

trạng diễn tiến nặng hơn phải xin về hoặc chuyển viện.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 3776 bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh sọ não từ tháng 1/2022 – 12/2023, chúng tôi ghi nhận có 347 (9,2%) bệnh nhân nhồi máu não với Tuổi trung bình là $62,20 \pm 12,48$. Giới tính nam chiếm ưu thế với 64,0%. Phần lớn bệnh nhân có hộ khẩu ngoài TP. HCM (72,7%) và dân tộc kinh (96,0%). 92,2% bệnh nhân vào viện với chẩn đoán nhồi máu não. Thời gian điều trị trung bình $20,52 \pm 11,95$. Bệnh nhân xuất viện với tình trạng đỡ chiếm tỷ lệ rất cao (93,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Trung Anh, Hoàng Bùi Hải, Mai Duy Tôn (2021)**, "Một số yếu tố liên quan đến thời gian cửa kim ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp được điều trị tiêu huyết khối". Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 498 (1), tr. 126 – 131.
2. **Lê Xuân Dương, Phạm Quang Trình, Nguyễn Đức Ninh và cộng sự (2022)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 6.007 bệnh nhân đột quỵ não

- cấp tính, điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, năm 2018-2019", Tạp chí Y học Quân sự, Số 360 (2022), tr. 29 – 33.
3. **Nguyễn Văn Đăng (1996)**. "Tình hình tai biến mạch máu não tại khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai 1991 –1993". Kỷ yếu công trình khoa học thần kinh, tr. 101 -109.
 4. **Nguyễn Thanh Hằng, Trần Thị Thúy Quỳnh, Nguyễn Thị Thanh Tú, Nguyễn Thanh Thủy (2024)**, "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhồi máu não tại Khoa Lão - Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2022", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 534 (1), tr. 342 – 346.
 5. **Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia (2008)**, Tai biến mạch máu não, Nhà xuất bản Y học, tr. 70 -75.
 6. **Vũ Thị Tâm, Lê Thị Tuyết Chinh, Vũ Thị Hồng Anh, Vi Thị Thập Lan (2021)**, "Khảo sát thực trạng bệnh nhân liệt nửa người do đột quỵ não tại bệnh viện Y học cổ truyền Cao Bằng", Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 498 (2), tr. 17 – 22.
 7. **Feigin, V. L., Stark, B. A., Johnson, C. O., Roth, G. A., Bisignano, C., Abady, G. G., ... & Hamidi, S. (2021)**. Global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Neurology, 20(10), 795-820.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG CÓ BIẾN CHỨNG TẮC RUỘT

Đặng Vĩnh Hiệp*, Phan Văn Em*, Nguyễn Đức Hải***

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả các đặc điểm hình ảnh và giá trị của CLVT đa dây trong đánh giá biến chứng tắc ruột do ung thư đại tràng. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu 65 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do ung thư đại tràng sau phẫu thuật, có đủ phim chụp cắt lớp vi tính đa dây trước phẫu thuật, có biên bản giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ 13/1/2015 đến 02/04/2018. Được thu thập các biến số theo mẫu bệnh án và các thuật toán theo phần mềm SPSS để đưa ra các kết quả nghiên cứu. **Kết quả:** Đánh giá tỉ lệ chẩn đoán chính xác vị trí khối u của chụp CLVT so với mô tả của tường trình phẫu thuật, cho thấy tại các đoạn của khung đại trực tràng chụp CLVT đều chẩn đoán chính xác vị trí khối u, trừ đoạn đại tràng góc lách tỉ lệ chẩn đoán đúng là 85,7%. Tính chung tỉ lệ chẩn đoán vị trí của chụp CLVT là 98,5%. Mức độ chính xác chẩn đoán

vị trí khối u với kích thước khối u ghi nhận tỉ lệ chẩn đoán chính xác vị trí u phụ thuộc vào kích thước khối u (χ^2 , $p < 0,05$). Khả năng chẩn đoán giai đoạn T: Độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95,0%, tỉ lệ chính xác 95,4%, giá trị tiên đoán dương 97,4%, tiên đoán âm 100%. Khả năng phát hiện di căn hạch: Độ nhạy 63,2%, độ đặc hiệu 63,2%, giá trị tiên đoán dương 46,2%, tiên đoán âm 77,4%; tỉ lệ chẩn đoán chính xác 67,7%, phụ thuộc giai đoạn N ($p < 0,001$). Khả năng phát hiện di căn xa: Độ nhạy 53,8%, độ đặc hiệu 97,7%, giá trị tiên đoán dương 87,5%, tiên đoán âm 87,8%; tỉ lệ chẩn đoán chính xác 87,7%, phụ thuộc giai đoạn M ($p < 0,01$). **Kết luận:** CLVT đa dây là lựa chọn tối ưu cho những trường hợp bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, từ đó làm giảm các biến chứng. Ngoài ra CLVT đa dây còn chẩn đoán khá chính xác giai đoạn bệnh của ung thư đại tràng, giúp cho việc tiên lượng bệnh nhân, lựa chọn phương án điều trị tốt hơn.

Từ khóa: ung thư đại tràng, tắc ruột do u, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

VALUATION OF MULTIDETECTOR COMPUTER TOMOGRAPHY IN DETECTING COLONIC CANCER COMPLICATIONS OF INTESTINAL OBSTRUCTION

*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

**Phòng khám đa khoa Đông Á – TP Hồ Chí Minh.

***Học viện Quân Y 103.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: hiepdv@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

Purpose: Describe the imaging characteristics and value of multidetector CT in assessing colonic cancer complications of intestinal obstruction. **Subjective and method:** A retrospective cross-sectional descriptive study of 65 patients diagnosed with intestinal obstruction due to colon cancer after surgery, with sufficient preoperative multi-detector CT scans and pathological records at the 115 People's Hospital from January 13, 2015 to April 2, 2018. Variables are collected according to medical records and algorithms using SPSS software to produce research results. **Results:** Evaluation of the rate of accurate diagnosis of tumour location by MDCT compared to the surgical report description shows that MDCT scans accurately diagnose tumour location in all segments of the colorectal setting except the colon segment. The correct diagnosis rate of tumour in splenic angle is 85.7%. In general, the localization diagnosis rate of the scanner is 98.5%. The diagnostic accuracy of tumour location according to tumour size indicates that the accurate diagnosis rate depends on tumour size (χ^2 , $p < 0.05$). Ability to diagnose T stage: sensitivity 100%, specificity 95.0%, accuracy rate 95.4%, positive predictive value 97.4%, negative predictive value 100%. Ability to detect lymph node metastases: sensitivity 63.2%, specificity 63.2%, positive predictive value 46.2%, negative predictive value 77.4%; The accurate diagnosis rate was 67.7% according to N stage ($p < 0.001$). Ability to detect distant metastases: Sensitivity 53.8%, specificity 97.7%, positive predictive value 87.5%, negative predictive value 87.8%; The accurate diagnosis rate is 87.7%, depending on stage M ($p < 0.01$). **Conclusion:** Multi-detector CT is the optimal choice for patients with colonic cancer-associated intestinal obstruction with high sensitivity and specificity, reducing complications. In addition, multi-detector CT also accurately diagnoses the stage of colon cancer, helping to predict patient prognosis and choose better treatment options.

Keywords: Colonrectal cancer, intestinal obstruction, Multi-detector computer tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là bệnh ác tính khá phổ biến với tỉ lệ ngày càng tăng ở các nước phát triển. Tại Việt Nam ung thư đại tràng đứng hàng thứ 5 sau các loại bệnh ung thư hay gặp và đứng hàng thứ 3 trong các bệnh ung thư đường tiêu hóa sau ung thư dạ dày và ung thư gan.¹ Ung thư đại tràng có các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, không đặc hiệu do vậy người bệnh thường đến khám trễ, khi đã có các biến chứng, có đến 33% các trường hợp BN ung thư đại trực tràng đến viện khi đã có biến chứng như tắc ruột, thủng, chảy máu, trong đó tỉ lệ biến chứng tắc ruột gặp khá cao trong ung thư đại tràng, theo y văn tỉ lệ đó từ 8% đến 29%.² Cắt lớp vi tính (CLVT) được xem là lựa chọn tối ưu cho những bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng, có sẵn ở các đơn vị cấp cứu, có độ nhạy và độ

đặc hiệu cho chẩn đoán tắc ruột là 96% và 93%, ngoài ra CLVT còn cung cấp được cách nhìn tổng quan về giai đoạn bệnh tại chỗ, tại vùng nhờ đánh giá về cấu trúc thành ruột, mô mỡ xung quanh hạch lân cận, hay di căn xa.³ Với những lợi ích đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm hình ảnh và giá trị của CLVT đa dãy trong đánh giá biến chứng tắc ruột do ung thư đại tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 65 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do ung thư đại tràng sau phẫu thuật, có đủ phim chụp CLVT đa dãy trước phẫu thuật, có biên bản giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ 13/1/2015 đến 02/04/2018.

2. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

3. Quy trình nghiên cứu:

- Tra mã ICD trên phần mềm chọn danh sách bệnh nhân.

- Lựa chọn bệnh án theo tiêu chuẩn chọn bệnh.

- Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

4. Xử lý số liệu: thu thập các biến số lưu trữ và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, so sánh các đặc điểm về tỷ lệ của nhóm nghiên cứu bằng, kiểm định sự khác biệt bằng test chi-square, test Fisher's.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đa dãy của ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột. Qua chụp cắt lớp vi tính đa dãy 65 trường hợp tắc ruột đại trực tràng với tỉ lệ nam/ nữ là 1,1/1; tuổi trung bình $66,9 \pm 16,3$ (28 – 90 tuổi); chẩn đoán xác định tổn thương lành tính 12,3%, ung thư đại trực tràng giai đoạn II, III, IV có tỉ lệ lần lượt là 50,8%, 20,0%, 16,9%; ghi nhận đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp như sau: Tỉ lệ u ở manh tràng 1,5%, đại tràng lên 1,5%, đại tràng góc gan 18,5%, đại tràng ngang 4,6%, đại tràng góc lách 10,8%, đại tràng xuống 12,3%, đại tràng chậu hông 30,8%, trực tràng 15,4% và không thấy u là 4,6%. Kích thước trung bình khối u $44,0 \pm 13,7$ mm (25 – 100 mm); tỉ lệ giai đoạn T0, T3, T4 lần lượt là 9,2%, 30,8%, 60,0%; giai đoạn N0, N1, N2 lần lượt là 58,5%, 27,7%, 13,8%; giai đoạn M1 là 13,8%. Một số dấu hiệu khác như khối u viêm gặp 27,7%, khối u áp xe 1,5%, khối u thủng bít 1,5%.

3.2 Giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong ung thư đại tràng có biến chứng tắc ruột. Đại tràng góc lách có tỷ lệ chẩn đoán đúng là 5,7%, các vị trí khác 100%.

Tỉ lệ chẩn đoán đúng vị trí phụ thuộc kích thước khối u ($p < 0,05$).

Khả năng chẩn đoán giai đoạn T: Độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 95,0%, tỉ lệ chính xác 95,4%, giá trị tiên đoán dương 97,4%, tiên đoán âm 100%.

Khả năng phát hiện di căn hạch: Độ nhạy 63,2%, độ đặc hiệu 63,2%, giá trị tiên đoán dương 46,2%, tiên đoán âm 77,4% ; tỉ lệ chẩn đoán chính xác 67,7%, phụ thuộc giai đoạn N ($p < 0,001$).

Khả năng phát hiện di căn xa: Độ nhạy 53,8%, độ đặc hiệu 97,7%, giá trị tiên đoán dương 87,5%, tiên đoán âm 87,8% ; tỉ lệ chẩn đoán chính xác 87,7%, phụ thuộc giai đoạn M ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Tắc ruột đại tràng ít gặp hơn 4-5 lần so với tắc ruột non, vẫn là một thách thức trong chẩn đoán vì thời gian diễn biến chậm hơn, cần phân biệt với các tình trạng bán tắc ruột vì vậy khi chẩn đoán lại thường có các biến chứng nặng nề.⁴ Sử dụng CLVT đa dãy giúp chẩn đoán xác định tắc ruột, chẩn đoán nguyên nhân, các biến chứng của tắc ruột. CLVT đa dãy ngày càng phổ biến ở các tuyến và đóng góp rất lớn cho việc chẩn đoán sớm tắc ruột.

Đánh giá tỉ lệ chẩn đoán chính xác vị trí khối u của chụp CLVT so với mô tả của tường trình phẫu thuật, cho thấy tại các đoạn của khung đại trực tràng chụp CLVT đều chẩn đoán chính xác vị trí khối u, trừ đoạn đại tràng góc lách tỉ lệ chẩn đoán đúng là 85,7%. Tính chung tỉ lệ chẩn đoán vị trí của chụp CLVT là 98,5%. Chúng tôi khảo sát mức độ chính xác chẩn đoán vị trí khối u với kích thước khối u ghi nhận tỉ lệ chẩn đoán chính xác vị trí u phụ thuộc vào kích thước khối u (χ^2 , $p < 0,05$). Trong NC của tác giả Marina MS (2009) với 42 trường hợp tắc ruột trên 44 bệnh nhân ung thư đại tràng, có trường hợp CLVT chẩn đoán được nguyên nhân do u, 1 trường hợp không phát hiện được do BN có bệnh lý viêm mạn tính đại tràng trước đó.⁵

Các nghiên cứu trước đây qua báo cáo của các tác giả cho thấy vai trò của chụp CLVT trước phẫu thuật có độ chính xác có thể so với chẩn đoán mô học. Trong nghiên cứu của tác giả Marina MS (2009) cho thấy tỷ lệ chẩn đoán đúng của CLVT giai đoạn T là 97,6%, giai đoạn N là 3,2%, giai đoạn M là 100%.⁵ Sự đánh giá đúng giai đoạn ung thư trong chẩn đoán trước phẫu thuật giúp đặt ra phương pháp điều trị phù hợp. Một số tác giả cho rằng chụp CLVT trước phẫu

thuật cho những thông tin hữu ích phần lớn và thay đổi quyết định điều trị lên tới 20% số trường hợp ung thư đại tràng, hầu hết những thay đổi đó liên quan với việc phát hiện di căn gan.⁶

Ung thư đại tràng có nhiều thể giải phẫu bệnh, gồm thể phẳng, loét, sùi và thâm nhiễm, đặc biệt khi có biến chứng tắc ruột, chứa nhiều bã thức ăn và nhu động tăng, thực sự là một thách thức không nhỏ cho việc chẩn đoán. Vì vậy, CLVT đa dãy với các lát cắt mỏng, tái tạo đa bình diện, đã giúp cho việc chẩn đoán trở nên dễ dàng hơn. Theo nghiên cứu tổng hợp của tác giả Muhall và cộng sự (2005) với 33 nghiên cứu dữ liệu của 6393 bệnh nhân, 16 NC dùng máy CLVT đơn dãy, 13 NC dùng máy CLVT đa dãy, 4 NC dùng cả 2 loại CLVT đa dãy và đơn dãy, 15 NC dùng tái tạo 2D, 14 NC dùng 2D và 3D tái tạo, kết quả cho thấy rằng việc sử dụng các lát cắt mỏng và có độ nhạy cũng như độ đặc hiệu cao hơn với các lát cắt dày, máy đơn dãy. Những báo cáo mới đây về chụp CLVT đa dãy, từ những lát cắt có chiều dày 1mm, trong một thì nín thở cho phép dựng hình 3D, cho chất lượng hình ảnh và độ phân giải cải thiện tốt hơn.⁷ Ngoài ra, việc tiêm thuốc ở đa thì trên máy CLVT đa dãy giúp cho việc chẩn đoán phân biệt giữa khối u ngấm thuốc với bã phân.

Một số trường hợp CLVT cũng gặp khó khăn trong chẩn đoán khi dễ nhầm u với các bướu đại tràng ở đại tràng góc lách, hay các trường hợp bán tắc ruột, hay các trường hợp ứ đọng nhiều phân và bã thức ăn.³

V. KẾT LUẬN

CLVT đa dãy là lựa chọn tối ưu cho những trường hợp bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng với độ nhạy và độ đặc hiệu cao, từ đó làm giảm các biến chứng thủng ruột hay rối loạn toàn thân. Ngoài ra CLVT đa dãy còn chẩn đoán khá chính xác giai đoạn bệnh của ung thư đại tràng, giúp cho việc tiên lượng bệnh nhân, lựa chọn phương án điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Wagle NS, Cercek A, Smith RA, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin.* 2023;73(3):233-254. doi:10.3322/caac.21772
2. Reginelli A, Russo A, Pinto A, et al. The role of computed tomography in the preoperative assessment of gastrointestinal causes of acute abdomen in elderly patients. *Int J Surg.* 2014;12 Suppl 2:S181-S186. doi:10.1016/j.ijsu.2014.08.345
3. Frager D, Rovno HD, Baer JW, Bashist B, Friedman M. Prospective evaluation of colonic

- obstruction with computed tomography. *Abdom Imaging.* 1998;23(2):141-6. doi:10.1007/s002619900307
4. **Cappell MS, Batke M.** Mechanical obstruction of the small bowel and colon. *Med Clin North Am.* 2008; 92(3):575-97, viii. doi:10.1016/j.mcna.2008.01.003
 5. **Maras-Simunic M, Druzijanic N, Simunic M, Roglic J, Tomic S, Perko Z.** Use of modified multidetector CT colonography for the evaluation of acute and subacute colon obstruction caused by colorectal cancer: a feasibility study. *Dis Colon Rectum.* 2009;52(3):489-95. doi:10.1007/DCR.0b013e318197d789
 6. **Smith NJ, Bees N, Barbachano Y, Norman AR, Swift RI, Brown G.** Preoperative computed tomography staging of nonmetastatic colon cancer predicts outcome: implications for clinical trials. *Br J Cancer.* 2007;96(7):1030-6. doi:10.1038/sj.bjc.6603646
 7. **Mulhall BP, Veerappan GR, Jackson JL.** **Meta-analysis:** computed tomographic colonography. *Ann Intern Med.* 2005;142(8):635-50. doi:10.7326/0003-4819-142-8-200504190-00013

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA ĐƯỜNG ĐỘNG MẠCH QUAY XA

Huỳnh Trung Cang*, Lê Trường Thọ*,
Trần Thanh Phong*, Châu Thuận Thành*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp động mạch vành qua da bằng đường động mạch quay gần có ưu thế vượt trội hơn động mạch đùi. Tuy nhiên vẫn còn hạn chế như tắc động mạch quay gần, thời gian băng ép lâu... Can thiệp qua động mạch quay xa khắc phục được những hạn chế này. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và an toàn của can thiệp động mạch vành qua da bằng đường động mạch quay xa phải hoặc trái. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả có theo dõi 24 giờ trên 259 bệnh nhân có chỉ định chụp hoặc can thiệp động mạch vành tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ tháng 1/2023 – 5/2023. **Kết quả:** Có 61,4% bệnh nhân mắc bệnh động mạch vành mạn; 29,3% hội chứng vành cấp không ST chênh lên và 9,3% nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên trong nghiên cứu. 133/259 (51,4%) bệnh nhân can thiệp mạch vành qua da bằng stent qua đường động mạch quay xa. Tỷ lệ thành công của đặt kim động mạch quay xa và thực hiện được thủ thuật là 92,7%. Tỷ lệ đặt kim thất bại chuyển vị trí động mạch quay gần hoặc động mạch đùi là 7,4%. Tỷ lệ biến chứng mất mạch quay xa tạm thời 2 trường hợp (0,8%). Tuy nhiên sau 24 giờ hồi phục và không có trường hợp nào bị tắc mạch quay xa với chẩn đoán bằng siêu âm mạch máu. Tụ máu nơi đặt kim (0,8%). Ghi nhận 100% các trường hợp đều băng ép tại chỗ bằng gạc thủ công. **Kết luận:** Chụp và can thiệp mạch vành qua đường động mạch quay xa có tỷ lệ thành công cao 92,7%. Có tỷ lệ đặt kim thất bại thấp. Có tỷ lệ biến chứng mạch máu thấp tại vị trí đặt kim.

Từ khóa: Can thiệp động mạch vành qua da, động mạch quay gần, động mạch quay xa

SUMMARY

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF CORONARY ARTERY INTERVENTION THROUGH DISTAL RADIATE ARTERY PATH

Background: Percutaneous coronary intervention using the proximal radial artery is superior to the femoral artery. However, there are still limitations such as occlusion of the proximal radial artery, long compression bandage time, etc. Normal cannulation through the distal radial artery can overcome these limitations. **Objective:** Evaluate the effectiveness and safety of percutaneous coronary intervention using the right or left distal radial artery. **Research subjects and methods:** descriptive study with 24-hour monitoring on 259 patients scheduled for coronary angiography or intervention at the Department of Cardiology, Kien Giang General Hospital from January 2023 to May 2023. **Results:** 61.4% of patients had chronic coronary artery disease; 29.3% of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes and 9.3% of ST-segment elevation myocardial infarctions in the study. 133/259 (51.4%) patients had percutaneous coronary intervention with a stent through the distal radial artery. The success rate of needle puncture of the distal radial artery and performing the procedure was 92.7%. The rate of needle insertion failure to translocate the proximal radial artery or femoral artery was 7.4%. The rate of complications of temporary loss of distal radial pulse was 2 cases (0.8%). However, after 24 hours of recovery, there were no cases of distal radial embolism diagnosed by vascular ultrasound. Hematoma at the needle puncture site (0.8%). It was recorded that 100% of cases were bandaged in place with manual gauze. **Conclusion:** Coronary angiography and intervention through the distal radial artery had a high success rate of 92.7% and had a low needle insertion failure rate. There was a low rate of vascular complications at the needle insertion site.

Keywords: Percutaneous coronary intervention, proximal radial artery, distal radial artery

**Bệnh viện đa khoa Kiên Giang*

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Trung Cang

Email: bshuynhtrungcang@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024