

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN

ĐÀM THẬN HIỂN

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN
HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh - 2026

SỞ Y TẾ BẮC NINH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN
HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỪ SƠN NĂM 2026

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: BS. Đàm Thận Hiền

Bắc Ninh - 2026

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

AHA/ACC	: Hội Tim mạch/Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ (American Heart Association/American College of Cardiology)
ANOCA	: Đau thắt ngực không kèm theo bệnh lý tắc nghẽn động mạch vành. Angina with No Obstructive Coronary Artery Disease
BMI	: Chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index)
CCS	: Hội chứng động mạch vành mạn (Chronic Coronary Syndromes)
DAPT	: Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép (Dual Antiplatelet Therapy)
ĐMV	: Động mạch vành
ĐTĐ	: Đái tháo đường
ESC	: Hội Tim mạch Châu Âu (European Society of Cardiology)
HA	: Huyết áp
HbA1C	: Chỉ số đường huyết trung bình 3 tháng (Hemoglobin A1C)
HCMVM	: Hội chứng mạch vành mạn
HCVC	: Hội chứng vành cấp
HDL-C	: Cholesterol tỷ trọng cao (High Density Lipoprotein Cholesterol)
I20- I25	: Mã ICD 10- Con đau thắt ngực- Bệnh tim thiếu máu cục bộ
INOCA	: Thiếu máu cục bộ không kèm theo bệnh lý tắc nghẽn động mạch vành. Ischemia with No Obstructive Coronary Artery Disease
LDL-C	: Cholesterol tỷ trọng thấp (Low Density Lipoprotein Cholesterol)
NMCT	: Nhồi máu cơ tim
QoL	: Chất lượng cuộc sống (Quality of Life)
SGLT2	: Chất đồng vận chuyển Natri-Glucose-2 (Sodium-Glucose Co-Transporter 2)
THA	: Tăng huyết áp
ƯCMC	: Ức chế men chuyển
VNHA	: Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam (Vietnam National Heart Association)
WHO	: Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization)
Z95.1	: Mã ICD 10- sự hiện diện của mảnh ghép bắc cầu động mạch vành

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Đại cương về Hội chứng động mạch vành mạn	4
1.2. Quản lý và Điều trị ngoại trú HCMVM.....	6
1.3. Các yếu tố liên quan đến hiệu quả quản lý điều trị.....	9
1.4. Tình hình nghiên cứu về quản lý HCMVM.....	10
1.5. Cây vấn đề.....	13
1.6. Một số đặc điểm địa bàn nghiên cứu.....	14
Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	16
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	16
2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.....	17
2.3. Thiết kế nghiên cứu	17
2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu	17
2.5. Cách thức chọn mẫu nghiên cứu.....	18
2.6. Phương pháp thu thập số liệu	18
2.7. Các biến số và chỉ số nghiên cứu (Phụ lục 2)	18
2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá (Phụ lục 3).....	18
2.9. Phương pháp xử lý số liệu.....	18
2.10. Đạo đức trong nghiên cứu	18
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục	18
Chương 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU	19
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.....	19
3.2. Kết quả điều trị ngoại trú trên đối tượng nghiên cứu	20
3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả quản lý điều trị.....	23
Chương 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN.....	26
DỰ KIẾN KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ.....	27
TÀI LIỆU THAM KHẢO	Error! Bookmark not defined.

DANH MỤC BẢNG

Bảng 2.1. Lựa chọn thuốc trong điều trị chóng huyết khối kép.....	7
Bảng 2.2. Cách tính điểm theo thang điểm HAS-BLED	7
Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính.....	19
Bảng 3.2. Đặc điểm trình độ học vấn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	19
Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu	19
Bảng 3.4. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể (BMI) (theo IDI & WPRO)	20
Bảng 3.5. Các yếu tố nguy cơ tim mạch và tiền sử bệnh.....	20
Bảng 3.6. Tỷ lệ sử dụng các thuốc tim mạch.....	20
Bảng 3.7. Tỷ lệ tái khám của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.....	21
Bảng 3.8. Mức độ đau thắt ngực theo phân độ CCS.....	21
Bảng 3.9. Chỉ số mạch và huyết áp tâm thu trung bình	21
Bảng 3.10. Chỉ số Lipid máu và đường máu	21
Bảng 3.11. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị Huyết áp, mạch, đường máu và Lipid máu	22
Bảng 3.12. Mối liên quan giữa Tuổi, Giới tính với kết quả đạt các mục tiêu điều trị.....	23
Bảng 3.13. Mối liên quan giữa Hút thuốc, Chỉ số BMI với kết quả đạt các mục tiêu điều trị.....	24
Bảng 3.14. Phân tích các yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát cơn đau thắt ngực	25

DANH MỤC HÌNH

Hình 2.1. Diễn tiến của HCĐMV mạn tính và quá trình có thể đảo ngược hoặc làm nặng bệnh	5
Hình 2.2. Cây vấn đề nghiên cứu	13
Hình 2.3. Sơ đồ nghiên cứu	14

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế ở các nước đang phát triển và phát triển, là nguyên nhân của một phần ba các ca tử vong ở người lớn trên 35 tuổi trên toàn thế giới. Tại Việt Nam, bệnh động mạch vành cũng đã trở thành một trong những nguyên nhân tử vong hàng đầu. Năm 2016, theo báo cáo của WHO, ước tính Việt Nam có 31% trường hợp tử vong là do bệnh tim mạch, trong đó, hơn nửa là do bệnh lý động mạch vành. Bệnh động mạch vành do xơ vữa bao gồm hai hội chứng trên lâm sàng: Hội chứng động mạch vành cấp và Hội chứng động mạch vành mạn [7].

Đối với bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn, mục tiêu điều trị không chỉ dừng lại ở việc giảm triệu chứng đau thắt ngực mà quan trọng hơn là cải thiện tiên lượng: Ngăn ngừa nhồi máu cơ tim và tử vong tim mạch [1]. Để đạt được mục tiêu này, công tác quản lý điều trị ngoại trú đóng vai trò quyết định. Quá trình này đòi hỏi sự phối hợp chặt chẽ giữa việc sử dụng các thuốc tối ưu (kháng kết tập tiểu cầu, statin, ức chế men chuyển, chẹn beta...) và kiểm soát triệt để các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá...[7].

Tuy nhiên, thực tế lâm sàng cho thấy khoảng cách giữa khuyến cáo và thực hành điều trị vẫn còn tồn tại. Hiệu quả quản lý ngoại trú thường bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố liên quan, trong đó nổi bật là sự tuân thủ điều trị của người bệnh. Các yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ bao gồm: niềm tin vào liệu pháp điều trị, điều kiện kinh tế xã hội, mức độ phức tạp của phác đồ dùng thuốc và sự hỗ trợ từ hệ thống y tế [9]. Tại Việt Nam, các mô hình quản lý bệnh nhân mạn tính tại tuyến cơ sở đang được chú trọng phát triển nhưng việc đánh giá hiệu quả cụ thể trên nhóm bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn vẫn còn hạn chế.

Tại Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn đã triển khai quản lý và điều trị ngoại trú hiệu quả các bệnh mạn tính, trong đó có trên 5000 bệnh nhân bệnh lý tim mạch

như Tăng huyết áp, suy tim, bệnh van tim, hội chứng động mạch vành mạn..., năm 2025, khoa Khám bệnh đang quản lý điều trị ngoại trú cho trên 250 bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn đã góp phần giảm tỷ lệ chuyển tuyến và tạo điều kiện thuận lợi cho người bệnh trong quản lý điều trị bệnh hiệu quả ngay tại cơ sở [2].

Hiện nay, trong bối cảnh các khuyến cáo mới về chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành theo Hội Tim mạch học Việt Nam 2024 đã được cập nhật với nhiều thay đổi quan trọng về chiến lược quản lý điều trị và tại Bệnh viện đa khoa Từ Sơn chưa có nghiên cứu đánh giá về quản lý điều trị ngoại trú đối với các bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn; do đó, tôi tiến hành đề tài: ***"Đánh giá kết quả điều trị ngoại trú bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn năm 2026"***.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Đánh giá kết quả điều trị ngoại trú bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn tại Bệnh viện đa khoa Từ Sơn năm 2026.

2. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị ngoại trú trên đối tượng nghiên cứu .

Chương 1. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Đại cương về Hội chứng động mạch vành mạn

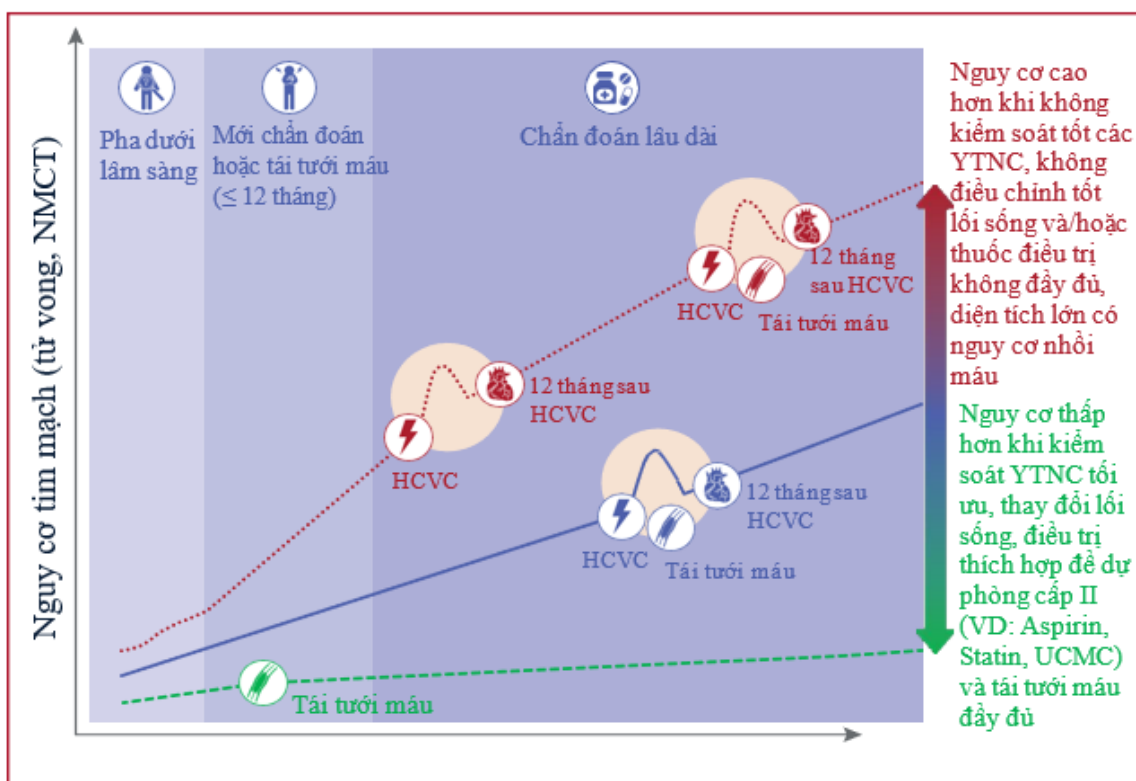
1.1.1. Khái niệm

Hội chứng động mạch vành (ĐMV) mạn tính chỉ một loạt các biểu hiện lâm sàng hoặc hội chứng phát sinh do những thay đổi về cấu trúc và/hoặc chức năng liên quan đến các bệnh mạn tính của ĐMV, vi tuần hoàn. Những thay đổi này có thể dẫn đến sự mất cân bằng tạm thời, có thể hồi phục giữa nhu cầu cơ tim giữa cung cấp máu đến tình trạng giảm tưới máu (thiếu máu cục bộ), thường do gắng sức, cảm xúc hoặc căng thẳng gây ra biểu hiện dưới dạng đau thắt ngực, khó chịu ở ngực hoặc khó thở có khi không có triệu chứng. Mặc dù ổn định trong thời gian dài, các bệnh mạch vành mạn tính thường tiến triển và có thể mất ổn định bất cứ lúc nào khi phát triển hội chứng vành cấp [7].

Hội chứng ĐMV mạn là bệnh lý liên quan đến sự ổn định tương đối của mảng xơ vữa động mạch vành, khi không có sự nứt vỡ đột ngột hoặc sau giai đoạn cấp hoặc sau khi đã được can thiệp/phẫu thuật. Khi mảng xơ vữa tiến triển dần gây hẹp lòng ĐMV một cách đáng kể (thường là hẹp trên 70% đường kính lòng mạch) thì có thể gây ra triệu chứng, điển hình nhất là đau thắt ngực/khó thở khi người bệnh gắng sức và đỡ khi nghỉ.

Trong quá trình phát triển của mảng xơ vữa, một số trường hợp có thể xuất hiện những biến cố cấp tính do sự nứt vỡ mảng xơ vữa, dẫn tới hình thành huyết khối gây hẹp hoặc tắc lòng mạch một cách nhanh chóng được gọi là hội chứng vành cấp (HCVC).

Quá trình này có thể thay đổi bằng cách điều chỉnh lối sống, sử dụng thuốc và các biện pháp xâm lấn giúp bệnh ổn định hoặc thoái lui (Hình 1).



Hình 2.1. Diễn tiến của HCDMV mạn tính và quá trình có thể đảo ngược hoặc làm nặng bệnh [7].

1.1.2. Các thể lâm sàng thường gặp

Hội chứng mạch vành mạn (HCMVM) có 6 bệnh cảnh lâm sàng:

1. Người bệnh nghi ngờ có bệnh ĐMV với triệu chứng đau thắt ngực ổn định và/hoặc khó thở.
2. Người bệnh mới khởi phát triệu chứng suy tim/giảm chức năng thất trái và nghi ngờ có bệnh lý bệnh ĐMV.
3. Người bệnh có tiền sử hội chứng động mạch vành cấp hoặc được tái thông ĐMV trong vòng 1 năm, có hoặc không có triệu chứng.
4. Người bệnh sau hội chứng động mạch vành cấp hoặc được tái thông ĐMV trên 1 năm.
5. Người bệnh đau thắt ngực nghi ngờ do bệnh lý vi mạch hoặc co thắt ĐMV.
6. Người bệnh không triệu chứng, khám sàng lọc phát hiện ra bệnh động mạch vành [1].

1.2. Quản lý và Điều trị ngoại trú HCMVM

1.2.1. Mục tiêu điều trị quản lý bệnh nhân HCMVM tại phòng khám ngoại trú hướng tới hai mục tiêu cốt lõi:

Cải thiện triệu chứng: Giảm đau thắt ngực, giảm khó thở khi gắng sức.

Cải thiện tiên lượng: Ngăn ngừa các biến cố tim mạch (nhồi máu cơ tim, tử vong) và ngăn ngừa tiến triển suy tim [1].

1.2.2. Điều trị nội khoa tối ưu

- *Thuốc kháng kết tập tiểu cầu:*

Aspirin liều thấp hàng ngày là chỉ định trọn đời cho hầu hết bệnh nhân đã có chẩn đoán xác định.

Trong trường hợp sau can thiệp mạch vành, liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT) cần được duy trì theo thời gian khuyến cáo. Việc đánh giá nguy cơ xuất huyết là bắt buộc để cân nhắc thời gian dùng thuốc. Thang điểm HAS-BLED được sử dụng để tiên lượng nguy cơ chảy máu, bao gồm các yếu tố: Huyết áp tâm thu >160mmHg, Bất thường chức năng gan/thận, Tiền sử đột quỵ, Tiền sử xuất huyết, Lớn tuổi (>65), Dùng thuốc/rượu... [7].

Bảng 2.1. Lựa chọn thuốc trong điều trị chống huyết khối kép khi kết hợp với aspirin 75-100mg/ngày ở người bệnh có nguy cơ tắc mạch cao hoặc trung bình và không có nguy cơ chảy máu cao [1].

Thuốc	Liều dùng	Chỉ định	Thận trọng
Clopidogrel	75 mg x 1 lần/ngày	Sau NMCT dung nạp tốt với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép trên 12 tháng	
Prasugrel	10 mg x 1 lần/ngày hoặc 5 mg x 1 lần/ngày nếu < 60 kg hoặc > 75 tuổi	Sau can thiệp do NMCT dung nạp tốt với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép trên 12 tháng	NB trên 75 tuổi
Rivaroxaban	2,5mg x 2 lần/ngày	Sau NMCT > 1 năm hoặc bệnh nhiều thân mạch vành	MLCT 15-29 mL/ph/1,73m ²
Ticagrelor	60 mg x 2 lần/ngày	BN sau NMCT dung nạp tốt với liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép trên 12 tháng	

Trong đánh giá nguy cơ HCMVM có thang điểm HAS-BLED

Bảng 2.2. Cách tính điểm theo thang điểm HAS-BLED [1]

Chữ cái	Đặc điểm lâm sàng	Điểm
H	Tăng huyết áp	1
A	Bất thường chức năng thận/gan (1 điểm cho mỗi yếu tố)	1 hoặc 2
S	Đột quỵ	1
B	Chảy máu	1
L	INR dao động	1
E	Tuổi > 65	1

D	Dùng đồng thời thuốc tăng nguy cơ chảy máu hoặc nghiện rượu (1 điểm cho mỗi yếu tố)	1 hoặc 2
		Tối đa 9 điểm

Tùy theo điểm HAS-BLED và bối cảnh lâm sàng, phác đồ điều trị chống huyết khối sau đặt stent động mạch vành có một số điểm khác nhau.

- *Thuốc điều trị hạ lipid máu*

Đối với bệnh nhân Hội chứng mạch vành mạn, mục tiêu của điều trị hạ lipid là giảm cholesterol lipoprotein mật độ thấp (LDL-C) xuống dưới 1,4 mmol/L (55 mg/dL) và đạt mức giảm $\geq 50\%$ so với mức ban đầu. Nên sử dụng statin liều cao đến liều tối đa có thể dung nạp để đạt được mục tiêu LDL-C [17].

Nếu mục tiêu không đạt được với liều tối đa dung nạp được của statin, khuyến cáo phối hợp thêm ezetimibe hoặc phối hợp thêm với thuốc ức chế thụ thể PCSK9 [1].

- *Thuốc chẹn Beta giao cảm:*

Là thuốc đầu tay để kiểm soát triệu chứng đau thắt ngực và tần số tim. Thuốc đã được chứng minh cải thiện sống còn ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim hoặc có suy tim giảm chức năng thất trái [1].

- *Thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin–Aldosterone*

Thuốc ức chế men chuyển (ƯCMC) nên được sử dụng ở tất cả người bệnh HCMVM có tăng huyết áp, đái tháo đường, phân suất tống máu thất trái (EF) $\leq 40\%$, bệnh thận mạn, trừ khi có chống chỉ định.

Thuốc ƯCMC nên cân nhắc ở người bệnh HCMVM có nguy cơ rất cao biến cố tim mạch.

Thuốc ức chế thụ thể (ƯCTT) được khuyến cáo ở người bệnh HCMVM khi không dung nạp với ƯCMC.

- *Các thuốc khác*

Nếu người bệnh HCMVM có kèm theo rung nhĩ: Có chỉ định dùng kéo dài thuốc chống đông đường uống (NOAC) hoặc chống đông kháng vitamin K (VKA) duy trì PT% > 70%) nếu $CHA_2DS_2-VASc \geq 3$ điểm ở nữ, ≥ 2 điểm ở nam.

Các chất ức chế đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2) và chất chủ vận thụ thể glucagon-like peptide-1 (GLP-1) đã được chứng minh có lợi ích tim mạch được khuyến cáo cho bệnh nhân tiểu đường tít 2 và bệnh mạch máu để giảm các biến cố tim mạch, bất kể mức hemoglobin glycate cơ bản hoặc mục tiêu, và việc sử dụng đồng thời các thuốc hạ đường huyết khác. Đối với bệnh nhân thừa cân hoặc béo phì chưa mắc tiểu đường typ 2, nên cân nhắc sử dụng chất chủ vận thụ thể GLP-1 semaglutide [17].

Nếu người bệnh có nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao, thuốc ức chế bơm proton được khuyến cáo sử dụng đồng thời với liệu pháp chống ngưng tập tiểu cầu hoặc chống đông.

1.2.3. Kiểm soát yếu tố nguy cơ và thay đổi lối sống

Bên cạnh dùng thuốc, quản lý ngoại trú cần tập trung kiểm soát chặt chẽ các yếu tố nguy cơ:

- Hút thuốc lá: Cai thuốc lá là biện pháp hiệu quả nhất về chi phí.
- Chế độ ăn và vận động: Khuyến khích chế độ ăn lành mạnh (Địa Trung Hải) và vận động thể lực đều đặn 30-60 phút/ngày.
- Quản lý bệnh đồng mắc: Đặc biệt là Tăng huyết áp và Đái tháo đường theo các mục tiêu khuyến cáo mới nhất [14].

1.3. Các yếu tố liên quan đến hiệu quả quản lý điều trị

1.3.1. Tuân thủ điều trị

Hiệu quả của các phác đồ điều trị phụ thuộc hoàn toàn vào sự tuân thủ của người bệnh. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và các nghiên cứu tổng quan, có 5 nhóm yếu tố chính ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị:

1. Yếu tố thuộc về bệnh nhân: Kiến thức, niềm tin, thái độ với bệnh tật.
2. Yếu tố thuộc về bệnh lý: Mức độ nặng của triệu chứng (bệnh nhân ít

triệu chứng thường chủ quan).

3. Yếu tố thuộc về liệu pháp: Số lượng thuốc phải uống , tác dụng phụ.

4. Yếu tố kinh tế - xã hội: Chi phí điều trị, sự hỗ trợ từ gia đình.

5. Yếu tố thuộc về hệ thống y tế: Mối quan hệ thầy thuốc - bệnh nhân, thời gian tư vấn, sự thuận tiện khi tái khám [1].

Các can thiệp như nhắc nhở qua tin nhắn, điện thoại hoặc tư vấn bởi dược sĩ lâm sàng đã được chứng minh giúp cải thiện tỷ lệ tuân thủ

1.3.2. Chất lượng cuộc sống

Chất lượng cuộc sống liên quan đến sức khỏe là một chỉ số quan trọng đánh giá hiệu quả quản lý từ góc nhìn của bệnh nhân. Tại Việt Nam, nghiên cứu của *Nguyễn Trần Như Ý* cho thấy đánh giá QoL vẫn chưa được thực hiện thường quy tại các phòng khám ngoại trú [13]. Cải thiện QoL, đặc biệt là khả năng gắng sức và trạng thái tinh thần, là mục tiêu tối thượng của quản lý bệnh mạn tính.

1.4. Tình hình nghiên cứu về quản lý HCMVM

Trên thế giới

Tại các nước phát triển như Hoa Kỳ, xu hướng quản lý đang chuyển dịch sang mô hình chăm sóc toàn diện, lấy bệnh nhân làm trung tâm. Theo Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA 2023), quản lý bệnh nhân mạch vành lớn tuổi đòi hỏi sự đánh giá lão khoa toàn diện, chú trọng đến tình trạng suy yếu và tương tác thuốc do tình trạng đa bệnh lý [14].

Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, mặc dù tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim cấp đã giảm, nhưng gánh nặng của bệnh mạch vành mạn tính vẫn rất lớn do dân số già hóa [7].

Theo báo cáo của Paraskevaidis Ivà cộng sự năm 2025 đã chỉ ra tắc nghẽn động mạch vành chỉ là hậu quả thứ phát; nguyên nhân gốc rễ nằm ở thành động mạch (nội mô, tế bào cơ trơn, mất cân bằng nội môi) [7].

Theo nghiên cứu Tianyue Jing và cộng sự (2023) đã chỉ ra các khuyến nghị điều trị chủ yếu được chia thành hai loại: điều trị bằng thuốc và không

dùng thuốc, trong đó điều trị bằng thuốc là hình thức điều trị chiếm ưu thế. Các can thiệp bằng thuốc phục vụ hai mục tiêu điều trị chính: ngăn ngừa và cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân, và làm giảm các triệu chứng. Các hướng dẫn thực hành lâm sàng bao gồm các khuyến nghị về phòng ngừa và nâng cao kết quả điều trị, trong đó aspirin là loại thuốc được khuyến nghị thường xuyên nhất trong các trường hợp này. Về điều trị bằng thuốc nhằm giảm triệu chứng, các hướng dẫn chủ yếu nhấn mạnh việc sử dụng thuốc chẹn beta, thuốc chẹn kênh canxi (CCB) và nitrat, như được chỉ ra bởi khuyến nghị của chúng trong phần lớn các hướng dẫn (số lượng hướng dẫn $\geq 50\%$). Đối với các phương pháp điều trị không dùng thuốc, khuyến nghị phổ biến nhất trong hầu hết các hướng dẫn (số lượng hướng dẫn $\geq 50\%$) là can thiệp mạch vành qua da (PCI) và phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) [16].

Tại Việt Nam

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về quản lý ngoại trú bệnh nhân mạch vành đã bắt đầu được chú trọng. Nghiên cứu tổng quan của *Phan Thị May và cộng sự* đã chỉ ra khoảng trống trong việc triển khai các mô hình quản lý chăm sóc có hệ thống tại các bệnh viện [9]. Hầu hết các nghiên cứu trước đây tập trung nhiều vào kết quả kỹ thuật can thiệp, mà chưa đi sâu vào quá trình quản lý dài hạn tại cộng đồng và tuyến cơ sở.

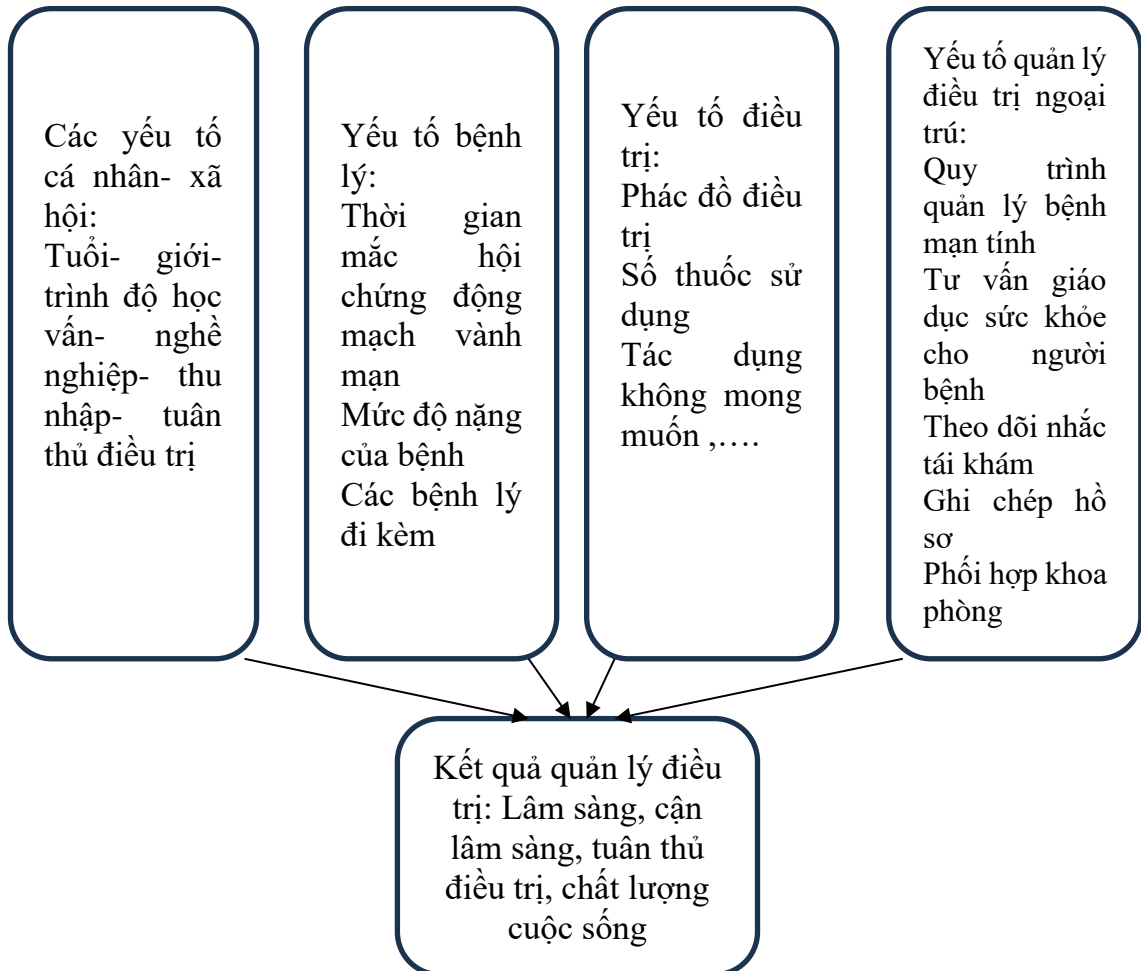
Theo Nguyễn Thị Huyền Trang năm 2023 có nhiều yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị của người bệnh sau can thiệp đặt stent mạch vành như tuổi, giới, trình độ học vấn, không bảo hiểm y tế. Nghiên cứu 268 bệnh nhân 71,65% bệnh nhân trên 60 tuổi, tỉ lệ nam:nữ xấp xỉ 2:1. Các yếu tố như tuổi, giới, trình độ học vấn và số lần đặt stent trong nghiên cứu của chúng tôi đều ảnh hưởng đến mức độ tuân thủ điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; yếu tố “không bảo hiểm y tế” có liên quan với tuân thủ điều trị thuốc kháng kết tập tiểu cầu có ý nghĩa thống kê với $OR = 5,78$ (khoảng tin cậy 95% 1,16-10,32) [11].

Ngô Đoan Duy, Trần Kim Sơn (2022). “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm ZWOLLE ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau can thiệp động mạch vành qua da”. Tỷ lệ nhồi máu cơ tim có ST chênh lên ở người trên 60 tuổi chiếm 71%, nam giới chiếm phần lớn nhóm nghiên cứu chiếm 72%. Với thói quen hút thuốc lá kéo dài là 62%. Tỷ lệ nhóm nghiên cứu có tăng huyết áp và điều trị thường xuyên là 93% ; đái tháo đường được điều trị thường xuyên là 18%. Mặc dù điều trị thường xuyên nhưng với các yếu tố nguy cơ hàng đầu đối với tim mạch , tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim vẫn cao [4].

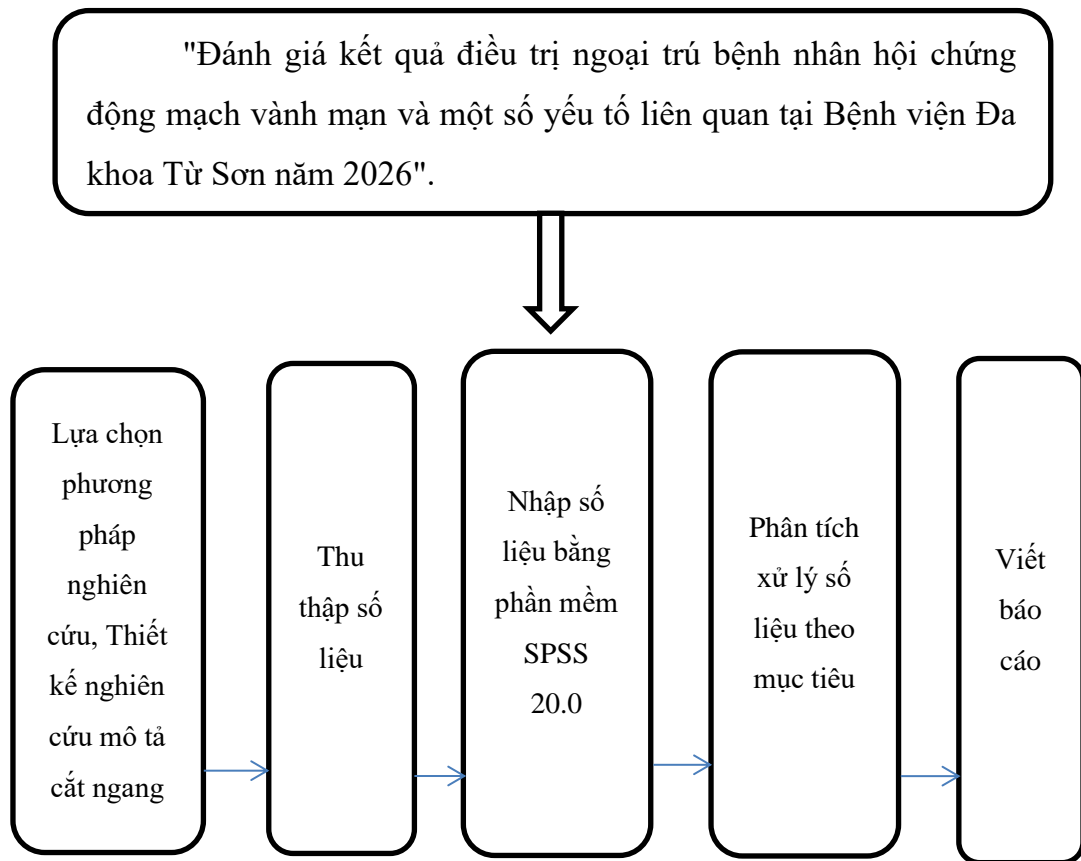
Trần Quốc Đạt và cộng sự (2023). “Khảo sát kết quả của tư vấn nhóm đối với bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Tim mạch An Giang từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022”. Trong tổng số 215 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì nam giới chiếm 82,3%, tuổi < 65 chiếm tỉ lệ 76,8%, tuổi trung bình 59 (59±23). Các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid máu, tiền sử gia đình có bệnh động mạch vành sớm đều chiếm tỷ lệ đáng kể. Tần suất đau ngực trung bình giảm khoảng >80% ở nam và >70% ở nữ sau tư vấn 6 tháng. Tần suất đau ngực trung bình của cả nhóm nghiên cứu là 8,7 cơn/tháng lúc ban đầu và kết quả của tư vấn sau 6 tháng tư vấn giảm còn 1,3 cơn/tháng (p< 0,001). Tỷ lệ nhóm nitrat tăng lên 4,7%, nhóm ức chế beta tăng lên 5,5%, nhóm trimetazidin lại tăng đến 49,3%. Tần suất đau ngực trung bình của cả nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu sau 6 tháng tư vấn giảm đáng kể. Nhóm có đái tháo đường ghi nhận đau ngực thấp hơn. Tỷ lệ thuốc điều trị cơn đau thắt ngực ảnh hưởng lên chuyển hóa tăng nhiều [5].

Việc đánh giá hiệu quả quản lý tại tuyến cơ bản, hạng II thuộc tỉnh như Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn là hướng đi mới, phù hợp với định hướng tăng cường năng lực y tế cơ sở.

1.5. Cây vấn đề



Hình 2.2. Cây vấn đề nghiên cứu



Hình 2.3. Sơ đồ nghiên cứu

1.6. Một số đặc điểm địa bàn nghiên cứu

Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn là đơn vị sự nghiệp y tế cấp cơ bản, hạng II trực thuộc Sở Y tế Bắc Ninh, có vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân trên địa bàn liên phường khu vực thành phố Từ Sơn (cũ) cũng như các khu vực lân cận của tỉnh Bắc Ninh. Bệnh viện là tuyến tiếp nhận điều trị ban đầu quan trọng, đồng thời đảm nhiệm chức năng cấp cứu, điều trị và quản lý lâu dài nhiều bệnh lý phổ biến và bệnh mạn tính không lây nhiễm.

Hiện nay, bệnh viện có quy mô tổ chức gồm 18 khoa, phòng chuyên môn, bao phủ đầy đủ các chuyên ngành cấp cứu, nội khoa, ngoại khoa, sản phụ khoa, nhi khoa, chuyên khoa, cận lâm sàng và các khoa hỗ trợ. Nhờ hệ thống chuyên môn tương đối hoàn chỉnh, bệnh viện đáp ứng tốt nhu cầu khám chữa bệnh đa

dạng của người dân, từ các bệnh lý cấp tính đến các bệnh mạn tính cần theo dõi và điều trị lâu dài. Lượng bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện hàng ngày dao động từ 800 đến 1200 lượt. Đặc biệt, bệnh viện hiện đang quản lý trên 5000 bệnh nhân bệnh lý tim mạch, trong đó có trên 250 bệnh nhân hội chứng ĐMV mạn [2].

Trong bối cảnh các khuyến cáo mới về chẩn đoán và điều trị bệnh mạch vành theo Hội Tim mạch học Việt Nam 2024 đã được cập nhật với nhiều thay đổi quan trọng về chiến lược điều trị, việc đánh giá kết quả điều trị hội chứng ĐMV mạn là hết sức cần thiết. Kết quả nghiên cứu không chỉ góp phần phản ánh thực trạng bệnh lý tim mạch tại một bệnh viện hạng 2, mà còn có ý nghĩa thực tiễn trong việc tối ưu hóa phác đồ điều trị, nâng cao hiệu quả quản lý và giảm nguy cơ tử vong cho một số lượng lớn người bệnh đang được theo dõi và điều trị tại đơn vị.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Hội chứng ĐMV mạn với các mã ICD tương ứng: I20, I25, Z95.1 đang quản lý điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn trong thời gian nghiên cứu, thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn (thuộc 6 bệnh cảnh lâm sàng theo “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Hội chứng mạch vành mạn” theo quyết định số 2248/QĐ- BYT, ban hành ngày 19/05/2023 [1] được chẩn đoán Hội chứng ĐMV mạn với các mã ICD tương ứng: I20, I25, Z95.1.

Đang được quản lý điều trị ngoại trú: Có hồ sơ bệnh án ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn và tái khám định kỳ ít nhất 2 lần liên tiếp gần đây.

Đồng ý tham gia nghiên cứu: Bệnh nhân tỉnh táo, có khả năng giao tiếp và đồng ý trả lời phỏng vấn/tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân đang có đợt cấp (Hội chứng vành cấp: Nhồi máu cơ tim cấp, Đau thắt ngực không ổn định) cần nhập viện điều trị nội trú cấp cứu.

Bệnh nhân mắc các bệnh lý nặng khác kèm theo có ảnh hưởng nghiêm trọng đến tiên lượng sống hoặc chất lượng cuộc sống (Ung thư giai đoạn cuối, Suy tim giai đoạn cuối, Suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ, Sa sút trí tuệ nặng...).

Bệnh nhân không có khả năng nghe, nói hoặc rối loạn tâm thần không thể thực hiện phỏng vấn.

Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu hoặc bỏ tái khám trong thời gian theo dõi.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn

Thời gian triển khai nghiên cứu: Từ tháng 02/2026 đến tháng 9/2026

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu.

$Z^2_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95%, trị số này là **1,96**

p: Tỷ lệ bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn đạt mục tiêu điều trị (huyết áp, mạch, mỡ máu, đường máu). Dựa theo nghiên cứu tương tự của tác giả Trần Quốc Đạt (2023) tại Bệnh viện Tim mạch An Giang, tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị chung là 83,3% ($p = 0,833$).

Δ : Sai số cho phép, nghiên cứu chọn $\Delta = 0,1$ (10%).

Thay số vào công thức:

$$n = 1,96^2 \times \frac{0,833(1-0,833)}{0,1^2} \approx 54$$

Cỡ mẫu tối thiểu là 54 bệnh nhân, hiện tại Bệnh viện đa khoa Từ Sơn đang quản lý ~ 250 bệnh nhân được chẩn đoán Hội chứng động mạch vành mạn, nhằm tăng cường tính đại diện, độ tin cậy cũng như đảm bảo tính chính xác trong việc phân tích các yếu tố liên quan, nghiên cứu sẽ lấy toàn bộ bệnh nhân điều trị ngoại trú hội chứng ĐMV mạn tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Dự kiến ~250 bệnh nhân

2.5. Cách thức chọn mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu toàn bộ, lấy toàn bộ bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng DMV mạn và được quản lý điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn thời gian từ tháng 02/2026 đến tháng 08/2026 thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng phương pháp thu thập số liệu trên hồ sơ bệnh án (Phụ lục 1).

Phương tiện thu thập: Sử dụng mẫu phiếu thu thập được thiết kế để thu thập thông tin các biến số cần nghiên cứu.

2.7. Các biến số và chỉ số nghiên cứu (Phụ lục 2)

2.8. Các khái niệm, thước đo, tiêu chuẩn đánh giá (Phụ lục 3)

2.9. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý trên phần mềm SPSS 20.0, test Chi- Squared, RISK (OR, CI), Cramer's

2.10. Đạo đức trong nghiên cứu

Đề tài được tiến hành nghiên cứu sau khi được sự đồng ý của Hội đồng khoa học Bệnh viện Đa khoa Từ Sơn và Sở Y tế Bắc Ninh.

Thực hiện khai thác thông tin trên hồ sơ bệnh án, không làm sai lệch bệnh án.

Nghiên cứu này chỉ nhằm giúp cải thiện, nâng cao trình độ chuyên môn của cán bộ trong khám chẩn đoán và điều trị cho người bệnh không nhằm một mục đích nào khác.

2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục

Sai số thu thập thông tin do người tiến hành thu thập trong hồ sơ bệnh án (bỏ sót, ghi nhầm...)

Biện pháp khắc phục: Để khống chế sai số trên cần hướng dẫn, giám sát, hỗ trợ cho người thu thập số liệu nhằm giúp cho quá trình thu thập số liệu được chính xác, đảm bảo tính trung thực, tính khoa học của số liệu được thu thập.

Chương 3. DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính

Tuổi (năm)	<i>Nhóm tuổi</i>	<i>n</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
	< 50		
	50- 69		
	≥ 70		
	Tổng		
	(Min - Max)		
	Trung bình		
Giới	<i>Đối tượng</i>	<i>n</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
	Nam		
	Nữ		
	Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.2. Đặc điểm trình độ học vấn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trình độ học vấn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm 1: Dưới THPT (Cấp 3)		
Nhóm 2: THPT và trên THPT		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.3. Đặc điểm nghề nghiệp của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nghề nghiệp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm 1: Lao động chân tay / Thở lực		
Nhóm 2: Lao động trí óc, ít lao động thể lực		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.4. Đặc điểm chỉ số khối cơ thể (BMI) (theo IDI & WPRO)

Phân loại BMI	n	%
Thiếu cân (< 18.5)		
Bình thường (18.5 - 22.9)		
Thừa cân (≥ 23)		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.5. Các yếu tố nguy cơ tim mạch và tiền sử bệnh

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá hiện tại		
Tiền sử Tăng huyết áp		
Tiền sử Đái tháo đường		
Rối loạn Lipid máu		
Tiền sử nhồi máu cơ tim		

Nhận xét:

3.2. Kết quả điều trị ngoại trú trên đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Tỷ lệ sử dụng các thuốc tim mạch

Nhóm thuốc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kháng kết tập tiểu cầu (Aspirin/Clopidogrel)		
Atorvastatin/Rosuvastatin		
Chẹn Beta giao cảm		
Ức chế men chuyển/Chẹn thụ thể AT1		
Sử dụng thuốc Trimetazidine		
Sử dụng thuốc SGLT2		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.7. Tỷ lệ tái khám của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tái khám	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tái khám đúng hẹn		
Tái khám không đúng hẹn		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.8. Mức độ đau thắt ngực theo phân độ CCS

Phân độ CCS	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Độ I (Hoạt động thể lực bình thường)		
Độ II (Hạn chế nhẹ)		
Độ III (Hạn chế đáng kể)		
Độ IV (Đau khi nghỉ)		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.9. Chỉ số mạch và huyết áp tâm thu trung bình

Chỉ số	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Min - Max
Mạch (chu kỳ/phút)		
Huyết áp tâm thu (mmHg)		

Nhận xét:

Bảng 3.10. Chỉ số Lipid máu và đường máu

Chỉ số cận lâm sàng	Giá trị trung bình
Cholesterol toàn phần (mmol/L)	

LDL-C (mmol/L)	
Glucose máu đói (mmol/L)	
HbA1C (%)	

Nhận xét:

Bảng 3.11. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị Huyết áp, mạch, đường máu và Lipid máu

Mục tiêu điều trị	Đạt mục tiêu		Không đạt mục tiêu	
	n	%	n	%
Huyết áp tâm thu				
Mạch				
LDL-C (giảm \geq 50% LDL-C nền và $<$ 1.4 mmol/l)				
HbA1C ($<$ 7.0%)/Glucose máu đói $<$ 7mmol/l				

Nhận xét:

3.3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả quản lý điều trị

Bảng 3.12: Mối liên quan giữa Tuổi, Giới tính với kết quả đạt các mục tiêu điều trị

Yếu tố liên quan	Đặc điểm	Đạt mục tiêu LDL-C	Đạt mục tiêu HA	Đạt mục tiêu Mạch	Đạt mục tiêu Đường máu	Kiểm soát Đau ngực	p	OR (95%CI)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Nhóm Tuổi	< 50							
	50 - 69							
	≥70							
Giới tính	Nam							
	Nữ							

Bảng 3.13: Mối liên quan giữa Hút thuốc, Chỉ số BMI với kết quả đạt các mục tiêu điều trị

Yếu tố liên quan	Đặc điểm	Đạt mục tiêu LDL-C	Đạt mục tiêu HA	Đạt mục tiêu Mạch	Đạt mục tiêu Đường máu	Kiểm soát Đau ngực	p	OR (95% CI)
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Hút thuốc	Có hút							
	Không hút							
Chỉ số BMI	Thiếu cân							
	Bình thường							
	Thừa cân							

Bảng 3.14: Phân tích các yếu tố liên quan đến hiệu quả kiểm soát cơn đau thắt ngực

Yếu tố ảnh hưởng	Phân loại	Đạt mục tiêu kiểm soát đau ngực	Không đạt kiểm soát đau ngực	p	OR (95%CI)
		n (%)	n (%)		
Dùng Trimetazidina	Có				
	Không				
Dùng thuốc SGLT2	Có				
	Không				
Kiểm soát LDL-C	Đạt mục tiêu				
	Không đạt				

Chương 4. DỰ KIẾN BÀN LUẬN

Theo mục tiêu và kết quả nghiên cứu

DỰ KIẾN KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Theo kết quả và bàn luận của nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

A. Tiếng Việt

1. **Bộ Y tế (2023).** *Quyết định số 2248/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Hội chứng động mạch vành mạn"*. Hà Nội: Bộ Y tế; 2023.
2. **Bệnh viện đa khoa Từ Sơn (2025).** *Báo cáo tổng hợp khám và điều trị bệnh ngoại trú năm 2025*.
3. **Nguyễn Thanh Danh (2020).** *Theo dõi tình trạng dinh dưỡng bằng chỉ số BMI*. Tài liệu hướng dẫn chuyên môn.
4. **Ngô Đoan Duy, Trần Kim Sơn (2022).** “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng tử vong của thang điểm ZWOLLE ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau can thiệp động mạch vành qua da”. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022; 46.
5. **Trần Quốc Đạt và cộng sự (2023).** “*Khảo sát kết quả của tư vấn nhóm đối với bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh Bệnh viện Tim mạch An Giang từ tháng 02/2022 đến tháng 10/2022*”. Báo cáo nghiên cứu khoa học - Bệnh viện Tim mạch An Giang. 2023.
6. **Nguyễn Thị Thu Hà và cộng sự (2021).** “*Kết quả chăm sóc điều trị người bệnh sau can thiệp động mạch vành và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2020 – 2021*”. Báo cáo nghiên cứu khoa học - Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai.
7. **Phạm Mạnh Hùng (2024).** *Lâm sàng Tim mạch học*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 2024.
8. **Nguyễn Dương Khang, Nguyễn Thanh Hiền (2025).** “*Quản lý nhồi máu cơ tim: Những hướng đi mới trong tương lai*”. *Chuyên đề Tim mạch học (Báo cáo hội nghị)*. 2025.
9. **Phan Thị May và cộng sự (2025).** “*Nghiên cứu tổng quan các mô*

hình quản lý chăm sóc người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da”. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2025.

10. **Lâm Nhựt Minh và cộng sự (2024)**. “Nghiên cứu đặc điểm và vai trò của chỉ số bệnh kèm trong điều trị chống huyết khối dựa vào thang điểm HAS-BLED ở bệnh nhân cao tuổi có rung nhĩ”. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2024; 76:181-187.

11. **Nguyễn Thị Huyền Trang (2023)**, “ Mô tả một số yếu tố liên quan đến sự tuân thủ điều trị của người bệnh sau can thiệp đặt stent mạch vành tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương năm 2023”, tạp chí y học việt nam tập 542- tháng 9 – số 1 - 2024

12. **Nguyễn Thiên Vũ và cộng sự (2020)**. “Tổng quan về tuân thủ điều trị của bệnh nhân bệnh mạch vành”. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. Số 93.

13. **Nguyễn Trần Như Ý và cộng sự (2024)**. “Phân tích chất lượng cuộc sống trước và sau can thiệp động mạch vành qua da ở người bị hội chứng vành cấp tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh”. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2024; 27(3):67-74.

B. Tiếng Anh

14. Damluji AA, Forman DE, Wang TY, et al (2023). “Management of Acute Coronary Syndrome in the Older Adult Population: A Scientific Statement From the American Heart Association”. *Circulation*. 2023; 147.

15. Paraskevaidis I, Kourek C, Tsougos E. Chronic Coronary Artery Disease: Wall Disease vs. Lumenopathy. *Biomolecules*. 2025 Jan 31;15(2):201. doi: 10.3390/biom15020201. PMID: 40001504; PMCID: PMC11852618.

16. Jing T, Wang Y, Li Y, Cui L, Liu X, Liu D, Ren C, Yin T, Zhao Z, Wang J, Han X, Wang L. Diagnosis, Treatment, and Management for Chronic Coronary Syndrome: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines and Consensus Statements. *Int J Clin Pract*. 2023 Dec 18;2023:9504108. doi:

10.1155/2023/9504108. PMID: 38146345; PMCID: PMC10749717.

17. Xie Y, Jiang J, Wang JA. Management of chronic coronary syndrome:
2024 update. JACC Asia. 2025;5(2):327-331.
doi:10.1016/j.jacasi.2024.12.004.

PHỤ LỤC 1

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN NGHIÊN CỨU

Mã bệnh nhân:

Ngày thu thập:/...../2026

Người thu thập:

A. ĐẶC ĐIỂM CHUNG

1. Họ và tên:

2. Tuổi:

3. Giới tính:

1. Nam

2. Nữ

4. Trình độ học vấn:

1. Nhóm 1: Dưới THPT (Mù chữ, Tiểu học, THCS)

2. Nhóm 2: THPT và trên THPT (Cấp 3, Trung cấp, CĐ, ĐH, Sau ĐH)

5. Nghề nghiệp:

1. Lao động chân tay/Thể lực (Nông dân, công nhân, tự do...)

2. Lao động trí óc/Ít vận động (Cán bộ, viên chức, văn phòng, buôn bán nhỏ...)

6. Chỉ số nhân trắc:

Chiều cao: (m)

Cân nặng: (kg)

BMI: (kg/m²)

7. Phân loại thể trạng (Theo IDI & WPRO):

1. Thiếu cân (BMI < 18.5)

2. Bình thường (BMI 18.5 - 22.9)

3. Thừa cân - Béo phì (BMI ≥ 23.0)

8. Tiền sử hút thuốc lá:

1. Đang hút

2. Đã bỏ (> 12 tháng)

3. Không hút

9. Bệnh lý mắc kèm:

Tiền sử Tăng huyết áp: 1. Có 2. Không

Tiền sử Đái tháo đường: 1. Có 2. Không

Tiền sử Rối loạn lipid máu: 1. Có 2. Không

10. Tiền sử Nhồi máu cơ tim: 1. Có 2. Không

11. Tiền sử can thiệp đặt Stent mạch vành:

0. Chưa đặt Stent (Điều trị nội khoa bảo tồn)

1. Đã đặt Stent

B. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

I. CÁC THUỐC ĐANG SỬ DỤNG (Theo đơn ngoại trú)

1. Thuốc Kháng kết tập tiểu cầu (Aspirin/Clopidogrel...):

1. Có sử dụng

2. Không

2. Thuốc Statin (Hạ Lipid máu):

1. Có sử dụng

2. Không

3. Thuốc Chẹn Beta giao cảm:

1. Có sử dụng

2. Không

4. Thuốc Ức chế men chuyển (ACEi) / Chẹn thụ thể (ARB):

1. Có sử dụng

2. Không

5. Thuốc Trimetazidine (Vastarel...):

1. Có sử dụng

2. Không

6. Thuốc ức chế SGLT2 (Dapagliflozin/Empagliflozin...):

1. Có sử dụng
2. Không

II. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

1. Tình hình tái khám:

1. Đúng hẹn
2. Không đúng hẹn

2. Phân độ đau thắt ngực (CCS - Hội Tim mạch Canada): (Mục tiêu: Đạt CCS độ I)

Độ I: Hoạt động thể lực bình thường không gây đau.

Độ II: Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực.

Độ III: Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực.

Độ IV: Đau khi nghỉ hoặc hoạt động nhẹ.

3. Chỉ số sinh tồn:

Huyết áp tâm thu: (mmHg)

Đánh giá theo mục tiêu (<120-129 mmHg): 1 Đạt 2. Không đạt

Tần số tim: (chu kỳ/phút)

Đánh giá theo mục tiêu (<70 l/p): 1 Đạt 2. Không đạt

4. Chỉ số xét nghiệm (Tháng gần nhất):

Cholesterol toàn phần: (mmol/L)

LDL-C (Mỡ xấu): (mmol/L)

Đánh giá theo mục tiêu (<1.4 mmol/L): 1 Đạt 2. Không đạt

Glucose máu: (mmol/L) hoặc **HbA1c:** (%)

Đánh giá theo mục tiêu (HbA1c <7%/Glucose < 7mmol/l): 1 Đạt 2. Không đạt

Xác nhận của người thu thập

(Ký và ghi rõ họ tên)

PHỤ LỤC 2

Các biến số, chỉ số nghiên cứu và một số tiêu chuẩn, thước đo đánh giá

STT	Biến số	Phân loại	Định nghĩa	Chỉ số đánh giá	Phương pháp thu thập
I. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU					
1	Tuổi	Định lượng	Số năm sống của BN tính đến thời điểm nghiên cứu	Năm (Tuổi trung bình)	Hồ sơ bệnh án
2	Giới tính	Định tính (Nhị giá)	Giới tính sinh học của bệnh nhân	Nam/ Nữ (Tỷ lệ %)	Hồ sơ bệnh án
3	Trình độ học vấn	Định tính (Thứ bậc)	Là cấp bậc học vấn cao nhất trong hệ thống giáo dục quốc dân mà đối tượng nghiên cứu đã hoàn thành và nhận văn bằng/chứng chỉ tại thời điểm tham gia nghiên cứu.	Nhóm 1: Dưới THPT (Cấp 3) bao gồm: Mù chữ, Tiểu học, THCS. Nhóm 2: THPT và trên THPT bao gồm: Cấp 3, Trung cấp, Cao đẳng, Đại học, Sau ĐH	Hồ sơ bệnh án
4	Nghề nghiệp	Biến định tính /	Là công việc chính mà đối tượng đang thực hiện để tạo ra	Nhóm 1: Lao động chân tay / Thế lực, bao	Hồ sơ bệnh án

		Biến danh định	thu nhập hoặc hoạt động chính chiếm phần lớn thời gian trong ngày (đối với người không đi làm) tại thời điểm nghiên cứu.	gồm: Nông dân, Công nhân, Thợ thủ công, Lao động tự do. Nhóm 2: Lao động trí óc, ít lao động thể lực bao gồm: Cán bộ, Viên chức, Nhân viên văn phòng, Bán nhỏ (ngồi quầy).	
5	Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Định lượng	Cân nặng (kg) chia cho bình phương chiều cao (m)		Đo trực tiếp
6	Phân loại BMI	Định tính	Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo IDI & WPRO dành cho người châu Á Mục tiêu kiểm soát	- Thiếu cân: < 18.5 - Bình thường: 18.5 - 22.9 - Thừa cân: \geq 23	Đo trực tiếp
7	Hút thuốc lá	Định tính	Tình trạng hút thuốc hiện tại của bệnh nhân	- Đang hút - Đã bỏ (>12 tháng) - Không hút	Phỏng vấn

8	Tiền sử Tăng huyết áp	Định tính	Đã được chẩn đoán THA trước đó hoặc đang dùng thuốc hạ áp	Có/ Không	Hồ sơ bệnh án
9	Tiền sử Đái tháo đường	Định tính	Đã được chẩn đoán ĐTĐ trước đó hoặc đang dùng thuốc hạ đường huyết	Có/ Không	Phỏng vấn
10	Tiền sử rối loạn lipid máu	Định tính	Đã được chẩn đoán ĐTĐ trước đó hoặc đang dùng thuốc hạ lipid máu	Có/ Không	Phỏng vấn
11	Tiền sử nhồi máu cơ tim	Định tính	Là tình trạng bệnh nhân đã từng được chẩn đoán xác định là Nhồi máu cơ tim cấp và được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án	Có/ Không	Phỏng vấn
II. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TRÊN NHÓM NGHIÊN CỨU					
1	Sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu	Định tính	BN được kê đơn Aspirin hoặc Clopidogrel (hoặc cả hai)	Có/ Không	Hồ sơ bệnh án
2	Sử dụng thuốc Statin	Định tính	BN được kê đơn nhóm thuốc Statin	Có/ Không	Hồ sơ bệnh án
3	Sử dụng thuốc Chẹn Beta	Định tính	BN được kê đơn thuốc chẹn Beta giao cảm	Có/ Không	Hồ sơ bệnh án

4	Sử dụng thuốc ỨCMC/ ARB	Định tính	BN được kê đơn thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể	Có/ Không	Hồ sơ bệnh án
5	Sử dụng thuốc Trimetazidine	Định tính	BN được kê đơn thuốc Trimetazidine	Có/ Không	Hồ sơ bệnh án
6	Sử dụng thuốc SGLT2	Định tính	BN được kê đơn thuốc SGLT2	Có/ Không	Hồ sơ bệnh án
7	Tái khám đúng hẹn	Định tính	BN đi khám lại đúng theo lịch hẹn của bác sĩ	Đúng hẹn/ Không đúng hẹn	Hồ sơ quản lý
8	Phân độ đau thắt ngực (CCS)	Định tính (Thứ bậc)	Mức độ đau ngực ổn định theo Hội Tim mạch Canada <i>Mục tiêu điều trị:</i> <i>CCS độ I (chỉ đau</i> <i>khi gắng sức rất</i> <i>nặng)</i>	- Độ I: Hoạt động thể lực bình thường không gây đau - Độ II: Hạn chế nhẹ hoạt động - Độ III: Hạn chế đáng kể hoạt động - Độ IV: Đau khi nghỉ hoặc hoạt động nhẹ	Phòng vấn & Khám Lâm sàng
9	Huyết áp tâm thu	Định lượng	Trị số huyết áp tối đa đo được khi khám <i>Mục tiêu : HATT</i> <i><120-129 mmHg</i>	mmHg	Đo trực tiếp

10	Tần số tim	Định lượng	Số lần tim đập trong một phút khi nghỉ ngơi <i>Mục tiêu < 70 nhịp/phút lúc nghỉ ngơi</i>	Chu kỳ/phút	Đo trực tiếp/ ECG
11	Chỉ số Cholesterol toàn phần	Định lượng	Nồng độ Cholesterol toàn phần trong máu tại thời điểm nghiên cứu hoặc tháng gần nhất	mmol/L	Hồ sơ (KQ Xét nghiệm)
12	Chỉ số LDL-C	Định lượng	Nồng độ Cholesterol tỷ trọng thấp (Mỡ xấu) tại thời điểm nghiên cứu hoặc tháng gần nhất <i>Mục tiêu : LDL-C <1.4 mmol/l</i>	mmol/L	Hồ sơ (KQ Xét nghiệm)
13	Chỉ số Glucose máu/ HbA1c	Định lượng	Nồng độ đường máu đói hoặc HbA1c tại thời điểm nghiên cứu hoặc tháng gần nhất <i>Mục tiêu: HbA1C <7%/ Glucose < 7mmol/l</i>	mmol/L hoặc %	Hồ sơ (KQ Xét nghiệm)

III. MỐI LIÊN QUAN MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ

1. Mối liên quan giữa tuổi, giới tính và kết quả đạt mục tiêu LDL-C.

2. Mối liên quan giữa nghề nghiệp và mức độ cải thiện triệu chứng đau ngực

3. Mối liên quan với yếu tố nguy cơ và bệnh mắc kèm

- Liên quan giữa BMI (Thừa cân/Béo phì) và Kiểm soát Huyết áp.
- Ảnh hưởng của Đái tháo đường lên kết quả đạt mục tiêu LDL-C.
- Mối liên quan giữa thói quen Hút thuốc lá và Đau ngực tái phát.

4. Mối liên quan với phác đồ điều trị

- Hiệu quả kiểm soát đau ngực giữa nhóm "Đơn trị liệu" và "Phối hợp thuốc sớm".
- Mối liên quan giữa việc sử dụng Statin cường độ cao và Tỷ lệ đạt đích LDL-C.
- Mối liên quan giữa việc sử dụng Trimetazidina và SGLT2 trong việc cải thiện triệu chứng đau ngực

PHỤ LỤC 3

Thang phân loại của Hiệp hội Đái tháo đường các nước Châu Á (IDI & WPRO) dành cho người Châu Á

Phân loại	WHO BMI (kg/m ²)	IDI & WPRO BMI (kg/m ²)
Gầy độ 3	< 16	< 16
Gầy độ 2	16 - 16.9	16 - 16.9
Gầy độ 1	17 - 18.4	17 - 18.4
Bình thường	18.5 - 24.9	18.5 - 22.9
Tiền béo phì (Thừa cân)	25 - 29.9	23 - 24.9
Béo phì độ I	30 - 34.9	25 - 29.9
Béo phì độ II	35 - 39.9	≥ 30
Béo phì độ III	≥ 40	

PHỤ LỤC 4

Bảng ICD chẩn đoán – ICD 10

Bệnh cảnh lâm sàng	Mã ICD-10 gợi ý
1. Bệnh nhân có đau thắt ngực/khó thở do nghi ngờ bệnh ĐMV (Đau thắt ngực ổn định)	I20.8 hoặc I20.9, I25.1
2. Suy tim mạn tính do nguyên nhân thiếu máu cục bộ	I25.5
3. Tiền sử hội chứng vành cấp/đã tái thông mạch	I25.2, Z95.1
4. Đau thắt ngực không tắc nghẽn (ANOCA/INOCA) (Rối loạn vi mạch/co thắt)	I20.1, I20.8
5. Không triệu chứng (Sàng lọc phát hiện bệnh)	I25.6

Mục tiêu điều trị trong hội chứng động mạch vành mạn:

Mục tiêu điều trị: CCS độ I (chỉ đau khi gắng sức rất nặng) [7].

Mục tiêu < 70 nhịp/ phút lúc nghỉ ngơi [7].

Mục tiêu HATT < 120-129 mmHg [7].

Mục tiêu HbA1C < 7% [7].

Mục tiêu LDL-C < 1.4 mmol/l [7].

PHỤ LỤC 5
DANH SÁCH BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

STT	Số BA	Họ Và Tên	Giới Tính	Tuổi	Địa Chỉ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					

PHỤ LỤC 6
DỰ TRÙ KINH PHÍ NGHIÊN CỨU

TT	NỘI DUNG CHI	TỔNG TIỀN (VNĐ)
1	Điều tra thu thập số liệu	2.000.000
2	In ấn tài liệu, văn phòng phẩm	2.000.000
3	Chi phí phát sinh khác	1.000.000
Tổng cộng		5.000.000

(Bảng chữ: Năm triệu đồng chẵn)