

- epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial. *Lancet Lond Engl.* 2019;393(10184):1948-1957.
- 4. Stomach (Gastric) Cancer Survival Rates.** Accessed March 5, 2025. <https://www.cancer.org/cancer/types/stomach-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html>.
 - 5. Abrahao-Machado LF, Scapulatempo-Neto C.** HER2 testing in gastric cancer: An update. *World J Gastroenterol.* 2016;22(19):4619-4625.
 - 6. Jørgensen JT, Hersom M.** HER2 as a Prognostic Marker in Gastric Cancer - A Systematic Analysis of Data from the Literature. *J Cancer.* 2012;3:137-144.
 - 7. Bang YJ, Cutsem EV, Feyereislova A, et al.** Trastuzumab in combination with chemotherapy versus chemotherapy alone for treatment of HER2-positive advanced gastric or gastro-oesophageal junction cancer (ToGA): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *The Lancet.* 2010;376(9742):687-697.
 - 8. Chan Thi Thuy Linh, Pham Tuan Anh, Le Van Quang.** Kết quả điều trị trastuzumab kết hợp hóa trị UTDD giai đoạn muộn. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2023.
 - 9. Quách Thị Dung, Vũ Hồng Thăng.** Đánh giá kết quả điều trị TS-1 và oxaliplatin trong UTDD giai đoạn muộn tại bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2022.
 - 10. Nguyễn Văn Hùng, Vũ Hồng Thăng.** Đánh giá kết quả điều trị duy trì UTDD tái phát di căn bằng phác đồ FOLFIRI. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2018.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN BỆNH CƠ TIM THÂM NHIỄM AMYLOID CHUỖI NHẹ

Bùi Thế Dũng¹, Trần Thị Xuân Anh¹, Nguyễn Thanh Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm rối loạn nhịp tim và đánh giá kết cục tử vong ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ (AL-CA). **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu thực hiện trên 30 bệnh nhân AL-CA điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 7/2017 đến tháng 1/2025. Các thông tin được thu thập bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, loại rối loạn nhịp tim, thời gian sống còn và tình trạng tử vong. Phân tích số liệu sử dụng các phương pháp thống kê phù hợp để so sánh giữa các nhóm. **Kết quả:** Trong số 30 bệnh nhân, có 20 trường hợp (66,7%) ghi nhận rối loạn nhịp tim, trong đó 50% mắc đồng thời từ hai loại rối loạn nhịp trở lên. Rối loạn nhịp thất là phổ biến nhất (56,7%), tiếp theo là suy nút xoang (23,3%) và rung nhĩ (13,3%). Nhóm có rối loạn nhịp với tỷ lệ tử vong 95,0%, cao hơn đáng kể so với 60,0% ở nhóm không rối loạn nhịp ($p = 0,03$). Thời gian sống trung vị của nhóm có và không rối loạn nhịp lần lượt là 3 và 5 tháng. Trong thời gian theo dõi trung bình 36 tháng, bốn bệnh nhân không rối loạn nhịp còn sống, bao gồm một trường hợp sống đến 89 tháng, trong khi nhóm rối loạn nhịp chỉ còn một bệnh nhân sống dài hạn 133 tháng. Tỷ lệ tử vong chung của loạt ca là 83,3% (25/30). **Kết luận:** Rối loạn nhịp tim là biến chứng phổ biến và là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân AL-CA. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát, phát hiện sớm và quản lý tích cực rối loạn nhịp nhằm cải thiện kết cục cho bệnh nhân.

Từ khóa: amyloidosis, rối loạn nhịp tim.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS IN PATIENTS WITH LIGHT-CHAIN CARDIAC AMYLOIDOSIS

Objective: To describe the characteristics of cardiac arrhythmias and evaluate mortality outcomes in patients with light-chain cardiac amyloidosis (AL-CA). **Methods:** A retrospective case series was conducted on 30 AL-CA patients treated at University Medical Center Ho Chi Minh City from July 2017 to January 2025. Clinical and paraclinical characteristics, types of arrhythmias, survival time, and mortality data were collected and analyzed. Appropriate statistical methods were used to compare between groups. **Results:** Among 30 patients, 20 cases (66.7%) exhibited cardiac arrhythmias, of which 50% presented with two or more concurrent types of arrhythmias. Ventricular arrhythmias were the most common (56.7%), followed by sick sinus syndrome (23.3%) and atrial fibrillation (13.3%). The arrhythmia group had a mortality rate of 95.0%, which was significantly higher than 60.0% in the non-arrhythmia group ($p = 0.03$). Median survival was 3 months in patients with arrhythmias and 5 months in those without. During a median follow-up of 36 months, four patients without arrhythmias remained alive, including one who survived up to 89 months, whereas only one patient with arrhythmias achieved long-term survival of 133 months. Overall mortality for the cohort was 83.3% (25/30). **Conclusion:** Cardiac arrhythmias are common and represent an adverse prognostic factor in patients with AL-CA. The findings underscore the importance of early detection, prompt intervention, and multidisciplinary management of arrhythmias to improve patient outcomes.

Keywords: amyloidosis, arrhythmia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp tim là biến chứng thường gặp

và là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ (Light-chain cardiac amyloidosis, AL-CA). Sự lắng đọng amyloid trong cơ tim và hệ thống dẫn truyền làm tăng nguy cơ xuất hiện nhiều loại rối loạn nhịp nguy hiểm như rung nhĩ, rối loạn nhịp thất, block nhĩ thất và suy nút xoang. Những rối loạn nhịp này không chỉ làm nặng thêm tình trạng suy tim mà còn góp phần vào các biến cố nghiêm trọng như đột tử hoặc nhập viện cấp cứu [1],[2],[3]. Các nghiên cứu quốc tế đã mô tả khá đầy đủ đặc điểm rối loạn nhịp tim ở AL-CA, ghi nhận tỷ lệ cao cũng như sự đa dạng về kiểu loại rối loạn nhịp [1],[4]. Tuy nhiên, dữ liệu thực tế tại Việt Nam hiện còn rất hạn chế và chưa có báo cáo loạt ca nào. Việc nhận diện sớm và mô tả chi tiết các đặc điểm rối loạn nhịp ở nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa quan trọng, góp phần nâng cao hiệu quả theo dõi, điều trị và cải thiện kết cục lâm sàng. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu này tập trung đánh giá tỷ lệ, kiểu loại và kết cục của rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân AL-CA tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM, qua đó cung cấp bằng chứng thực tiễn đầu tiên tại Việt Nam về bệnh cảnh hiếm gặp và thách thức này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca hồi cứu, tiến hành tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 7/2017 đến tháng 1/2025.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ (AL-CA) theo lược đồ chẩn đoán của Khoa Nội Tim mạch, có xác nhận lắng đọng amyloid chuỗi nhẹ trên mô bệnh học, điều trị tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Tiêu chí chọn mẫu: Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa tất cả các điều kiện sau: Có triệu chứng suy tim kèm đặc điểm siêu âm tim gợi ý (độ dày thành thất trái ≥ 12 mm, giảm phân suất tống máu hoặc dấu hiệu đặc hiệu trên CMR). Sinh thiết mô hoặc xét nghiệm miễn dịch huyết thanh xác định lắng đọng amyloid chuỗi nhẹ. Hồ sơ bệnh án đầy đủ và đồng ý sử dụng dữ liệu cho nghiên cứu.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu: Sử dụng mẫu thuận tiện, gồm toàn bộ các NB đủ tiêu chuẩn trong giai đoạn nghiên cứu.

2.5. Biến số nghiên cứu chính

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới, phân độ suy tim NYHA, tiền sử tăng huyết áp, bệnh mạch vành.

+ Chỉ số sinh học: Troponin I/T, BNP, NT-proBNP, GFR, Albumin, chuỗi nhẹ Kappa/Lambda.

+ Điện tâm đồ và nhịp tim: rung nhĩ, ngoại

tâm thu thất, nhịp nhanh thất, rung thất, block nhĩ thất, block nhánh, suy nút xoang.

+ Siêu âm tim: bề dày vách liên thất và thành sau thất trái, EF, khối lượng thất trái, chỉ số thể tích nhĩ trái, chức năng tâm trương, GLS thất trái, chức năng thất phải.

+ Kết cục: tử vong do mọi nguyên nhân và thời gian sống còn.

2.6. Kiểm soát sai lệch: Thu thập dữ liệu khách quan từ hồ sơ y tế chính thức. Định nghĩa rõ ràng các biến số. Kiểm tra chéo dữ liệu bởi nhóm nghiên cứu.

2.7. Thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập bằng Excel 2013 và xử lý trên SPSS 26.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM phê duyệt. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp điều trị; thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

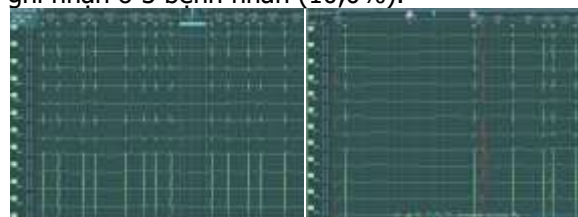
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ và kiểu loại rối loạn nhịp tim

Bảng 1. Tần suất các loại rối loạn nhịp tim ở NB AL-CA (N=30)

Loại rối loạn nhịp	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Suy nút xoang	7	23,3
Rung nhĩ	4	13,3
Block nhánh trái	5	16,7
Block nhĩ thất độ III	3	10,0
Ngoại tâm thu thất	9	30,0
Nhanh thất/rung thất	8	26,7
Không rối loạn nhịp	10	33,3

Nhận xét: Trong tổng số 30 bệnh nhân AL-CA, 20 trường hợp (66,7%) ghi nhận ít nhất một dạng rối loạn nhịp tim. Trong số này, 10 bệnh nhân có từ hai loại rối loạn nhịp trở lên, phản ánh sự phức tạp của tổn thương điện học trong bệnh cảnh amyloidosis. Rối loạn nhịp thất chiếm ưu thế với tỷ lệ 56,7%, trong đó ngoại tâm thu thất là loại thường gặp nhất (30,0%), theo sau là nhịp nhanh thất hoặc rung thất (26,7%). Rối loạn nhịp nhĩ xuất hiện ở 36,7% trường hợp, chủ yếu là hội chứng suy nút xoang (23,3%) và rung nhĩ (13,3%). Ngoài ra, block nhĩ thất độ III được ghi nhận ở 3 bệnh nhân (10,0%).



Hình 1. Hội chứng suy nút xoang ở người bệnh AL-CA



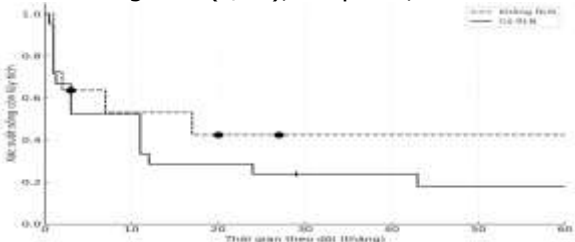
Hình 2. Block nhánh trái và điện thế ngoại biên thấp ở người bệnh AL-CA

3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng và kết cục giữa nhóm có và không rối loạn nhịp

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và kết cục giữa hai nhóm

Đặc điểm	Có RLN (n=20)	Không RLN (n=10)	p-value
Tuổi (trung bình ± SD)	66,9 ± 11,1	61,0 ± 12,0	0,20
Nam giới (%)	1 (5,0)	4 (40,0)	0,04
Troponin T (ng/mL)	255,9 ± 448,9	223,5 ± 279,9	0,81
NT-proBNP (pg/mL)	17.264,0 ± 24.545,8	15.758,6 ± 15.048,1	0,76
EF (%)	53,3 ± 12,8	49,7 ± 8,6	0,34
FAC giảm (%)	35,0	30,0	0,79
Tử vong (%)	19 (95,0)	6 (60,0)	0,03

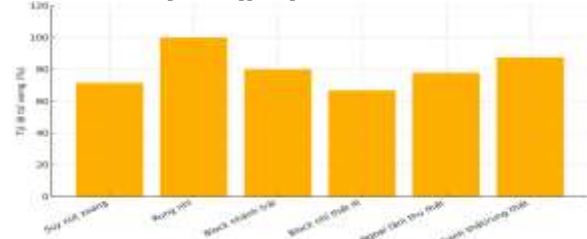
Nhận xét: Khi so sánh giữa nhóm có rối loạn nhịp (n = 20) và nhóm không có rối loạn nhịp (n = 10), ghi nhận một số điểm nổi bật (bảng 2): Tuổi trung bình cao hơn ở nhóm có rối loạn nhịp (66,9 ± 11,1 vs. 61,0 ± 12,0; p = 0,198). Tỷ lệ nam giới thấp hơn đáng kể ở nhóm có rối loạn nhịp (5,0% vs. 40,0%; p = 0,04). Troponin T và NT-proBNP đều cao ở cả hai nhóm nhưng không khác biệt có ý nghĩa. EF và FAC tương tự giữa hai nhóm (p > 0,05). Tỷ lệ tử vong chung là 83,3% (25/30). Tỷ lệ tử vong lần lượt là 95,0% ở nhóm RLN (19/20) và 60,0% ở nhóm không RLN (6/10), với p = 0,03.



Hình 3. Biểu đồ Kaplan-Meier sống còn giữa 2 nhóm bệnh nhân AL-CA

Nhận xét: Phân tích Kaplan-Meier cho thấy nhóm bệnh nhân có rối loạn nhịp (RLN) tử vong sớm và nhiều hơn rõ rệt so với nhóm không RLN. Thời gian sống trung vị của nhóm RLN là 3 tháng, trong khi nhóm không RLN là 5 tháng. Trong thời gian theo dõi trung bình 36 tháng, nhóm không RLN có 4 bệnh nhân còn sống, trong đó có một bệnh nhân sống sau 89 tháng theo dõi. Nhóm RLN chỉ có một bệnh nhân còn sống tại thời điểm cuối theo dõi (133 tháng).

3.3. Tử vong và thời gian sống còn theo nhóm rối loạn nhịp cụ thể



Hình 4. Tỷ lệ tử vong theo loại rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân AL-CA

Bảng 3. Tử vong và thời gian sống còn ở các nhóm rối loạn nhịp

Nhóm rối loạn nhịp	Thời gian sống còn trung vị (tháng)	IQR (tháng)
Suy nút xoang	4,0	2–7
ECG rung nhĩ	3,5	1–7
Block nhánh trái	3,0	1–6
Block nhĩ thất độ III	3,0	2–4,5
Ngoại tâm thu thất	3,0	1–8
Nhanh thất/rung thất	2,5	1–5

Nhận xét: Bệnh nhân rung nhĩ, nhịp nhanh thất/rung thất chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất, thời gian sống còn thấp nhất.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm rối loạn nhịp thất. Trong nghiên cứu này, rối loạn nhịp thất chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%), bao gồm cả ngoại tâm thu thất đơn giản và các loạn nhịp thất ác tính như nhịp nhanh thất và rung thất. Điều này phản ánh mức độ tổn thương nặng nề của hệ thống dẫn truyền thất ở bệnh nhân AL-CA. Lắng đọng amyloid tại các vùng quanh hệ thống Purkinje và mô thất không chỉ làm rối loạn hoạt động điện học mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho sự hình thành các vòng vào lại (reentry), dẫn tới các loạn nhịp thất nguy hiểm [2],[5]. Sự hiện diện của loạn nhịp thất ác tính có liên quan mật thiết đến nguy cơ đột tử và tỷ lệ tử vong sớm [2],[4],[5]. Các nghiên cứu lớn cũng chỉ ra rằng tiến trình lắng đọng amyloid ở AL-CA thường diễn ra nhanh và sâu hơn ATTR, dẫn tới nguy cơ xuất hiện loạn nhịp thất cao hơn, cũng như tăng tỷ lệ đột tử và tử vong không hồi phục [4],[5]. Bên cạnh đó, tổn thương tế bào cơ tim và mô kẽ do amyloid còn thúc đẩy xơ hóa lan tỏa và rối loạn chuyển hóa ion, làm nền điện học thất mất ổn định, càng làm tăng nguy cơ các rối loạn nhịp thất phức tạp [2],[5]. Theo tổng kết từ các nghiên cứu quốc tế, tỷ lệ loạn nhịp thất ở AL-CA dao động từ 45% đến 65%, trong đó đột tử do

loạn nhịp thất chiếm khoảng một phần ba các trường hợp tử vong [5].

4.2. Đặc điểm rối loạn nhịp nhĩ. Tỷ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp (13,3%) nhưng lại liên quan đến tỷ lệ tử vong 100%, củng cố nhận định rằng đây là yếu tố tiên lượng cực kỳ xấu ở AL-CA. Một số nghiên cứu quốc tế cho rằng bệnh nhân AL-CA thường có thời gian sống còn ngắn, do đó ít xuất hiện rung nhĩ kéo dài như ở các thể amyloidosis khác [3]. Ngoài nguyên nhân do giãn nhĩ, sự lắng đọng amyloid trực tiếp trong mô nhĩ có thể gây xơ hóa và thay đổi cấu trúc vi mô của cơ nhĩ, làm gia tăng nguy cơ hình thành các ổ hoạt động điện bất thường, dẫn tới rung nhĩ hoặc cuồng nhĩ [1],[3]. Đặc biệt, ở nhóm bệnh nhân đã có suy tim nền, sự xuất hiện rung nhĩ càng làm tăng nguy cơ huyết khối, tắc mạch và biến chứng suy tim mất bù, góp phần làm xấu thêm kết cục [3]. Sự phối hợp giữa rung nhĩ và rối loạn huyết động do suy tim trong AL-CA có thể tạo ra vòng xoắn bệnh lý, làm tăng nguy cơ tử vong sớm ở nhóm bệnh nhân này.

4.3. Rối loạn dẫn truyền và block nhĩ thất. Block nhĩ thất độ III xuất hiện ở 10% bệnh nhân trong nghiên cứu này, không phải là tỷ lệ nhỏ đối với một bệnh cảnh hiểm gặp. Sự xâm lấn của amyloid vào hệ thống dẫn truyền trung tâm, bao gồm nút nhĩ thất và bó His, làm gia tăng nguy cơ block các mức độ cũng như suy nút xoang [1],[6]. Nhiều nghiên cứu quốc tế ghi nhận tỷ lệ block nhĩ thất ở AL-CA dao động 5–15%, trong đó nhiều trường hợp phải cấy máy tạo nhịp sớm nhằm phòng ngừa các biến chứng nguy hiểm [6]. Gần đây, vai trò của thiết bị hỗ trợ nhịp như máy tạo nhịp vĩnh viễn hoặc máy phá rung cấy dưới da (ICD) ngày càng được nhấn mạnh trong quản lý bệnh nhân AL-CA, đặc biệt ở các trường hợp có block dẫn truyền hoặc nguy cơ đột tử do loạn nhịp thất [5],[6]. Tuy nhiên, việc chỉ định ICD cho bệnh nhân AL-CA còn nhiều tranh cãi do tỷ lệ tử vong do tiến triển bệnh nền cao, nên khuyến cáo chỉ cấy ICD cho các trường hợp có tiên lượng sống còn đủ dài [2],[5].

4.4. Mối liên quan giữa rối loạn nhịp và tử vong. Kết quả sống còn của nghiên cứu cho thấy rối loạn nhịp (RLN) là một yếu tố tiên lượng xấu rõ rệt ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ. Nhóm có RLN có tỷ lệ tử vong gần như tuyệt đối (95%), trong khi nhóm không RLN có tỷ lệ tử vong thấp hơn (60%). Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$ khẳng định mối liên quan mạnh giữa rối loạn nhịp và tử vong sớm. Điều này khẳng định biểu hiện rối loạn điện học

đóng vai trò là yếu tố tiên lượng đặc biệt xấu ở bệnh nhân AL-CA. Kết quả phân tích sống còn Kaplan-Meier cho thấy bệnh nhân có RLN tử vong sớm và nhiều hơn so với bệnh nhân không RLN. Thời gian sống trung vị của nhóm RLN chỉ 3 tháng, trong khi nhóm không RLN là 5 tháng. Đường Kaplan-Meier giảm mạnh trong 6 tháng đầu ở nhóm RLN, phản ánh nguy cơ tử vong sớm rất cao. Trong khi đó, nhóm không RLN có bốn bệnh nhân còn sống đến thời điểm cuối theo dõi, bao gồm một bệnh nhân sống 89 tháng. Đáng chú ý, nhóm RLN chỉ còn một bệnh nhân sống dài hạn (133 tháng), phản ánh rằng mặc dù RLN là yếu tố tiên lượng xấu, vẫn tồn tại những trường hợp sống kéo dài hiếm gặp. Những kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, trong đó RLN, đặc biệt là rối loạn nhịp thất ác tính và rung nhĩ, được xem là yếu tố dự báo tử vong sớm ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ [4],[5],[6]. Kết quả tử loạt ca đầu tiên tại Việt Nam này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát, phát hiện và quản lý sớm rối loạn nhịp tim. Việc phối hợp điều trị đa chuyên khoa, bao gồm tim mạch, huyết học và hồi sức tích cực, có thể góp phần giảm tử vong sớm và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân AL amyloidosis. Một số nghiên cứu quốc tế lớn cũng khuyến cáo rằng việc tầm soát, phát hiện sớm và kiểm soát các loạn nhịp tim ở bệnh nhân AL-CA là cực kỳ quan trọng nhằm giảm tỷ lệ đột tử, cải thiện chất lượng sống và kéo dài thời gian sống còn cho bệnh nhân [2],[4]. Đặc biệt, cần đánh giá thường quy bằng Holter ECG, siêu âm tim, và phối hợp đa chuyên khoa trong quản lý bệnh nhân, đồng thời cập nhật các phác đồ điều trị mới nhất để tối ưu kết quả điều trị [7],[8].

V. KẾT LUẬN

Rối loạn nhịp tim là biểu hiện thường gặp và có giá trị tiên lượng xấu ở bệnh nhân cơ tim thâm nhiễm amyloid chuỗi nhẹ. Rối loạn nhịp xuất hiện ở 66,7% tổng số bệnh nhân, với tỷ lệ tử vong 95%, cao hơn đáng kể so với 60% ở nhóm không rối loạn nhịp ($p = 0,031$). Thời gian sống trung vị lần lượt là 3 tháng và 5 tháng cho nhóm có và không có rối loạn nhịp. Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát và quản lý sớm rối loạn nhịp tim, phối hợp đa chuyên khoa, nhằm giảm tử vong sớm và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân AL-CA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garcia-Pavia P, Rapezzi C, Adler Y, et al. Diagnosis and treatment of cardiac amyloidosis: a position statement of the ESC Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. European

- Heart Journal. 2021;42(16):1554–1568. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab072>
- Kittleson M, Ruberg F, et al.** 2023 ACC Expert Consensus Decision Pathway on Comprehensive Multidisciplinary Care for the Patient With Cardiac Amyloidosis. *Journal of the American College of Cardiology*. 2023 Mar, 81(11):1076–1126. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.11.022>
 - Longhi S, Quarta CC, Milandri A, et al.** Atrial fibrillation in amyloidotic cardiomyopathy: prevalence, incidence, risk factors and prognostic role. *Amyloid*. 2015;22(3):147-155.
 - López-Ponce de León JD, Granados-Álvarez S, et al.** A case series of patients with cardiac amyloidosis evaluated at a Colombian university hospital. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2025. doi:10.3389/fcvm.2025.1487717.
 - Miyamoto M, Nakamura K, et al.** Prevalence and Treatment of Arrhythmias in Patients With Transthyretin and Light-Chain Cardiac Amyloidosis. *Circulation Reports*. 2023;5:298–305.
 - Muchtar E, Lin G, Grogan M.** The Challenges in Chemotherapy and Stem Cell Transplantation for Light-Chain Amyloidosis. *Canadian Journal of Cardiology*. 2020 Mar;36(3): 384-395. doi: 10.1016/j.cjca.2019.11.032.
 - Mussinelli R, Salinaro F, Alogna A, et al.** Diagnostic and prognostic value of low QRS voltages in cardiac AL amyloidosis. *Annals of Noninvasive Electrocardiology*. 2013;18(3):271-280.
 - Palladini G, Merlini G.** What is new in diagnosis and management of light chain amyloidosis? *Blood*. 2016 Jul 14;128(2):159-68. doi: 10.1182/blood-2016-01-629790.

PHẪU THUẬT TRƯỢT ĐỐT SỐNG HAI TẦNG BẰNG VÍT QUA DA VÀ HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT LỖI SAU: KẾT QUẢ LÂM SÀNG VÀ MỨC ĐỘ CẢI THIỆN CÂN BẰNG CỘT SỐNG – KHUNG CHẬU

Trần Tuấn Anh^{1,2}, Nguyễn Vũ^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật, khả năng phục hồi cân bằng cột sống – khung chậu (spinopelvic alignment) ở bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng hai tầng được điều trị bằng vít qua da và hàn xương liên thân đốt lõi sau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 34 bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2020–2025. Thu thập số liệu, so sánh các triệu chứng trước và sau phẫu thuật, đánh giá kết quả phẫu thuật, khả năng phục hồi cân bằng cột sống – khung chậu. **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình 54,2 ± 11,5 năm, số bệnh nhân nữ chiếm 79,4%, thời gian nằm viện trung bình: 10,9 ± 3,6 ngày, điểm VAS lưng giảm từ 7,24 ± 0,61 xuống 2,00 ± 0,65 (p < 0,05), điểm VAS chân giảm từ 7,26 ± 0,62 xuống 1,85 ± 0,50 sau mổ (p < 0,05), điểm ODI trung bình trước mổ là 54,2 ± 11,6% giảm xuống 15,4 ± 9,2% sau mổ (p < 0,05). Chỉ số PI – LL mismatch giảm giảm từ 24,6 ± 11,0 xuống 18,6 ± 9,4 (p < 0,001) cho thấy xu hướng hồi phục cân bằng cột sống – khung chậu, bệnh nhân đạt PI–LL mismatch ≤ 10° sau mổ: 6/34 (17,6%). **Kết luận:** Phẫu thuật vít qua da và hàn xương liên thân đốt lõi sau cho kết quả giảm đau và cải thiện chức năng rõ rệt, phục hồi hiệu quả spinopelvic alignment, góp phần rút ngắn thời gian

nằm viện và giảm thiểu biến chứng. **Từ khóa:** Trượt đốt sống hai tầng; vít qua da; hàn xương liên thân đốt; MIS TLIF; cân bằng cột sống–khung chậu

SUMMARY

DOUBLE-LEVEL LUMBAR PONDYLOLISTHESIS SURGERY VIA PERCUTANEOUS PEDICLE SCREW FIXATION AND POSTERIOR INTERBODY FUSION: CLINICAL OUTCOMES AND SPINOPELVIC ALIGNMENT IMPROVEMENT

Objectives: To evaluate the surgical outcomes and restoration of spinopelvic alignment in patients with double-level lumbar spondylolisthesis treated via percutaneous pedicle screws and posterior lumbar interbody fusion. **Methods:** A combined retrospective and prospective study was conducted on 34 patients (mean age 54.2 ± 11.5 years; 79.4% female) who underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital between 2020 and 2025. Data on clinical symptoms, functional status (ODI), pain scores (VAS for back and leg), length of hospital stay, spinopelvic parameters (PI–LL mismatch, PT, SS), fusion rates, and complications were collected preoperatively and at 6 months postoperatively. Statistical analysis was performed using paired t-tests (p < 0.05 significance). **Results:** The average hospital stay was 10.9 ± 3.6 days. Mean back VAS decreased from 7.24 ± 0.61 to 2.00 ± 0.65 (p < 0.05), and leg VAS from 7.26 ± 0.62 to 1.85 ± 0.50 (p < 0.05). ODI improved from 54.2 ± 11.6% to 15.4 ± 9.2% (p < 0.05). PI–LL mismatch reduced from 24.6 ± 11.0° to 18.6 ± 9.4° (p < 0.001), with 6/34 patients (17.6%) achieving PI–LL ≤ 10° postoperatively. **Conclusion:** Percutaneous TLIF achieves significant pain relief and functional improvement, effectively restores spinopelvic

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ

Email: nguyenvu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025