

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang Z, Zhong H, Cai YJAJoTR.** Meta-analysis of risk factors associated with pharyngocutaneous fistulas following total laryngectomy. 2023;15(4):2281.
2. **Trần Minh Trường.** Nghiên cứu dò họng sau phẫu thuật cắt thanh quản toàn phần: tần suất, các yếu tố nguy cơ và hiệu quả điều trị. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2009.
3. **Liang J-W, Li Z-D, Li S-C, Fang F-Q, Zhao Y-J, Li Y-GJANL.** Pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: a systematic review and meta-analysis of risk factors. 2015;42(5):353-359.
4. **Wang M, Xun Y, Wang K, et al.** Risk factors of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy: a systematic review and meta-analysis. 2020;277(2):585-599.
5. **Sifrer R, Strojjan P, Tancer I, et al.** The incidence and the risk factors for pharyngocutaneous fistula following primary and salvage total laryngectomy. 2023;15(8):2246.
6. **Heo Y, Lee HS, Jung S, et al.** Improved early detection models of pharyngocutaneous fistula after total laryngectomy. 2023;12(5):1851.
7. **Kılıç C, Tuncel Ü, Cömert EJB-E.** Pharyngocutaneous fistulae after total laryngectomy: analysis of the risk factors and treatment approaches. 2015;11(2):95-100.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA VINH PHÚC NĂM 2025

Cao Minh Trường¹, Đỗ Xuân Bắc¹, Phan Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Văn Công¹, Khương Thị Mai¹, Lê Thị Trang¹, Lăng Thị Mai Dung¹, Vũ Thị Huyền², Nguyễn Thanh Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc năm 2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chọn mẫu toàn bộ 263 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành tại Khoa Can thiệp Tim- Mạch Máu, Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch vành $\geq 50\%$ chiếm đa số, phản ánh tính phù hợp trong chỉ định chụp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc. Tuổi cao, giới nam, tăng huyết áp và đái tháo đường là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến mức độ hẹp động mạch vành nặng. Triệu chứng đau thắt ngực điển hình có giá trị gợi ý cao đối với tổn thương ĐMV có ý nghĩa, tuy nhiên các biểu hiện không điển hình vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể và cần được lưu ý, triệu chứng đau thắt ngực điển hình chiếm tỷ lệ lớn nhất với 46,39%. Có 34,98% người bệnh có các triệu chứng không điển hình của bệnh lý xơ vữa động mạch vành. Trong nhóm người bệnh đưa vào nghiên cứu có 63,50% người bệnh có kết quả chụp ĐMV hẹp $\geq 50\%$ và có 36,50% người bệnh có kết quả chụp ĐMV hẹp $< 50\%$. **Từ khóa:** bệnh động mạch vành, lâm sàng, cận lâm sàng, can thiệp.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL

¹Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Trường

Email: caotruongyhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY ANGIOGRAPHY AND INTERVENTION AT VINH PHUC GENERAL HOSPITAL IN 2025

Objective: To describe the clinical and paraclinical symptoms of patients undergoing percutaneous coronary angiography and intervention at Vinh Phuc General Hospital in 2025. **Research method:** A descriptive study was conducted on a sample of 263 patients meeting the inclusion criteria at the Cardiovascular Intervention Department, Vinh Phuc General Hospital. **Results:** The study showed that the majority of patients had coronary artery stenosis $\geq 50\%$, reflecting the appropriateness of percutaneous coronary angiography indications at Vinh Phuc General Hospital. Advanced age, male gender, hypertension, and diabetes mellitus were strongly associated with the severity of coronary artery stenosis. Typical angina pectoris was highly suggestive of significant coronary artery lesions; however, atypical manifestations still accounted for a significant proportion and should be noted, with typical angina pectoris being the most prevalent at 46.39%. Thirty-four percent of patients presented with atypical symptoms of coronary atherosclerosis. Within the study group, 63.50% had coronary angiography results showing stenosis $\geq 50\%$, while 36.50% had coronary angiography results showing stenosis $< 50\%$. **Keywords:** Coronary artery disease: clinical, paraclinical, and interventional aspects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (Coronary Artery Disease - CAD) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gánh nặng bệnh tật toàn cầu, với khoảng 239 triệu ca mắc năm 2023 và hơn 19

triệu ca tử vong năm 2022.^{1,2} Tại Việt Nam, bệnh tim mạch chiếm khoảng 33% tổng số ca tử vong (khoảng 200.000 ca/năm), trong đó CAD là yếu tố chính, với tỷ lệ mắc tăng nhanh do già hóa dân số, đô thị hóa và các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá.^{3,4}

Can thiệp động mạch vành qua da (PCI) là phương pháp tái tưới máu hiệu quả, được áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện tuyến tỉnh Việt Nam, với số lượng thủ thuật tăng hàng năm và kết quả tốt ở các trung tâm lớn.^{5,6}

Tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc, một bệnh viện tuyến tỉnh dữ liệu về đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, biểu hiện cấp cứu) và cận lâm sàng (xét nghiệm sinh hoá, mức độ tổn thương, loại stent, kết quả tức thì) của bệnh nhân chụp và can thiệp động mạch vành qua da vẫn còn hạn chế. Việc thiếu thông tin đặc trưng địa phương gây khó khăn trong sàng lọc sớm, lựa chọn chiến lược can thiệp phù hợp, dự báo biến chứng và tối ưu hóa nguồn lực tại tuyến tỉnh.

Do đó, nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc năm 2025” là cần thiết, nhằm cung cấp dữ liệu thực tiễn hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc tim mạch tại địa phương nhằm mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh nghi ngờ bệnh chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những người bệnh đã thực hiện thủ thuật chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa Vinh Phúc năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

○ Người bệnh có các triệu chứng nghi ngờ bệnh lý động mạch vành, được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa Vinh Phúc từ tháng 01 năm 2025 tới tháng 10 năm 2025.

○ Người bệnh có đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ nghiên cứu.

○ Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

○ Người bệnh không được chụp và can thiệp động mạch vành qua da bởi bất kỳ lý do nào.

○ Người bệnh không có đầy đủ hồ sơ, xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ nghiên cứu.

○ Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu của nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ 263 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 10 năm 2025.

Kỹ thuật chọn mẫu là chọn mẫu có chủ đích, người bệnh có bệnh án đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 10 năm 2025.

2.4. Quy trình thu thập thông tin

Bước 1: Chuẩn bị trước thủ thuật và can thiệp mạch vành (người bệnh, nhân lực, phương tiện và vật tư, ký cam kết, điều trị tối ưu hoá bằng chống ngưng tập tiểu cầu kiểm soát mỡ máu và bệnh lý kèm theo).

Bước 2: Chụp và can thiệp động mạch vành (vô cảm, mở đường vào mạch máu, chụp vành, rút dụng cụ)

Bước 3: Bác sỹ đánh giá tổn thương mạch vành và chỉ định can thiệp (nếu hẹp nặng cần can thiệp động mạch vành)

Bước 4: Chuyển người bệnh về khoa phòng theo dõi.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Excel 36.5, được phân tích số liệu được thực hiện bằng phần mềm STATA 17.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được phê duyệt nhiệm vụ khoa học công nghệ cấp cơ sở năm 2025 của Bệnh viện Đa khoa Vinh Phúc, Trước khi thu thập, đề tài đã được trình Hội đồng Đạo đức/Ủy ban Đạo đức nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Đa Khoa Vinh Phúc xem xét và cấp phép. Vì dữ liệu là hồ sơ bệnh án có sẵn, nhóm đề xuất xin miễn/miễn trừ đồng ý bằng văn bản từng cá nhân (waiver of informed consent) theo quy định hội đồng đạo đức; đồng thời đảm bảo mọi biện pháp bảo mật và tránh rủi ro cho người bệnh. Mọi yêu cầu truy cập hồ sơ bệnh án tuân thủ quy định pháp lý và nội bộ bệnh viện.

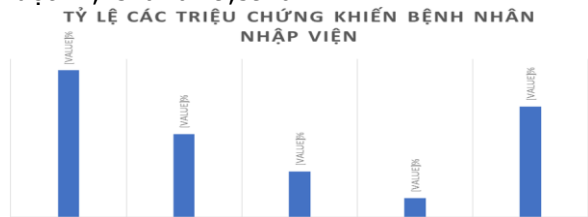
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	%
Tuổi trung bình		68,3 H 10,08	
Giới	Nam	167	63,5
	Nữ	96	36,5
TS Tăng huyết áp	Có	164	62,4
	Không	99	37,6
TS Đái tháo đường	Có	87	33,1
	Không	176	66,9
TS Rối loạn	Có	66	25,1

mỡ máu	Không	197	74,9
TS Suy thận	Có	26	9,9
	Không	237	90,1
TS Hút thuốc lá	Có	63	23,9
	Không	200	76,1
TS hẹp ĐMV	Có	38	14,5
	Không	225	85,5
TS Hẹp ĐM khác	Có	51	19,4
	Không	212	80,6

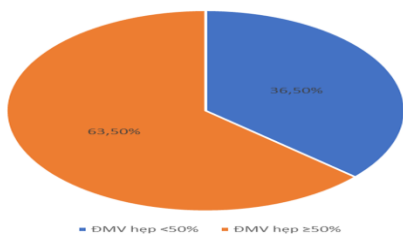
Nhận xét: Nhóm người bệnh đưa vào nghiên cứu có độ tuổi trung bình 68,3±10,08, người bệnh cao tuổi nhất 91 tuổi, người bệnh nhỏ tuổi nhất là 33 tuổi. Tỷ lệ nam giới trong nhóm nghiên cứu chiếm 63,05%. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử (TS) tăng huyết áp (THA) chiếm tỷ lệ lớn nhất 62,36%. Người bệnh tiền sử đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn mỡ máu (RLMM) chiếm 33,08% và 25,10%. Nhóm người bệnh hút thuốc là chỉ chiếm 23,95%. Người bệnh có tiền sử hẹp ĐMV và tiền sử hẹp ĐM khác chiếm lần lượt 14,45% và 19,39%.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ các triệu chứng khiến người bệnh nhập viện

Nhận xét: Người bệnh nhập viện với triệu chứng đau thắt ngực điển hình chiếm tỷ lệ lớn nhất với 46,39%. Có 34,98% người bệnh có các triệu chứng không điển hình của bệnh lý xơ vữa động mạch vành.

Kết quả chụp động mạch vành của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.2: Kết quả chụp động mạch vành qua da của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Trong nhóm người bệnh đưa vào nghiên cứu có 63,50% người bệnh có kết quả chụp ĐMV hẹp ≥ 50% và có 36,50% người bệnh có kết quả chụp ĐMV hẹp <50%.

Bảng 3.2: Đặc điểm chung về một số xét nghiệm máu

Xét nghiệm	Kết quả
Glucose (mmol/L)	7,10±3,84

Cholesterol (mmol/L)	4,57±1,21
LDL-C (mmol/L)	2,64±0,98
Triglycerid (mmol/L)	2,54±2,33
Creatinin	87,37±40,79

Nhận xét: Người bệnh nhập viện có chỉ số đường máu trung bình 7.10±3.84, Cholesterol trung bình 4,57±1,21, LDL-C trung bình 2,64±0,98, Triglycerid trung bình 2,54±2,33, Creatinin trung bình 87,37±40,79 mmol/L.

Bảng 3.3: Đánh giá yếu tố nguy cơ của 2 nhóm người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm	ĐMV Hẹp <50%	ĐMV Hẹp ≥50%	p
Tuổi	64,99±10,49	70,20±9,34	0,0000
Nam giới	50/96	117/167	0,004
TS THA	53/96	111/167	0,070
TS ĐTĐ	22/96	65/167	0,008
TS RLMM	22/96	44/167	0,537
TS Suy thận	4/96	22/167	0,018
Hút thuốc lá	13/96	50/167	0,003
TS Hẹp ĐMv	5/96	33/167	0,001
TS Hẹp ĐM khác	11/96	40/167	0,014

Nhận xét: Người bệnh có tổn thương hẹp ≥50% ĐMV có tuổi trung bình là 70,20±9,34 cao hơn nhóm người bệnh hẹp <50% ĐMV và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0.000. Tỷ lệ người bệnh nam, hút thuốc lá, tiền sử ĐTĐ, Suy thận, có hẹp ĐMV hoặc hẹp ĐM khác ở nhóm ĐMV hẹp ≥50% cao hơn nhóm ĐMV hẹp <50%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị P<0,05. Người bệnh có tiền sử THA, RLMM, người bệnh hút thuốc lá ở nhóm ĐMV hẹp ≥50% có sự khác biệt với nhóm ĐMV hẹp <50% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

Bảng 3.4: Đánh giá triệu chứng nhập viện của 2 nhóm người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm	ĐMV Hẹp <50%	ĐMV Hẹp ≥50%	p
Đau ngực điển hình	23/96	99/167	0,000
Khó thở	25/96	44/167	0,957
Mệt mỏi	14/96	24/167	0,962
Hồi hộp trống ngực	6/96	10/167	0,932

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có cơn đau ngực điển hình trong nhóm ĐMV hẹp ≥50% cao hơn nhóm ĐMV hẹp <50%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,000. Các triệu chứng, khó thở, mệt mỏi, hồi hộp trống ngực có sự khác nhau của hai nhóm nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.5: Đánh giá một số xét nghiệm máu của 2 nhóm người bệnh nghiên cứu

Đặc điểm	ĐMV Hẹp <50%	ĐMV Hẹp ≥50%	p
----------	--------------	--------------	---

Glucose	6,08±2,26	7,69±4,40	0,0010
Cholesterol	4,64±1,20	4,52±1,22	0,4340
LDL-C	2,58±0,86	2,68±1,05	0,4436
Triglycerid	2,77±3,34	2,4±1,46	0,2242
Creatinin	76,56±20,02	93,5±47,85	0,0010

Nhận xét: Người bệnh nhóm hẹp $\geq 50\%$ ĐMV có chỉ số Glucose, Creatinin cao hơn nhóm hẹp $< 50\%$ ĐMV và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, Các chỉ số Cholesterol, LDL-C, Triglycerid có sự khác biệt nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch vành (ĐMV) $\geq 50\%$ chiếm 63,5%, cao hơn nhóm hẹp $< 50\%$ (36,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tú đồng thời cao hơn một số nghiên cứu quốc tế. Điều này khẳng định việc khai thác triệu chứng lâm sàng, đánh giá yếu tố nguy cơ và chỉ định thăm dò cận lâm sàng của chúng tôi là phù hợp, không lạm dụng chụp ĐMV qua da, góp phần tiết kiệm nguồn lực và giảm nguy cơ biến chứng thủ thuật cho bệnh nhân.^{7,8}

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $68,3 \pm 10,08$ tuổi, tương đồng với các nghiên cứu của Phạm Huy Kỳ và nhiều tác giả quốc tế. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng của bệnh ĐMV. Nghiên cứu cho thấy nhóm hẹp ĐMV $\geq 50\%$ có tuổi trung bình cao hơn ($70,20 \pm 9,34$ tuổi) so với nhóm hẹp $< 50\%$, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,000$). Kết quả này phù hợp với cơ chế sinh bệnh học: tuổi càng cao, thành mạch mất đàn hồi, chức năng nội mô suy giảm, tăng gốc tự do và giảm khả năng tái tạo mô, dẫn đến mảng xơ vữa tiến triển nhanh hơn, nhiều vôi hóa và kém ổn định hơn. Do đó, bệnh nhân lớn tuổi thường có tổn thương nặng hơn, cần can thiệp tích cực hơn.^{9,10}

Về giới tính, nam giới chiếm 63,05%, tương đồng với Đỗ Xuân Thụ và cao hơn một số nghiên cứu khác. Nam giới có nguy cơ mắc bệnh ĐMV cao hơn và sớm hơn nữ giới nhờ vai trò bảo vệ của estrogen trước mãn kinh, đồng thời tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn. Nghiên cứu của Eva Swahn cho thấy nam giới có nguy cơ xơ vữa ĐMV cao hơn nữ giới 1,9 lần và hẹp mạch đáng kể cao hơn 4 lần. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự khi tỷ lệ nam giới trong nhóm hẹp ĐMV $\geq 50\%$ cao hơn nhóm hẹp $< 50\%$ ($p = 0,004$).

Các yếu tố nguy cơ khác, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (62,36%), tiếp theo đái tháo đường (33,08%) và rối loạn mỡ máu (25,10%). Tỷ lệ đái tháo đường và rối loạn mỡ máu thấp hơn một số nghiên cứu có thể do

nhều bệnh nhân khám lần đầu, chưa được chẩn đoán bệnh mạn tính trước đó. Tuy nhiên, khi so sánh hai nhóm, tiền sử đái tháo đường, suy thận, hẹp ĐMV trước đó và hẹp động mạch khác ở nhóm hẹp $\geq 50\%$ cao hơn, với $p < 0,05$ – phù hợp với vai trò nguy cơ của các bệnh lý này. Tỷ lệ hút thuốc lá chỉ 23,95%, tương đồng nghiên cứu gần đây của Nguyễn Văn Tú [33], phản ánh hiệu quả của các chiến dịch tư vấn bỏ thuốc lá tại Việt Nam. Không có sự khác biệt ý nghĩa về hút thuốc giữa hai nhóm ($p < 0,05$), nhưng vẫn khẳng định hút thuốc là yếu tố nguy cơ quan trọng.

Một trường hợp đáng chú ý là bệnh nhân nam 33 tuổi, không yếu tố nguy cơ cổ điển, nhưng tắc hoàn toàn đoạn 1 động mạch liên thất trước, có thể liên quan đến stress công việc kéo dài. Điều này gợi ý stress mạn tính có thể là yếu tố nguy cơ mới ở người trẻ, cần nghiên cứu thêm khi tuổi mắc bệnh ĐMV đang trẻ hóa.

Về triệu chứng nhập viện, đau thắt ngực điển hình chiếm tỷ lệ cao nhất (46,39%), cao hơn nghiên cứu của Jiesuck Pack. Triệu chứng điển hình là chỉ điểm quan trọng để chỉ định chụp ĐMV chính xác. Nhóm hẹp ĐMV $\geq 50\%$ có tỷ lệ đau ngực điển hình cao hơn nhóm hẹp $< 50\%$ ($p = 0,000$), phù hợp với nghiên cứu của Chengfei Peng. Tuy nhiên, vẫn có 34,98% bệnh nhân có triệu chứng không điển hình, đòi hỏi khai thác kỹ lưỡng và kết hợp cận lâm sàng để tránh bỏ sót.^{5,9}

Các chỉ số sinh hóa (glucose, cholesterol, LDL-C, triglycerid, creatinin) không quá cao, phù hợp với tỷ lệ bệnh mạn tính thấp trong nhóm. Tuy nhiên, glucose và creatinin cao hơn ở nhóm hẹp $\geq 50\%$ ($p < 0,05$), tương đồng nghiên cứu của Tạ Xuân Trường về kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường. Không có khác biệt ý nghĩa về lipid máu giữa hai nhóm ($p > 0,05$), có thể do thời điểm lấy máu không đồng nhất gây sai số.

Tóm lại, nghiên cứu cung cấp dữ liệu thực tiễn về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân chụp và can thiệp ĐMV qua da tại tuyến tỉnh, khẳng định vai trò của tuổi cao, giới nam, tăng huyết áp và đái tháo đường trong tổn thương nặng. Kết quả hỗ trợ chỉ định chụp ĐMV hợp lý, sàng lọc sớm nhóm nguy cơ cao và nhấn mạnh nhu cầu kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ để giảm biến cố tim mạch.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có hẹp động mạch vành $\geq 50\%$ chiếm đa số, phản ánh tính phù hợp trong chỉ định chụp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Phúc. Tuổi cao, giới nam, tăng huyết áp và đái tháo

đường là những yếu tố liên quan chặt chẽ đến mức độ hẹp động mạch vành nặng. Triệu chứng đau thắt ngực điển hình có giá trị gợi ý cao đối với tổn thương ĐMV có ý nghĩa, tuy nhiên các biểu hiện không điển hình vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể và cần được lưu ý. Kết quả nghiên cứu góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn cho việc sàng lọc, chỉ định thăm dò và quản lý hiệu quả bệnh động mạch vành tại tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Heart Report 2023: Full Report.** World Heart Federation. Accessed January 6, 2026. <https://world-heart-federation.org/resource/world-heart-report-2023/>
2. **Mensah GA, Fuster V, Murray CJL, Roth GA,** Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks Collaborators. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks, 1990-2022. *J Am Coll Cardiol.* 2023;82(25):2350-2473. doi:10.1016/j.jacc.2023.11.007
3. **McFarland J.** Tờ thông tin cập nhật số liệu thống kê về bệnh tim và đột quỵ năm 2025. Published online 2025.
4. **Phan HT, Ho MTT.** Value of lipoprotein(a) in predicting severity of coronary artery stenosis in patients with chronic coronary artery disease: a cross-sectional study in Vietnam. *Front Cardiovasc Med.* 2025;12. doi:10.3389/fcvm.2025.1669234
5. **Hoang Vu V, Nguyen KD, Duong BT, et al.** An Euroheart-Based Percutaneous Coronary Intervention Registry in Vietnam: Design, Rationale, and Preliminary Results. *Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv.* 2025;106(2):1425-1432. doi:10.1002/ccd.31700
6. **Vu HTT, Pham HM, Nguyen HTT, et al.** Novel insights into clinical characteristics and in-hospital outcomes of patients undergoing percutaneous coronary intervention in Vietnam. *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2020;31:100626. doi:10.1016/j.ijcha.2020.100626
7. **Kiệt LM, Truyền NV.** Đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị bệnh động mạch chi dưới và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có hẹp động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024 – 2025. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;553(3). doi:10.51298/vmj.v553i3.15434
8. **Patel MR, Peterson ED, Dai D, et al.** Low Diagnostic Yield of Elective Coronary Angiography. *N Engl J Med.* 2010;362(10):886-895. doi:10.1056/NEJMoa0907272
9. **Phạm HK, Hùng NV, Chiến ND, Long TV.** Kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành trên 106 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tính có st chênh lên tại Bệnh viện Quân y 110. *Tạp chí Y học Quân sự.* 2025;(379): 24-28. doi:10.59459/1859-1655/JMM.742
10. **Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.** Accessed January 5, 2026. <https://jvc.vnha.org.vn/tmh>

ẢNH HƯỞNG CỦA YẾU TỐ CHIỀU ĐỨNG XƯƠNG HÀM, SỌ MẶT ĐẾN TƯƠNG QUAN R6 HẠNG II: NGHIÊN CỨU DỌC TỪ BỘ RĂNG SỮA ĐẾN BỘ RĂNG VĨNH VIỄN

Trần Thị Bích Vân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo phân loại Angle, tương quan răng cối lớn thứ nhất gồm ba dạng, trong đó hạng I được xem là bình thường và hạng II và III được xem là bất thường. Sai khớp cắn hạng II là dạng có tỷ lệ hiện mắc cao, liên quan các yếu tố răng, cung răng, xương hàm, sọ mặt và sự tăng trưởng. Nhiều tác giả ghi nhận hạng II không chỉ là sai lệch theo chiều trước – sau mà còn liên quan đến yếu tố chiều đứng của xương hàm và sọ mặt. Tuy nhiên, các nghiên cứu dọc về vai trò những yếu tố này đối với sự hình thành tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn còn hạn chế; tại Việt Nam chưa có nghiên cứu trên người Việt. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu dọc từ bộ răng sữa đến bộ răng vĩnh viễn nhằm đánh giá ảnh hưởng của yếu tố chiều đứng xương hàm, sọ mặt đến sự

hình thành tương quan R6 hạng II. **Mục tiêu:** Đánh giá các thông số chiều cao mặt và tỉ lệ giữa chiều cao các tầng mặt ở từng giai đoạn bộ răng sữa (T1), bộ răng hỗn hợp (T2) và bộ răng vĩnh viễn (T3) và sự tăng trưởng của các yếu tố này từ T1 đến T2 và từ T2 đến T3 ở nhóm có tương quan R6 hạng II so với nhóm có tương quan R6 hạng I ở bộ răng vĩnh viễn.

Đối tượng và phương pháp: Đối tượng nghiên cứu gồm 25 trẻ (50 phần hàm) được theo dõi dọc hồi cứu từ giai đoạn T1 đến T2 và T3, mỗi trẻ có 3 cặp mẫu hàm ở T1, T2, T3 và 3 phim sọ nghiêng cùng giai đoạn với mẫu hàm. Nghiên cứu đánh giá 20 biến số về chiều cao toàn bộ tầng mặt (CCM), chiều cao tầng mặt giữa (TMG), tầng mặt dưới (TMD), tỉ lệ chiều cao tầng mặt giữa với tầng mặt dưới (TMG/TMD) ở từng giai đoạn T1, T2, T3 và sự tăng trưởng của các yếu tố này từ T1 đến T2 và từ T2 đến T3. Nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của các yếu tố này đến tương quan R6 hạng II ở bộ răng vĩnh viễn. **Kết quả:** Nhóm sai khớp cắn hạng II có tầng mặt giữa lớn hơn, tầng mặt dưới nhỏ hơn làm cho tỉ lệ giữa chiều cao tầng mặt giữa và tầng mặt dưới lớn hơn ở T2 và T3 và tỉ lệ này tăng nhiều từ T2-T3 so với nhóm có tương quan khớp cắn hạng I bình thường.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Bích Vân
Email: ttbvan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 28.10.2025
Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025
Ngày duyệt bài: 8.01.2026