành:

- Tổn thương động mạch vành được đánh giá dựa trên kết quả chụp động mạch vành qua da, bao gồm vị trí tổn thương: thân chung động mạch vành trái, động mạch liên thất trước, động mạch mũ trái, động mạch vành phải và các nhánh như nhánh chéo, nhánh bờ tù, nhánh sau bên, động mạch liên thất sau và mức độ tổn thương (nhẹ, trung bình, trung gian, nặng, khít).

- Số vị trí tổn thương động mạch vành trên một bệnh nhân được ghi nhận và phân loại thành không có tổn thương mạch vành có ý nghĩa và có tổn thương mạch vành có ý nghĩa.

- Đặc điểm can thiệp động mạch vành: ghi nhận vị trí động mạch vành được can thiệp qua da, bao gồm thân chung động mạch vành trái, động mạch liên thất trước, động mạch mũ trái, động mạch vành phải và các nhánh liên quan.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kết quả xét nghiệm, điện tim, siêu âm tim và biên bản chụp - can thiệp động mạch vành trong đợt nhập viện, theo mẫu thu thập thống nhất.

2.7. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$).

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, thông tin người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $62 \pm 11,2$, nam chiếm chủ yếu (gấp 2,7 lần nữ) và dân tộc Kinh chiếm đa số (89,5%) so với các dân tộc còn lại; trong số bệnh nhân người dân tộc thiểu số, người Bana chiếm 5,3%, người Gia Rai chiếm 4,2%. Nhóm tuổi chiếm nhiều nhất là trên 55 tuổi và ít nhất là dưới 45 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch (n = 95)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp		62	65,3
Đái tháo đường		20	21,1
Rối loạn lipid máu		26	27,4
Hút thuốc lá	Trung bình	11	11,6
	Nhiều	26	27,4
Phân loại BMI	Gầy	2	2,1
	Bình thường	42	44,2
	Thừa cân	24	25,3
	Béo phì độ 1	22	23,2
	Béo phì độ 2	5	5,3

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (65,3%) và đái tháo đường là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ thấp nhất (21,1%). Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá nhiều gấp 2,4 lần bệnh nhân hút thuốc lá trung bình; và tỷ lệ người có cân nặng từ thừa cân trở lên chiếm 53,8%.

Bảng 2. Phân bố số yếu tố nguy cơ tim mạch trên một bệnh nhân (n = 95)

Số yếu tố nguy cơ	Tần số	Tỷ lệ (%)
0 yếu tố	1	1,1
1 yếu tố	9	9,5
2 yếu tố	31	32,6
3 yếu tố	29	30,5
4 yếu tố	22	23,2
5 yếu tố	1	1,1
6 yếu tố	2	2,1

Bệnh nhân có 2 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (32,6%) và thấp nhất là bệnh nhân có 0 yếu tố nguy cơ và 5 yếu tố nguy cơ (đều chiếm 1,1%).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng (n = 95)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Đau ngực	Không	7	7,4
	Có	88	92,6
Phân độ đau ngực	Độ 1	15	15,8
	Độ 2	11	11,6
	Độ 3	18	18,9
	Độ 4	44	46,3
Khó thở	Không	59	62,1
	Có	36	37,9
Hồi hộp	Không	88	92,6
	Có	7	7,4

Phần lớn bệnh nhân nhập viện vì đau ngực (92,6%), trong đó đau ngực độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,3%). Bệnh nhân có khó thở cũng chiếm tỷ lệ thấp (37,9%) và triệu chứng hồi hộp rất ít (7,4%).

Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng (n = 95)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Cholesterol toàn phần	< 5,2 mmol/l	45	47,4
	≥ 5,2 mmol/l	50	52,6
LDL-C	≥ 4,9 mmol/l	6	6,3
	1,8-4,8 mmol/l	81	85,3
	1,4-1,7 mmol/l	5	5,3
	< 1,4 mmol/l	3	3,2
Triglycerid	< 1,7 mmol/l	27	28,4
	1,7-5,6 mmol/l	61	64,2
	> 5,6 mmol/l	7	7,4
eGFR (CKD-EPI)	≥ 60 ml/phút	87	91,6
	< 60 ml/phút	8	8,4
Troponin T	< 52 pg/ml	44	46,3
	≥ 52 pg/ml	51	53,7
Điện tim	Bình thường	22	23,2
	ST chênh xuống	10	10,5
	Tâm	18	18,9
	ST chênh lên	39	41,1
	Block AV3	1	1,1
	Ngoại tâm thu thất	2	2,1
	Nhịp chậm xoang	1	1,1
	Nhịp nhanh kịch phát	1	1,1
	Block AV2	1	1,1

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)	
Siêu âm tim	Rối loạn vận động vùng	Không	41	43,2
		Có	54	56,8
EF	≥ 50%	65	68,4	
	40-49%	20	21,1	
	35-39%	5	5,3	
	< 35%	5	5,3	

Bệnh nhân có mức LDL-C cao chiếm tỷ lệ thấp (6,3%) và không đạt mục tiêu theo khuyến cáo chiếm đa số (85,3%); triglyceride bình thường chỉ chiếm 28,4%. Bệnh nhân có suy thận tại thời điểm nhập viện chiếm tỷ lệ thấp (8,4%) và mức troponin T cao ở điểm cắt 52 pg/ml chiếm 53,7%. Tỷ lệ điện tim có ST chênh lên chiếm tỷ lệ cao nhất (41,1%) và điện tim có biểu hiện dạng bệnh mạch vành chiếm chủ yếu (70,5%). Siêu âm tim, nhóm có rối loạn vận động vùng chiếm nhiều hơn (56,8%), tỷ lệ có EF bình thường cao hơn (68,4%) và tỷ lệ có EF giảm chỉ chiếm 10,6%.

Bảng 5. Thể bệnh lâm sàng (n = 95)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Hội chứng vành mạn		12	12,6
Hội chứng vành cấp	Đau thắt ngực không ổn định	12	12,6
	Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên	26	27,4
	Nhồi máu cơ tim ST chênh lên	38	40,0
Suy tim không rõ nguyên nhân		5	5,3
Rối loạn nhịp nguy hiểm		2	2,1

Bệnh nhân nhập viện trong bối cảnh hội chứng vành cấp chiếm đa số (80%), trong đó nhồi máu cơ tim có ST chênh lên chiếm tới 40%. Tỷ lệ thấp nhất là rối loạn nhịp nguy hiểm (2,1%).

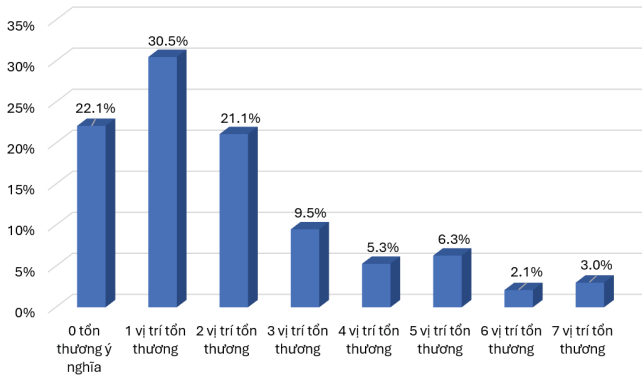
3.2. Đặc điểm tổn thương động mạch vành theo vị trí (n = 95)

Vị trí	Nhẹ		Trung bình		Trung gian		Nặng		Khít	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
LM	89	93,7	2	2,1	0	0	0	0	4	4,2
LAD	21	22,1	24	25,3	10	10,5	20	21,1	20	21,1
LCx	43	45,3	23	24,2	2	2,1	13	13,7	14	14,7
RCA	35	36,8	21	22,1	1	1,1	13	13,7	25	26,3
D	68	71,6	8	8,4	4	4,2	9	9,5	6	6,3
OM	80	84,2	3	3,2	2	2,1	6	6,3	4	4,2
PLV	79	83,2	1	1,1	0	0	7	7,4	8	8,4
PDA	84	88,4	0	0	1	1,1	1	1,1	9	9,5

Ghi chú: LM: thân chung động mạch vành trái; LAD: động mạch liên thất trước; LCx: động mạch mũ trái; RCA: động mạch vành phải; D: nhánh chéo; OM: nhánh bờ tù; PLV: nhánh sau bên; PDA: động mạch liên thất sau.

Mức độ nặng và khít ở vị trí thân chung động mạch vành trái chỉ chiếm 4,2%; trong khi đó, tỷ lệ này ở nhánh liên thất trước chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%), tiếp theo là động mạch vành phải (40%) và động mạch mũ trái (28,4%).

3.3. Phân bố số vị trí tổn thương mạch vành trên một bệnh nhân



Biểu đồ 2. Phân bố số vị trí tổn thương mạch vành trên một bệnh nhân

Bệnh nhân có 1 vị trí tổn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (30,5%), có 6 vị trí tổn thương chiếm thấp nhất (2,1%) và bệnh nhân không có tổn thương ý nghĩa chỉ chiếm 22,1%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 95 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, trong đó nam giới chiếm ưu thế, gấp 2,7 lần so với nữ giới. Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu trong nước của Ngô Đức Kỳ và cộng sự [4], Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự [3]. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 62 ± 11,2, thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước như của Ngô Đức Kỳ và cộng sự (71,67 ± 13,13) [4], Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự (72,5 ± 12,1) [3]. Tuổi trung bình của nam giới (59,9 ± 10,7) thấp hơn so với nữ giới (67,7 ± 10,3). Kết quả này phù hợp với nhận định rằng nữ giới thường xuất hiện nguy cơ tim mạch muộn hơn so với nam giới, tương đồng với nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cộng sự [4]. Nhóm tuổi từ 55 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với nhóm tuổi có nguy cơ tim mạch tăng cao ở cả hai giới và tương đồng với các nghiên cứu trong nước.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát đặc điểm dân tộc và nhận thấy rằng mặc dù người dân tộc thiểu số chiếm khoảng 45% dân số trên địa bàn tỉnh, nhưng tỷ lệ người bệnh thuộc nhóm này đến khám và được chụp động mạch vành qua da còn thấp. Cụ thể, người dân tộc Bana chiếm 5,3% và người Gia Rai chiếm 4,2%. Thực trạng này có thể liên quan đến các yếu tố văn hóa, địa lý, điều kiện kinh tế, mức độ tiếp cận dịch vụ y tế, ý thức chăm sóc sức khỏe và trình độ học vấn.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất, chiếm 65,3%, tương đồng với các nghiên cứu trong nước [3-4]. Tuy nhiên, có sự khác biệt ở các yếu tố nguy cơ khác: thừa cân - béo phì đứng thứ hai (53,8%) và hút thuốc lá đứng thứ ba (39%), trong khi rối loạn lipid máu chiếm tỷ lệ thấp hơn (27,4%) so với các nghiên cứu trong nước. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát định lượng

tình trạng hút thuốc lá và nhận thấy số người hút thuốc lá nhiều cao gấp 2,4 lần so với nhóm hút thuốc lá mức độ trung bình.

Khi khảo sát số yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống trên một bệnh nhân, nhóm có 2 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (32,6%), trong khi nhóm không có yếu tố nguy cơ hoặc có 5 yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ thấp nhất (đều 1,1%). Kết quả này gợi ý rằng nhận thức của người dân về phòng ngừa bệnh tim mạch có thể đã được cải thiện thông qua việc tiếp cận thông tin sức khỏe, truyền thông y tế, điều kiện kinh tế và khả năng di chuyển thuận lợi hơn.

Triệu chứng đau ngực chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi (92,6%), phù hợp với biểu hiện điển hình của bệnh động mạch vành và tương đồng với các nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự [5], Ngô Đức Kỳ và cộng sự [4]. Trong đó, mức độ đau ngực độ 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,3%) gần tương đồng với nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự [5], điều này cũng phù hợp trong nghiên cứu này vì tỷ lệ bệnh nhân được chụp mạch vành chiếm 80% là hội chứng vành cấp và nhồi máu cơ tim ST chênh lên có đến 40%.

Về cận lâm sàng, mức LDL-C trung bình trong nghiên cứu là 3,4 ± 1,1 mmol/l, gần tương đương với nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự (3,15 ± 0,76 mmol/l) [5]. Tỷ lệ bệnh nhân có LDL-C không đạt mục tiêu theo khuyến cáo chiếm tỷ lệ rất cao (85,3%), cho thấy việc kiểm soát và quản lý lipid máu trong cộng đồng còn chưa hiệu quả. Troponin T với điểm cắt 52 pg/ml ghi nhận tỷ lệ dương tính 53,7%, phản ánh giá trị sàng lọc và hỗ trợ chẩn đoán hội chứng vành cấp đáng tin cậy trong tiếp cận ban đầu.

Điện tim có ST chênh lên chiếm tỷ lệ cao nhất (41,1%), tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự [3], Nguyễn Vũ Thắng và cộng sự [6]. Các biểu hiện điện tim đặc trưng của bệnh động mạch vành (ST chênh lên, ST chênh xuống và sóng T âm) chiếm 70,5%, gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Mạnh Đức (73,6%) và cộng sự [7].

Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện do hội chứng vành cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 80%, trong đó nhồi máu cơ tim ST chênh lên chiếm 40%, cao gấp 2,7 lần so với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Mạnh Đức và cộng sự (15,1%) [7].

4.2. Đặc điểm tổn thương động mạch vành theo vị trí

Trong nghiên cứu này, tổn thương thân chung động mạch vành trái mức độ nặng và khít chỉ chiếm 4,2%. Ngược lại, tổn thương mức độ nặng và khít gặp nhiều nhất tại nhánh liên thất trước với tỷ lệ 42,2%, tiếp theo là động mạch vành phải (40%) và động mạch mũ trái (28,4%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cộng sự [4], Nguyễn Văn Tuấn và cộng sự [3], Nguyễn Vũ Thắng và cộng sự [6]. Khi khảo sát các nhánh phân chia, nhánh chéo chiếm tỷ lệ tổn thương cao nhất (15,9%), tương ứng với nhánh liên thất trước; tiếp theo là nhánh thất trái sau (15,8%) và nhánh liên thất sau (10,6%), tương ứng với động mạch vành phải; nhánh bờ chiếm 10,5%, tương ứng với động mạch mũ.

4.3. Phân bố số vị trí động mạch vành tổn thương trên một bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có 1 vị trí tổn thương động mạch vành có ý nghĩa chiếm tỷ lệ cao nhất

(30,5%), tiếp theo là 2 vị trí tổn thương (21,1%). Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Mạnh Đức và cộng sự, với các tỷ lệ tương ứng là 26,4% và 23,3% [7]. Bệnh nhân không tổn thương động mạch vành có ý nghĩa chiếm 22,1%.

4.4. Điểm mạnh và giới hạn của nghiên cứu

Điểm mạnh của nghiên cứu này là cung cấp số liệu mô tả tương đối đầy đủ về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại một bệnh viện tuyến tỉnh. Các dữ liệu được thu thập từ thực hành lâm sàng thường quy, phản ánh sát thực tế điều trị, góp phần bổ sung bằng chứng trong bối cảnh còn ít nghiên cứu mô tả tại khu vực Tây Nguyên.

Giới hạn của nghiên cứu bao gồm thiết kế mô tả cắt ngang nên chưa đánh giá được diễn tiến bệnh và kết cục lâu dài của người bệnh. Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế, do đó khả năng khái quát hóa kết quả cho các cơ sở khác còn bị giới hạn. Ngoài ra, một số thông tin thu thập dựa trên hồ sơ bệnh án nên khó tránh khỏi sai số ghi nhận.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Hùng Vương Gia Lai chủ yếu là nam giới, độ tuổi trên 55, với tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất. Triệu chứng nhập viện chủ yếu là đau ngực, đa số thuộc nhóm hội chứng vành cấp. Các bất thường cận lâm sàng thường gặp gồm LDL-C không đạt mục tiêu, troponin T tăng và biến đổi điện tim điển hình. Tổn thương động mạch vành mức độ nặng tập trung chủ yếu ở các nhánh chính, đặc biệt là nhánh liên thất trước và động mạch vành phải, với phần lớn bệnh nhân có 1-2 vị trí tổn thương.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Ralapanawa U, Sivakanesan R. Epidemiology and the magnitude of coronary artery disease and acute coronary syndrome: a narrative review. *J Epidemiol*

Glob Health, 2021, 11 (2): 169-177. doi: 10.2991/jegh.k.201217.001.

[2] Ibanez B, James S, Agewall S et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: the task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2018, 39 (2): 119-177. doi: 10.1093/eurheartj/ehx393.

[3] Nguyễn Văn Tuấn, Phạm Hồng Phương. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 502 (1): 180-184. doi: 10.51298/vmj.v502i1.587.

[4] Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021, 503 (2): 243-246. doi: 10.51298/vmj.v503i2.811.

[5] Huỳnh Văn Minh, Hồ Anh Bình, Đinh Thế Anh. 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. *Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế*, 2020, 10 (2): 26-32. doi: 10.34071/jmp.2020.2.4.

[6] Nguyễn Vũ Thắng, Hà Quang Tạo. Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành qua da điều trị bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, 2024, 49 (6): 133-142. doi: 10.56535/jmpm.v49i6.670.

[7] Nguyễn Hữu Mạnh Đức, Hồ Anh Bình, Trần Quốc Bảo và cộng sự. Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành bằng chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân cao tuổi tăng huyết áp. *Tạp chí Y Dược Huế*, 2024, 14 (1): 47. doi: 10.34071/jmp.2024.1.7.