

gia tăng đề kháng kháng sinh Cefuroxime, Cefpodoxime, Ceftazidime. Mặt khác, có sự tương đồng của nghiên cứu này với nghiên cứu của chúng tôi về các kháng sinh Vancomycin, Linezolid và nhóm Carbapenems có độ nhạy 100% đối với các loại vi khuẩn phân lập được<sup>5</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu vi khuẩn thường gặp nhất ở nhiễm trùng cổ sâu nặng là Streptococcus sp (43,4%), tiếp đến là Klebsiella pneumoniae (19,2%), Staphylococcus aureus (6,1%) và Escherichia coli (3,0%). Có sự gia tăng đề kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được với nhóm Cephalosporins như kháng sinh Cefuroxime, Cefpodoxime, Ceftazidime. Cần nhắc đến các kháng sinh Vancomycin, Linezolid và nhóm Carbapenems cho nhiễm trùng cổ sâu nặng hoặc có dấu hiệu tiên lượng nặng từ đầu trước khi có kết quả nuôi cấy và kháng sinh đồ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barber BR, Dziegielewski PT, Biron VL, Ma A, Seikaly H. Factors associated with severe deep neck space infections: targeting multiple fronts. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2014;43(1):35. doi:10.1186/s40463-014-0035-5
2. Umihanic S, Umihanic S, Ramic N, Kamenjakovic S, Tihic N, Mahmutovic E. Predictors of poor outcome of deep neck infections. Medeniyet Med J. 2018;33(1):28-32.

- doi:10.5222/mmj.2018.49140
3. James M. Christian, Charles B. Felts, Nicholas A. Beckmann, M. Boyd Gillespie. Deep Neck and Odontogenic Infections. In: Paul Flint, Bruce Haughey, Valerie Lund, et al, eds. Cummings Otolaryngology – Head and Neck Surgery. 7 ed. Elsevier Inc.; 2021:141-154:chap 9.
  4. Trần Anh Bích, Trần Minh Trường. Nhiễm trùng cổ sâu trên bệnh nhân đái tháo đường: so sánh hình ảnh lâm sàng và kết quả điều trị với bệnh nhân không đái tháo đường từ 1/2005 đến 9/2006. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2006;11(1)
  5. Võ Thanh Hà. Khảo sát vi trùng áp dụng trong điều trị nhiễm trùng cổ sâu tại bệnh viện Chợ Rẫy. Luận án chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2016.
  6. Mejzlik J, Celakovsky P, Tucek L, et al. Univariate and multivariate models for the prediction of life-threatening complications in 586 cases of deep neck space infections: retrospective multi-institutional study. J Laryngol Otol. Sep 2017;131(9):779-784. doi:10.1017/s0022215117001153
  7. Huang TT, Tseng FY, Yeh TH, Hsu CJ, Chen YS. Factors affecting the bacteriology of deep neck infection: a retrospective study of 128 patients. Acta Otolaryngol. Apr 2006;126(4):396-401. doi:10.1080/00016480500395195
  8. Trương Thiên Phú, Lê Hoài Cường, Nguyễn Tiến Thành, et al. Khuyñh Hượng Đề Kháng Kháng Sinh Của Các Loại Vi Khuẩn Thường Gặp Tại Bệnh Viện Chợ Rẫy Năm 2019. Hội Nghị Khoa Học Thường Niên Bệnh Viện Chợ Rẫy. 2020;

## TÍNH KHẢ THI CỦA CÁCH TIẾP CẬN QUA ĐOẠN XA ĐỘNG MẠCH QUAY TRÁI TRONG CHỤP VÀ CAN THIỆP MẠCH VÀNH

Võ Thành Nhân<sup>1,2</sup>, Nguyễn Minh Châu<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Dương<sup>1</sup>, Trần Hồng Nhật<sup>1</sup>  
Đỗ Thị Út Tâm<sup>1</sup>, Nguyễn Minh Trí<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Chụp và can thiệp mạch vành qua đoạn xa động mạch quay trái (hõm lồi) là phương pháp tiếp cận mạch máu mới với những lợi ích từ việc tiếp cận từ động mạch (ĐM) quay trái và giảm những bất lợi do tư thế của bệnh nhân. Tuy nhiên, tại Việt Nam, tính khả thi của chụp và can thiệp mạch vành qua đoạn xa ĐM quay trái vẫn còn thiếu dữ liệu. **Mục tiêu:** Xác định tính khả thi và an toàn của cách tiếp cận qua đoạn xa ĐM quay trái trong chụp và can thiệp mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên**

**cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 32 bệnh nhân được tiếp cận qua hõm lồi trái tại bệnh viện Vinmec Central Park từ 3/2021 đến 12/2021. Chúng tôi ghi nhận thông tin bệnh nhân, thông tin thủ thuật và ghi nhận biến chứng sau thủ thuật. **Kết quả:** Trong số 32 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 66,7 ± 10,6 với nam giới chiếm 78%, kích thước ĐM quay trái là 2,81 ± 0,36 mm và đoạn xa ĐM quay trái là 2,53 ± 0,27 mm. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tiếp cận thành công là 93,8%. Có 2 bệnh nhân bị co thắt mạch cần chuyển vị trí tiếp cận qua đoạn gần động mạch quay trái và động mạch quay phải đều thành công. Thời gian đâm kim trung bình: 5,37 ± 3,7 phút và tất cả bệnh nhân đều được chụp và can thiệp mạch vành thành công mà không thay đổi vị trí tiếp cận. Tỷ lệ biến chứng tụ máu mức độ EASY I là 13,3% và không cần can thiệp ngoại khoa, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào biến chứng xuất huyết hay tụ máu mức độ EASY II trở lên. **Kết luận:** Tiếp cận chụp và can thiệp mạch vành qua đoạn xa động mạch quay trái có tính khả thi và an

<sup>1</sup>Bệnh viện Vinmec Central Park

<sup>2</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

toàn. **Từ khóa:** đoạn xa động mạch quay trái, hõm lồi, tiếp cận mạch máu, chụp mạch vành, can thiệp mạch vành

## SUMMARY

### FEASIBILITY OF LEFT DISTAL RADIAL ACCESS FOR CORONARY ANGIOGRAPHY AND PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

**Background:** Coronary angiography (CAG) and percutaneous coronary intervention (PCI) via left distal radial artery (Snuffbox) is novel vascular access, which has potential benefits from left radial approach and decreases operator discomfort during procedure. However, in Viet Nam, the feasibility of CAG and PCI via snuffbox approach is still concerned due to the lack of data regarding the coronary procedure. **Objective:** The objective of this study was to determine the feasibility and safety of the left snuffbox approach for CAG and PCI. **Methods:** We performed a cross-sectional retrospective study of 32 adults who were accessed via left snuffbox at Vinmec Central Park hospital from March 2021 to December 2021. We recorded patient characteristics, procedural information and procedural complications. **Results:** A total of 32 individuals were eligible (average age: 66,7 ± 10,6; 78% males), the diameter of left radial artery was 2,81 ± 0,36 mm and left distal radial artery was 2,53 ± 0,27 mm. The success rate was 93,8%, two patients experienced spasm requiring crossover to left radial artery and right radial artery. The access time was 5,37 ± 3,7 min and all of patients were finished CAG and PCI without crossover to other approaches. Regarding vascular complication, mild hematoma (EASY I), not requiring surgery or transfusion, was 13,3%. There were no cases of moderate to severe hematoma or bleeding. **Conclusions:** In Viet Nam, CAG and PCI via left distal radial artery was safety and feasibility

**Key words:** left distal radial artery, snuffbox, coronary angiography, percutaneous coronary intervention.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thập kỷ qua, có rất nhiều thay đổi trong can thiệp mạch vành, một trong số những thay đổi đó là vị trí tiếp cận mạch máu. Sự thay đổi vị trí tiếp cận từ ĐM đùi sang ĐM quay đã giúp giảm thiểu biến chứng chảy máu của thủ thuật, giảm tỷ lệ tử vong, giảm thời gian nằm viện và giảm sự bất tiện cho bệnh nhân. Đa số các thầy thuốc chọn cách tiếp cận qua ĐM quay phải vì ĐM quay trái nằm đối bên, thầy thuốc phải choàng qua người bệnh nhân nên không thuận tiện, đặc biệt là khi bệnh nhân có bụng quá lớn. Tuy nhiên, tiếp cận qua ĐM quay trái lại có một số ưu điểm so với tiếp cận qua ĐM quay phải như thời gian soi tia ít hơn, ĐM dưới đòn trái ít xoắn hơn ĐM dưới đòn phải vì vậy thao tác qua ống thông cũng ít gặp khó khăn hơn và các

ống thông dùng cho động mạch quay trái gần giống với động mạch đùi hơn [7].

Tiếp cận mạch máu qua đoạn xa ĐM quay trái (còn gọi là qua hõm lồi) một giải pháp có thể được lựa chọn để không làm khó chịu cho thầy thuốc vì tay bệnh nhân sẽ để trên bụng, vùng bẹn phải hay trái tùy theo đặc điểm giải phẫu của bệnh nhân. Kể từ lần đầu tiên Kiemeneij báo cáo năm 2017 [2], đã có rất nhiều các nghiên cứu tính khả thi và an toàn của cách tiếp cận này được tiến hành với tỷ lệ thành công rất ấn tượng với gần 90% và tỷ lệ biến chứng thấp [5]. Tại Việt Nam, các dữ liệu về đường tiếp cận qua đoạn xa động mạch quay trái trong y văn vẫn chưa nhiều. Đường kính đoạn xa động mạch quay trái có thuận lợi cho việc làm thủ thuật hay không vẫn là vấn đề mà nhiều thầy thuốc quan tâm.

Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với câu hỏi nghiên cứu: *Tiếp cận qua đoạn xa động mạch quay trái trong chụp và can thiệp động mạch vành tại Việt Nam có tính khả thi như thế nào?*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân chụp, can thiệp mạch vành qua da được tiếp cận qua đoạn xa động mạch quay trái từ tháng 3 năm 2021 đến hết tháng 12 năm 2021 tại bệnh viện Vinmec Central Park.

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Bệnh nhân được chụp mạch vành/can thiệp mạch vành qua đoạn xa động mạch quay trái. Bệnh nhân có đầy đủ thông tin từ hồ sơ bệnh án.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Tắc động mạch quay trái, dị dạng ĐM quay trái.

**Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chúng tôi thực hiện lấy mẫu liên tục

**Phương pháp thu thập số liệu:** Chúng tôi thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh nhân ghi nhận:

Thông tin cá nhân, thông tin trước thủ thuật, thông tin thủ thuật, biến chứng thủ thuật.

**Định nghĩa một số biến số:**

**Đâm kim thành công:** Đâm trúng động mạch, có máu đỏ tươi phụt ngược.

**Luồn sheath thành công:** Đưa được sheath vào, bao gồm cả những trường hợp phải đổi vị trí tiếp cận do gặp khó khăn trong quá trình chụp/can thiệp mạch vành.

**Tiếp cận thành công:** Quá trình đâm kim và luồn sheath thành công.

**Thời gian đâm kim:** Tính từ lúc bắt đầu gây tê đến khi luồn sheath thành công.

**Mức độ tụ máu EASY: độ I:** Tụ máu tại

chỗ, trên bề mặt, khoảng cách đến mỏm trâm xương quay < 5 cm; độ II: Tụ máu xâm lấn lớp cơ mức động trung bình, khoảng cách đến mỏm trâm xương quay < 10 cm; độ III: Tụ máu đến cánh tay và xâm nhập lớp cơ, dưới khuỷu; độ IV: Tụ máu và xâm nhập lớp cơ quá khuỷu; độ V: Đe dọa thiếu máu cục bộ.

**Mức độ xuất huyết theo BARC:** độ I: Chảy máu không cần điều trị hay nhập viện; độ II: Chảy máu cần được hỗ trợ của nhân viên y tế nhưng không có tiêu chuẩn của loại II, IV, V; độ III: Lâm sàng, cận lâm sàng, hình ảnh của xuất huyết; độ IV: Xuất huyết liên quan đến phẫu thuật CABG; độ V: Xuất huyết đến tử vong.

**Phương pháp thống kê:** Biến nhị giá và thứ tự sẽ được trình bày dưới dạng tần suất (tỷ lệ). Biến định lượng được thể hiện dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ vị 25% - 75% (phân phối không chuẩn). Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 14.

**Y Đức:** Nghiên cứu này là nghiên cứu quan sát đơn thuần, thu thập dữ liệu có sẵn trong hồ sơ và không can thiệp vào quá trình điều trị của người bệnh. Nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**1. Đặc điểm cá nhân:** Đặc điểm dân số chi tiết có trong (bảng 1). Tuổi trung bình là 66,7 ± 10,6; nam giới chiếm đa số với 78%. Tăng huyết áp và đái tháo đường type 2 là 2 bệnh đi kèm thường gặp nhất với tỷ lệ tương ứng là 78,15% và 50%. Phân suất tổng máu trung bình là 69,75 ± 7,65 (%). 29 bệnh nhân được làm thủ thuật với chẩn đoán hội chứng vành mạn và 3 bệnh nhân nhập viện với hội chứng vành cấp.

Kích thước ĐM quay trái trung bình 2,81 ± 0,36 mm và đoạn xa ĐM quay trái là 2,53 ± 0,27mm.

**Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu**

Biến số	Kết quả (n = 32)	
Tuổi	66,7 ± 10,6	
Giới nam	25 (78,13%)	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	24,64 ± 3,10	
Bệnh nền	Tăng huyết áp	25 (78,13%)
	Đái tháo đường type 2	16 (50%)
	BMV đã đặt stent	15 (48,66%)
	Rung nhĩ	4 (12,5%)
	COPD	2 (6,25%)
Ưc chế beta	22 (68,75%)	
Statin	29 (90,63%)	
Ưc chế kênh canxi	12 (37,5%)	

Thuốc đang sử dụng	Ưc chế men chuyển	8 (25%)
	Ưc chế thụ thể	19 (59,38%)
	Aspirin+Clopidogrel	29 (90,63%)
	Aspirin+Ticagrelor	3 (9,38%)
	SGLT2-i	11 (34,38%)
	DPP4-i	6 (18,75%)
	Nitrate	4 (12,5%)
Kháng đông uống	2 (6,25%)	
Hội chứng vành mạn	29 (90,63%)	
Hội chứng vành cấp	3 (9,37%)	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	140,28 ± 19,05	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	75,78 ± 10,96	
Nhịp tim (lần/phút)	68,25 ± 10,95	
EF (%)	69,75 ± 7,65	
LRA (mm)	2,81 ± 0,36	
dLRA (mm)	2,53 ± 0,27	

**2. Đặc điểm thủ thuật:** Đặc điểm thủ thuật chi tiết trong (bảng 2). Tỷ lệ tiếp cận thành công là 93,8%. Thời gian đâm kim 5,37 ± 3,7 phút. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 61,7 phút. Ống thông được sử dụng để chụp mạch vành nhiều nhất là ống JL 4.0 (82,14%) và ống JR 4.0 (96,43%). Đối với can thiệp mạch vành trái, ống thông BL 3.5 được sử dụng nhiều nhất với 91,67% và ống thông JR 4.0 (66,67%) đối với can thiệp mạch vành phải. Vị trí can thiệp nhiều nhất là nhánh LAD với 10 ca (52,63%) và có 1 ca can thiệp LM (5,46%). Có 11 bệnh nhân (67,89%) cần đặt nhiều stent.

Thời gian soi tia trung vị ghi nhận là 9,5 phút và tổng lượng cản quang sử dụng là 140 mL.

**Bảng 2: Đặc điểm liên quan đến thủ thuật**

Biến số	Kết quả
<b>Chụp mạch vành</b>	11 (36,67%)
<b>Can thiệp mạch vành</b>	2 (6,67%)
<b>Chụp và can thiệp mạch vành</b>	17 (56,67%)
<b>Chụp mạch vành trái: (n = 28)</b>	
JL 4.0	23 (82,14%)
BL 3.5	4 (14,29%)
TIG 3.5	1 (3,57%)
5F	25 (89,29%)
6F	3 (10,71%)
<b>Chụp mạch vành phải: (n = 28)</b>	
JR 4.0	27 (96,43%)
TIG 3.5	1 (3,57%)
5F	27 (96,43%)
6F	1 (3,57%)
<b>Can thiệp mạch vành trái (n = 12)</b>	
BL 3.5	11 (91,67%)
EBU 3.5	1 (8,33%)
5F	4 (33,33%)
6F	8 (66,67%)

<b>Can thiệp mạch vành phải (n = 9)</b>	
JR 4.0	6 (66,67%)
JR 3.5	2 (22,22%)
AL 0.75	1 (11,11%)
Kích thước 5F	3 (33,33%)
Kích thước 6F	6 (66,67%)
<b>Vị trí can thiệp:</b> LM:	1 (5,26%)
LAD:	10 (52,63%)
LCx:	5 (26,32%)
RCA:	7 (36,84%)
Khác:	6 (31,58%)
<b>Đặt ≥ 2 stent</b>	11 (57,89%)
<b>Thời gian soi tia (phút)</b>	9,5 (3,25 – 14,5)
<b>Thời gian thủ thuật (phút)</b>	61,7 ± 32,97 (phút)
<b>Lượng tia (mGy)</b>	650 (350 -1090)
<b>Lượng cản quang (mL)</b>	140 (82 – 190)

**3. Biến chứng:** Tụ máu mức độ nhẹ EASY I là biến chứng duy nhất chúng tôi ghi nhận được với 4 bệnh nhân (chiếm 13,3%). Không ghi nhận trường hợp nào tụ máu mức độ nặng hay xuất huyết sau hoàn thành thủ thuật.

**Bảng 10: Biến chứng thủ thuật**

<b>Biến số</b>	<b>Kết quả</b>
<b>Hematoma:</b> EASY I:	4 (13,3%)
EASY II-V:	0 (0%)
<b>Xuất huyết BARC I-V:</b>	0 (0%)

#### IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu đánh giá một phương pháp tiếp cận mạch máu mới trong chụp và can thiệp mạch vành, kết quả chính ghi nhận (1) tỷ lệ tiếp cận thành công qua đoạn xa động mạch quay trái là 30 trên 32 bệnh nhân, gần 94%; (2) chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào biến chứng nặng cần can thiệp ngoại khoa, chỉ ghi nhận tỷ lệ tụ máu nhẹ là 13,3%.

Số liệu cho thấy giải phẫu của đoạn xa động mạch quay trái hoàn toàn phù hợp để tiếp cận can thiệp mạch vành. Kích thước đoạn xa động mạch quay trái chúng tôi ghi nhận là  $2,53 \pm 0,27$  mm. Kết quả này không khác biệt nhiều so với kết quả của những tác giả khác thực hiện trên dân số châu Á như tác giả Norimatsu nghiên cứu trên dân số Nhật Bản với kết quả  $2.6 \pm 0.5$  mm [6], tác giả Kim nghiên cứu trên dân số Hàn Quốc với kết quả  $2,57 \pm 0,50$  mm [3]. Kích thước đoạn xa động mạch quay trái nhỏ hơn động mạch quay trái. Tuy nhiên, tất cả những bệnh nhân tiếp cận qua đoạn xa động mạch quay trái trong nghiên cứu chúng tôi đều được đặt sheath 6F mà không gặp khó khăn trong quá trình luồn sheath.

Kiemeneij là người đầu tiên báo cáo về cách tiếp cận qua đoạn xa động mạch quay trái với tỷ

lệ thành công lên đến 89% [2]. Tác giả Kim cũng ghi nhận tỷ lệ tiếp cận thành công là 93,3% [3] và tác giả Lee nghiên cứu thể giới thực trong 1 trung tâm với 200 bệnh nhân, ghi nhận tỷ lệ tiếp cận thành công qua đoạn xa động mạch quay trái 95,5% [4]. Như vậy, mặc dù bắt đầu triển khai phương pháp tiếp cận mới nhưng đa số nghiên cứu đều ghi nhận tỷ lệ thành công trên 90% và thực tế nghiên cứu chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ thành công là 94%. Điều này càng khẳng định được tính khả thi rất cao của phương pháp tiếp cận này.

Về thời gian đâm kim chúng tôi ghi nhận là  $5,37 \pm 3,7$  (phút). Kết quả của các nghiên cứu gần đây có sự khác biệt, tác giả Aoi ghi nhận thời gian đâm kim là  $7,3 \pm 5,7$  [1] trong khi tác giả Lee chỉ ghi nhận thời gian này là  $3,0 \pm 2,8$  phút [4] và tác giả Soydan là  $1,19 \pm 0,94$  phút [8]

Về biến chứng mạch máu, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tụ máu nặng hay xuất huyết mặc dù bệnh nhân được điều trị với kháng tiêu cầu kép trước khi can thiệp và kháng đông trong quá trình can thiệp. Kết quả tương tự với những nghiên cứu trước, tác giả Kim ghi nhận chỉ có 2 bệnh nhân (4,9%) bị sưng bầm cẳng tay mà không cần truyền máu [3]. Tác giả Lee cũng ghi nhận 7,9% bệnh nhân có biến chứng nhẹ bao gồm 7,4% tụ máu nhẹ, 0,5% bệnh nhân bóc tách mạch máu và không ghi nhận các biến chứng khác như tắc đoạn xa động mạch quay, thủng mạch máu, giả phình, cầu nối động tĩnh mạch [4]. Vì vậy, tiếp cận qua đoạn xa động mạch quay có thể xem xét như phương pháp thay thế trong những trường hợp có nguy cơ chảy máu cao.

**Hạn chế đề tài:** Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế sau: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, không có nhóm chứng để so sánh. Nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm với số lượng bệnh nhân còn hạn chế, không đại diện cho dân số chung. Biến chứng mạch máu chúng tôi chỉ ghi nhận biến chứng gần nên một số biến chứng xa hay gặp khác là tắc động mạch không được mô tả. Nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận một thông tin như siêu âm hỗ trợ lúc đâm kim, thời gian nằm viện, thời gian cầm máu.

#### V. KẾT LUẬN

Những dữ liệu sơ bộ về tỷ lệ thành công và biến chứng mạch máu cho thấy tính khả thi và an toàn cho phương pháp tiếp cận mạch vành qua đoạn xa động mạch quay trái. Cần có thể những nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên đa trung tâm lớn hơn để củng cố cho những bằng chứng này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aoi S, Htun W W, Freeo S, et al.** "Distal transradial artery access in the anatomical snuffbox for coronary angiography as an alternative access site for faster hemostasis", *Catheter Cardiovasc Interv*, 2009, 94 (5), 651-657.
2. **Kiemeneij F,** "Left distal transradial access in the anatomical snuffbox for coronary angiography (IdTRA) and interventions (IdTRI)", *EuroIntervention*, 2017, 13 (7), 851-857.
3. **Kim Y, Ahn Y, Kim I, et al.** "Feasibility of Coronary Angiography and Percutaneous Coronary Intervention via Left Snuffbox Approach", *Korean Circ J*, 2018, 48 (12), 1120-1130.
4. **Lee J W, Park S W, Son J W, et al.** "Real-world experience of the left distal transradial approach for coronary angiography and percutaneous coronary intervention: a prospective observational study (LeDRA)", *EuroIntervention*, 2018, 14 (9), e995-e1003.
5. **Nairoukh Z, Jahangir S, Adjepong D, et al.** "Distal Radial Artery Access: The Future of Cardiovascular Intervention", *Cureus*, 2020, 12 (3), e7201.
6. **Norimatsu K, Kusumoto T, Yoshimoto K, et al.** "Importance of measurement of the diameter of the distal radial artery in a distal radial approach from the anatomical snuffbox before coronary catheterization", *Heart Vessels*, 2019, 34 (10), 1615-1620.
7. **Shah B, Burdowski J, Guo Y, et al.** "Effect of Left Versus Right Radial Artery Approach for Coronary Angiography on Radiation Parameters in Patients With Predictors of Transradial Access Failure", *Am J Cardiol*, 2016, 118 (4), 477-81.
8. **Soydan E, Akın M.** "Coronary angiography using the left distal radial approach - An alternative site to conventional radial coronary angiography", *Anatol J Cardiol*, 2018, 19 (4), 243-248.

## THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ TUÂN THỦ CỦA BÁC SĨ VỚI HƯỚNG DẪN CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI THÁI BÌNH 2016-2017

Lê Văn Trụ<sup>1</sup>, Nguyễn Trọng Tài<sup>2</sup>, Nguyễn Hữu Quân<sup>3</sup>,  
Phạm Huy Tuấn Kiệt<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Huy<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng kiến thức và tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường Típ 2 tại Thái Bình năm 2016-2017. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp 34 bác sĩ làm việc tại các bệnh viện công lập tỉnh Thái Bình. **Kết quả:** Về kiến thức biến chứng ĐTDĐ, các bác sĩ có số năm hành nghề  $\leq 3$  năm có số câu trả lời đúng thấp nhất, các bác sĩ có thời gian hành nghề  $\geq 5$  năm có số câu trả lời đúng cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết trả lời đúng  $48,1 \pm 3,5$  câu hỏi, chính xác hơn bác sĩ chuyên ngành Nội chung là  $43,3 \pm 6,0$  câu hỏi; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bác sĩ được tập huấn vẫn có số câu trả lời đúng cao hơn các bác sĩ không được tập huấn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,242$ . **Kết luận:** Số năm hành nghề, chuyên ngành học và việc được tập huấn hàng năm có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến thực trạng kiến thức; không có mối liên quan đến tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTDĐ Típ 2.

**Từ khóa:** đái tháo đường típ 2, kiến thức, tuân thủ của bác sĩ.

## SUMMARY

### THE STATUS OF DOCTORS' KNOWLEDGE AND COMPLIANCE WITH GUIDELINES FOR DIAGNOSIS AND TREATMENT TYPE 2 AT THAI BINH 2016-2017

**Objective:** To assess the status of knowledge and compliance of doctors with the guidelines for diagnosis and treatment of type 2 diabetes in Thai Binh in 2016-2017. **Subjects and methods:** Interventional study of 34 doctors working in public hospitals in Thai Binh province. **Results:** Knowledge about diabetes complications, doctors with the number of years of practice 3 years have the lowest average number of correct answers, doctors with practice time 5 years have the average number of answers highest true, the difference is statistically significant,  $p < 0,05$ . Endocrinologists answered correctly  $48,1 \pm 3,5$  questions more accurately than doctors of General Internal Medicine  $43,3 \pm 6,0$  questions; The difference was statistically significant,  $p < 0,05$ . Trained doctors still have a higher average number of correct answers than untrained doctors, but the difference is not statistically significant,  $p = 0,242 > 0,05$ ). The doctor's compliance with the treatment diagnosis is not related to the treatment line, the specialty attended, the annual training. **Conclusion:** Number of years of practice, major of study and annual training have a statistically significant relationship with the status of knowledge; There was no association with physician

<sup>1</sup>Cục khám chữa bệnh – Bộ Y tế

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Sở Y tế Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Trụ

Email: lekhaitru@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023