

6. **Đào Thị Quỳnh Nga.** So sánh kết quả xét nghiệm creatinin huyết tương bằng phương pháp enzym và phương pháp Jaffe trên máy sinh hóa tự động AU480. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2022; 26(4): 105–111.
7. **International Organization for Standardization (ISO).** ISO 20914:2019

Medical laboratories - Practical guidance for the estimation of measurement uncertainty. Geneva: ISO; 2019.

8. **International Organization for Standardization (ISO).** ISO 15189:2022 Medical laboratories - Requirements for quality and competence. Geneva: ISO; 2022.

KHẢO SÁT SỰ LIÊN QUAN CỦA TÌNH TRẠNG LO ÂU CĂNG THẲNG VỚI MỨC ĐỘ ĐÁP ỨNG VIÊM VÀ ĐỘNG MẠCH VÀNH THỦ PHẠM Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Trần Thị Hương Thủy¹, Trần Thị Ý Nhi¹,
Nguyễn Văn Anh¹, Nguyễn Đức Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng lo âu căng thẳng với đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 98 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Quân y 175 (6/2024–5/2025). Căng thẳng và trầm cảm được đánh giá bằng thang PSS-10 và PHQ-9. Các chỉ số viêm gồm NLR, PLR; động mạch thủ phạm được xác định qua chụp mạch vành. Phân tích thống kê bằng kiểm định Spearman, ANOVA và Kruskal–Wallis. **Kết quả:** Tuổi trung bình $63,3 \pm 10,3$; nam giới chiếm 59,2%. Tăng huyết áp 78,6%, đái tháo đường 44,9%, rối loạn lipid máu 63,3%. Điểm PSS-10 trung bình $18,1 \pm 2,0$ (mức căng thẳng trung bình); 14,3% có trầm cảm nhẹ theo PHQ-9. Giá trị trung bình NLR $2,97 \pm 2,20$, PLR $134,5 \pm 57,6$. Động mạch thủ phạm: LAD 45,9%, RCA 35,7%, LCx 17,3%, LM-LAD 1,0%. Phân tích Spearman cho thấy không có tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 với NLR và PLR ($p > 0,05$). So sánh giữa các nhóm LAD, RCA, LCx cũng không ghi nhận sự khác biệt về điểm PSS-10 và PHQ-9 ($p > 0,05$). **Kết luận:** Căng thẳng tâm lý và trầm cảm nhẹ là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên, nghiên cứu này không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa điểm PSS-10/PHQ-9 với các chỉ số viêm (NLR, PLR) cũng như với vị trí động mạch thủ phạm. Việc sàng lọc và can thiệp tâm lý sớm vẫn cần thiết nhằm nâng cao chất lượng sống và tuân thủ điều trị. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp, căng thẳng, trầm cảm, NLR, PLR, động mạch thủ phạm.

SUMMARY

INVESTIGATING THE LINK BETWEEN PSYCHOLOGICAL STRESS, INFLAMMATORY

¹Bệnh viện Quân Y 175, TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Khánh

Email: Khanh.Nguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 2.10.2025

RESPONSE, AND CULPRIT CORONARY

ARTERY IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Objective: To investigate the association between psychological stress and anxiety with inflammatory response and culprit coronary artery in patients with acute myocardial infarction (AMI). **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 98 AMI patients undergoing percutaneous coronary intervention at Military Hospital 175 (June 2024–May 2025). Psychological stress and depression were assessed using the Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). Inflammatory markers included neutrophil-to-lymphocyte ratio (NLR) and platelet-to-lymphocyte ratio (PLR). The culprit artery (LAD, RCA, LCx) was identified by coronary angiography. Statistical analysis was performed using Spearman correlation, ANOVA, and Kruskal–Wallis test. **Results:** The mean age was $63,3 \pm 10,3$ years; 59,2% were male. Hypertension was present in 78,6%, diabetes in 44,9%, and dyslipidemia in 63,3%. The mean PSS-10 score was $18,1 \pm 2,0$ (moderate stress level); 14,3% had mild depression by PHQ-9. The mean NLR was $2,97 \pm 2,20$ and PLR was $134,5 \pm 57,6$. The culprit artery distribution was LAD 45,9%, RCA 35,7%, LCx 17,3%, and LM-LAD 1,0%. Spearman correlation showed no significant association between PSS-10/PHQ-9 scores and NLR or PLR ($p > 0,05$). No significant differences in PSS-10 and PHQ-9 scores were observed among LAD, RCA, and LCx groups ($p > 0,05$). **Conclusions:** Psychological stress and mild depressive symptoms are common in AMI patients. However, no significant association was found between stress/depression scores and inflammatory markers (NLR, PLR) or culprit artery location. Early psychological screening and intervention remain necessary to improve quality of life and treatment adherence.

Keywords: acute myocardial infarction, stress, depression, NLR, PLR, culprit coronary artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân hàng

đầu gây tử vong toàn cầu, với gánh nặng gia tăng nhanh chóng tại các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp, trong đó có Việt Nam^{1,2}. Nhờ sự tiến bộ của kỹ thuật can thiệp động mạch vành qua da (PCI), tiên lượng sống còn của bệnh nhân NMCT đã được cải thiện rõ rệt³. Tuy nhiên, kết quả điều trị lâu dài không chỉ phụ thuộc vào tái tưới máu mà còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố tâm lý – xã hội, trong đó sức khỏe tâm thần đóng vai trò quan trọng³.

Nhiều nghiên cứu cho thấy căng thẳng và lo âu rất phổ biến ở bệnh nhân bệnh mạch vành. Kala và cộng sự (2016) ghi nhận tỷ lệ lo âu 8,9% và trầm cảm 21,5% trong 24 giờ đầu sau PCI⁴. Thombs và cộng sự (2006) trong phân tích gộp trên hơn 6.000 bệnh nhân NMCT đã chỉ ra rằng trầm cảm và căng thẳng sau NMCT là yếu tố tiên đoán độc lập làm tăng nguy cơ tử vong và tái nhập viện⁵. Tại châu Á, Chen và cộng sự (2023) chứng minh tỷ số PLR, NLR cao có giá trị dự báo biến cố tim mạch bất lợi ở bệnh nhân NMCT⁶. Ở Việt Nam, các dữ liệu ban đầu cũng cho thấy tỷ lệ rối loạn tâm lý sau can thiệp tim mạch là đáng kể. Trịnh Thị Thanh Tuyền và cộng sự (2023) ghi nhận tỷ lệ lo âu ở bệnh nhân sau PCI trong 24 giờ đầu là 37%⁷. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim có tỉ lệ căng thẳng ở mức trung bình và một số ít có trầm cảm nhẹ trong vòng 24 giờ sau PCI. Đặc biệt, các tác giả cũng nhấn mạnh mối liên quan giữa căng thẳng cấp tính và phản ứng viêm, yếu tố then chốt trong tiến triển của NMCT.

Về cơ chế, căng thẳng tâm lý kích hoạt trục hạ đồi – tuyến yên – thượng thận và hệ thần kinh giao cảm, dẫn đến gia tăng catecholamine, cortisol và các cytokine viêm như IL-6, TNF- α , CRP. Điều này thúc đẩy phản ứng viêm, làm bất ổn mảng xơ vữa và gia tăng nguy cơ hình thành huyết khối. Các chỉ số huyết học đơn giản như NLR, PLR, hay CRP đã được chứng minh có giá trị tiên lượng tử vong và biến cố ở bệnh nhân NMCT⁶.

Tuy nhiên, mối liên quan giữa tình trạng căng thẳng, đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm (LAD, RCA, LCx) vẫn chưa được làm rõ. Phần lớn các nghiên cứu hiện nay tập trung vào vai trò của stress trong tiên lượng biến cố tim mạch, trong khi khoảng trống bằng chứng về mối liên quan với động mạch thủ phạm vẫn còn tồn tại. Xuất phát từ thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát sự liên quan giữa tình trạng lo âu căng thẳng với mức độ đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Nghiên cứu kỳ vọng cung cấp thêm bằng chứng khoa học cho việc tích hợp sàng lọc và can thiệp tâm lý

vào quy trình chăm sóc toàn diện, góp phần cải thiện tiên lượng bệnh nhân NMCT tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích tương quan.

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 6 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025 tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Quân y 175. Lấy toàn bộ mẫu trong thời gian nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo tiêu chuẩn ESC/AHA và có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da (PCI).

• **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, hợp tác trả lời bộ câu hỏi.

• **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền sử rối loạn tâm thần hoặc trầm cảm đã chẩn đoán trước đó; tình trạng lâm sàng không ổn định (sốc tim, ngừng tim trước nhập viện); không hợp tác trả lời.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Nghiên cứu thu nhận 98 bệnh nhân liên tiếp đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu:

• **Đặc điểm nhân khẩu – lâm sàng:** Tuổi, giới, tình trạng hôn nhân, học vấn, nghề nghiệp, bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, suy tim, COPD, rối loạn nhịp).

• **Tình trạng tâm lý:** Đánh giá căng thẳng bằng thang PSS-10 (0–13: thấp; 14–26: trung bình; 27–40: cao), trầm cảm bằng thang PHQ-9 (0–4: không/ít; 5–9: nhẹ; ≥ 10 : vừa/nặng).

• **Chỉ số sinh học và viêm:** WBC, NEU, LYM, HGB, PLT, NLR, PLR.

• **Đặc điểm can thiệp:** Động mạch vành thủ phạm được xác định qua chụp mạch (LAD, RCA, LCx, LM-LAD).

Quy trình thu thập số liệu: Sau khi can thiệp PCI, bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp trong vòng 24 giờ để hoàn thành PSS-10 và PHQ-9. Các thông tin xét nghiệm và dữ liệu can thiệp được lấy từ hồ sơ bệnh án. Tất cả số liệu được nhập kép bằng Excel 2019 và phân tích trên phần mềm Stata 17.

Phân tích thống kê: Thống kê mô tả: trung bình $\pm$ SD cho biến liên tục, tần số và tỷ lệ phần trăm cho biến phân loại. So sánh nhóm: sử dụng kiểm định Chi-square, t-test hoặc ANOVA khi thích hợp. Tương quan: hệ số Spearman giữa điểm PSS-10/PHQ-9 và các chỉ số viêm (NLR, PLR, CRP). Hồi quy đa biến: phân tích mối liên quan giữa tình trạng căng thẳng và động mạch thủ phạm. Ngưỡng ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Nghiên cứu thu nhận 98 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da trong thời gian nghiên cứu. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $63,3 \pm 10,3$ (năm), trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số. Nam giới chiếm 59,2% (58/98), nữ giới chiếm 40,8% (40/98). Các bệnh đồng mắc thường gặp là tăng huyết áp gặp ở 78,6%, đái tháo đường 44,9%, và rối loạn lipid máu 63,3%.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=98)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi trung bình (năm)	$63,3 \pm 10,3$
Giới tính nam, n (%)	58 (59,2)
Giới tính nữ, n (%)	40 (40,8)
Tăng huyết áp, n (%)	77 (78,6)
Đái tháo đường, n (%)	44 (44,9)
Rối loạn lipid máu, n (%)	62 (63,3)

Đặc điểm đáp ứng viêm và động mạch vành thủ phạm. Giá trị trung bình của tỉ số bạch cầu đa nhân trung tính – lympho bào (NLR) là $2,97 \pm 2,20$ (thay đổi trong khoảng 0,73 – 13,3); tỉ số tiểu – lympho bào (PLR) là $134,5 \pm 57,6$ (thay đổi trong khoảng 50 – 374). Phân bố của NLR và PLR mẫu nghiên cứu được thể hiện trong biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Phân bố PLR và NLR của dân số nghiên cứu

Trong số 98 bệnh nhân, động mạch thủ phạm phân bố như sau: LAD chiếm 45,9%, RCA chiếm 35,7%, LCx chiếm 17,3%, và LM-LAD chiếm 1,0%. Tỉ lệ các nhánh động mạch vành thủ phạm được biểu diễn trong biểu đồ 2.



Biểu đồ 2. Phân bố động mạch thủ phạm
Sự liên quan giữa căng thẳng tâm lý và đáp ứng viêm. Điểm PSS-10 trung bình của toàn bộ bệnh nhân ở mức căng thẳng trung bình

($18,1 \pm 2,0$). Có 14,3% bệnh nhân có trầm cảm nhẹ theo PHQ-9, không ghi nhận trường hợp trầm cảm vừa hoặc nặng. Bảng 2 thể hiện phân tích tương quan Spearman giữa điểm số PSS-10, PHQ-9 và các chỉ số NLR, PLR.

Bảng 2. Phân tích tương quan giữa điểm PSS-10 và PHQ-9

	PSS-10		PHQ-9	
*	r	p	r	p
PLR	0,01	0,91	0,04	0,72
NLR	-0,03	0,76	-0,08	0,44

*: phân tích tương quan Spearman

Không có sự tương quan giữa điểm số PSS-10, PHQ-9 với các chỉ số tỉ số bạch cầu – lympho bào (PLR) hay tỉ số bạch cầu đa nhân trung tính – lympho bào (NLR).

Liên quan giữa căng thẳng tâm lý và động mạch thủ phạm. Điểm trung bình của điểm PSS-10 và PHQ-9 theo các nhóm liên quan động mạch vành thủ phạm được trình bày trong bảng 3 và bảng 4.

Bảng 3. Điểm PSS-10 trung bình giữa các nhóm ĐMV thủ phạm

ĐMV thủ phạm	Điểm PSS-10	p*
Nhánh liên thất trước	$18 \pm 0,26$	0,34
Nhánh mũ	$18,18 \pm 0,58$	
Nhánh vành phải	$18,26 \pm 0,39$	

*: Phép kiểm ANOVA

Bảng 4. Điểm PHQ-10 trung bình giữa các nhóm ĐMV thủ phạm

ĐMV thủ phạm	Điểm PHQ-9	p*
Nhánh liên thất trước	$2,8 \pm 0,19$	0,14
Nhánh mũ	$3,0 \pm 0,43$	
Nhánh vành phải	$2,9 \pm 0,29$	

*: Phép kiểm ANOVA

Chỉ có 1 trường hợp có động mạch vành thủ phạm là nhánh chính trái (LM) nên không đưa vào so sánh. So sánh điểm giữa các nhóm liên quan động mạch vành thủ phạm, không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 và vị trí động mạch thủ phạm (LAD, RCA, LCx) ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình bệnh nhân là $63,3 \pm 10,3$, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số, phù hợp với thực tế lâm sàng khi nhồi máu cơ tim cấp thường gặp ở nhóm tuổi trung niên – cao tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (59,2%), tương tự nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, cho thấy nam giới vẫn là nhóm nguy cơ cao hơn đối với bệnh mạch vành ^{1,2}. Các bệnh đồng mắc phổ biến như tăng huyết áp (78,6%), rối loạn lipid máu (63,3%) và đái tháo

đường (44,9%) cũng phù hợp với các yếu tố nguy cơ truyền thống đã được ghi nhận.

Căng thẳng, trầm cảm và phản ứng viêm: Điểm PSS-10 trung bình của toàn bộ dân số nghiên cứu nằm trong khoảng căng thẳng trung bình ($18,1 \pm 2,0$), trong khi có 14,3% bệnh nhân xuất hiện trầm cảm nhẹ theo PHQ-9. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Thị Thanh Tuyền và cộng sự (2023) ghi nhận 37% bệnh nhân PCI có lo âu trong 24 giờ đầu⁷. Điều này chứng tỏ tình trạng căng thẳng tâm lý là một vấn đề thường gặp và đáng lưu ý ở bệnh nhân tim mạch cấp tính.

Tuy nhiên, phân tích tương quan Spearman trong nghiên cứu của chúng tôi lại không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 và các chỉ số viêm (NLR, PLR) ($p > 0,05$). Kết quả này trái ngược với một số nghiên cứu quốc tế. Thombs và cộng sự (2006) cho thấy trầm cảm sau nhồi máu cơ tim có liên quan đến tiên lượng xấu, một phần thông qua tăng phản ứng viêm⁵; các nghiên cứu chứng minh NLR và PLR là yếu tố tiên lượng biến cố tim mạch bất lợi ở bệnh nhân hội chứng vành cấp^{6,8,9}. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu của nghiên cứu còn nhỏ, đối tượng tương đối đồng nhất (hầu hết đều có mức căng thẳng trung bình, chưa có mức cao), hoặc thời điểm lấy mẫu máu chỉ trong giai đoạn cấp sớm, chưa phản ánh hết biến thiên của đáp ứng viêm.

Căng thẳng, trầm cảm và động mạch vành thu phạm. Khi phân tích theo nhóm động mạch thu phạm, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm PSS-10 hay PHQ-9 giữa các nhóm LAD, RCA và LCx ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh, bởi phân bố động mạch thu phạm phụ thuộc chủ yếu vào đặc điểm giải phẫu và tiến triển xơ vữa, ít chịu tác động trực tiếp của yếu tố tâm lý. Tuy nhiên, stress tâm lý có thể ảnh hưởng đến toàn bộ hệ thống mạch vành, làm tăng nguy cơ biến cố nói chung thay vì định khu cụ thể cho từng nhánh mạch.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần bổ sung bằng chứng tại Việt Nam liên quan tình trạng căng lo âu ở bệnh nhân sau can thiệp mạch vành do nhồi máu cơ tim cấp. Căng thẳng và trầm cảm là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, mặc dù mức độ chủ yếu ở ngưỡng trung bình hoặc nhẹ. Trong nghiên cứu này, chưa chứng minh được mối liên quan giữa stress tâm lý và các chỉ số viêm (NLR, PLR), cũng như giữa stress và động mạch thu phạm. Điều này gợi ý cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi nhiều thời điểm khác nhau sau

NMCT để làm rõ mối liên hệ. Dù chưa có bằng chứng liên quan trực tiếp với mạch thu phạm, việc sàng lọc và can thiệp sớm tình trạng căng thẳng và trầm cảm vẫn có ý nghĩa quan trọng, bởi stress tâm lý đã được chứng minh liên quan đến tuân thủ điều trị kém, chất lượng sống giảm và tiên lượng lâu dài bất lợi.

V. KẾT LUẬN

Căng thẳng tâm lý và trầm cảm nhẹ là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, chủ yếu ở mức độ trung bình. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm PSS-10/PHQ-9 với các chỉ số viêm (NLR, PLR) cũng như vị trí động mạch thu phạm (LAD, RCA, LCx).

Kết quả này gợi ý rằng tác động của stress tâm lý đối với cơ chế viêm và tiến triển bệnh mạch vành có thể phức tạp hơn, cần được làm rõ qua các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn và theo dõi dọc. Tuy nhiên, việc sàng lọc và can thiệp tâm lý sớm vẫn cần thiết trong quản lý bệnh nhân NMCT cấp, nhằm cải thiện chất lượng sống, tăng tuân thủ điều trị và góp phần tối ưu hóa tiên lượng lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wang Y, Li Q, Bi L, Wang B, Lv T, Zhang P.** Global trends in the burden of ischemic heart disease based on the global burden of disease study 2021: the role of metabolic risk factors. *BMC Public Health*. Jan 24 2025;25(1):310. doi:10.1186/s12889-025-21588-9
2. **Zhang L, Tong Z, Han R, et al.** Global, Regional, and National Burdens of Ischemic Heart Disease Attributable to Smoking From 1990 to 2019. *J Am Heart Assoc*. Feb 7 2023;12(3):e028193. doi:10.1161/jaha.122.028193
3. **Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J*. Oct 12 2023;44(38): 3720–3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191
4. **Kala P, Hudakova N, Jurajda M, et al.** Depression and Anxiety after Acute Myocardial Infarction Treated by Primary PCI. *PLoS One*. 2016;11(4): e0152367. doi:10.1371/journal.pone.0152367
5. **Thombs BD, Bass EB, Ford DE, et al.** Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *J Gen Intern Med*. Jan 2006;21(1):30–8. doi:10.1111/j.1525-1497.2005.00269.x
6. **Chen Y, Chen S, Han Y, Xu Q, Zheng M, Zhao X.** A combined index constructed based on NLR and PLR is associated with in-hospital mortality risk in patients with acute myocardial infarction. *Am J Transl Res*. 2023;15(6):4118–4128.
7. **Trịnh Thị Thanh Tuyền, Nguyễn Thị Minh Lý, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Thị Đoài.** Thực trạng lo âu ở người bệnh sau can thiệp động mạch vành 24 giờ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí*

Khoa học Điều dưỡng. 2023;6(05):97–103. doi:doi:10.54436/jns.2023.05.719

8. **Liu J, Ao W, Zhou J, Luo P, Wang Q, Xiang D.** The correlation between PLR-NLR and prognosis in acute myocardial infarction. *Am J Transl Res.* 2021;13(5):4892–4899.

9. **Zhang WY, Nan N, Song XT, Tian JF, Yang XY.** Impact of depression on clinical outcomes following percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* Aug 20 2019;9(8): e026445. doi:10.1136/bmjopen-2018-026445

ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8: GIẢI PHÁP VÀ KỸ THUẬT

Nguyễn Minh Tuấn¹, Mai Tiến Dũng¹, Nguyễn Thành Luân¹,
Nguyễn Đình Hợp¹, Trần Nhật Linh¹, Nguyễn Tiến Mạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả các phương pháp điều trị và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 32 bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng từ năm 2022-12/2024 tại bệnh viện 19-8. **Kết quả:** Tuổi trung bình 69,38 ± 14,18 (44-95) tuổi; Lý do vào viện đau bụng (100%); các triệu chứng thường gặp là: bụng chướng (93,8%), bí trung đại tiện (81,3%), X-quang bụng không chuẩn bị có hình ảnh mức nước hơi (93,75%); CT bụng 100% phát hiện được tắc ruột do u đại trực tràng và 08 trường hợp di căn. Vị trí u đa phần nằm ở nửa trái đại tràng 62,5%. Số lượng hạch vét được trung bình 15,14 ± 5,67 hạch (8-26). Thời gian mổ trung bình 216,88 ± 47,43 phút (140-330); thời gian có lưu thông tiêu hóa trở lại trung bình 3,73 ± 0,46 ngày (3-5); thời gian hậu phẫu 15,51 ± 4,54 ngày (9-23). Có 2 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (6,25%) điều trị nội khoa ổn định; không có bệnh nhân mổ lại và không có bệnh nhân tử vong. **Kết luận:** phẫu thuật cấp cứu điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng khả thi và an toàn cả về ngoại khoa và ung thư học với nhóm bệnh nhân được lựa chọn chi tiết

Từ khóa: tắc ruột, ung thư đại trực tràng

SUMMARY

THE TREATMENT METHODS AND EARLY OUTCOMES OF EMERGENCY SURGERY FOR BOWEL OBSTRUCTION DUE TO COLORECTAL CANCER AT 19-8 HOSPITAL: SOLUTIONS AND TECHNIQUES

Purpose: To describe the treatment methods and evaluate early outcomes of emergency surgery for bowel obstruction caused by colorectal cancer. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 32 patients who underwent

emergency surgery for colorectal cancer-induced bowel obstruction from 2022 to December 2024 at 19-8 Hospital. **Results:** The mean age was 69.38 ± 14.18 years (range: 44–95). The primary reason for hospital admission was abdominal pain (100%). Common clinical symptoms included abdominal distension (93.8%) and absence of flatus and defecation (81.3%). Abdominal X-ray without preparation showed air-fluid levels in 93.75% of cases. Abdominal CT scan detected bowel obstruction caused by colorectal tumors in 100% of cases, with 8 cases showing metastasis. Tumor location was predominantly in the left half of the colon (62.5%). The average number of lymph nodes retrieved was 15.14 ± 5.67 (range: 8–26). The mean operative time was 216.88 ± 47.43 minutes (range: 140–330), time to return of bowel function was 3.73 ± 0.46 days (range: 3–5), and the average postoperative hospital stay was 15.51 ± 4.54 days (range: 9–23). There were 2 cases (6.25%) of surgical site infection, which were managed conservatively; no cases required reoperation and there were no postoperative deaths. **Conclusion:** Emergency surgery for bowel obstruction due to colorectal cancer is a feasible and safe approach, both surgically and oncologically, in appropriately selected patients.

Keywords: bowel obstruction, colorectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng vẫn là nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc ruột ở người lớn và khoảng 20% bệnh nhân ung thư đại trực tràng đến cấp cứu ngoại khoa [1],[2]. Một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng muộn, khi khối u đã gây biến chứng, phổ biến nhất là tắc ruột – một cấp cứu ngoại khoa nghiêm trọng, đòi hỏi can thiệp kịp thời để giảm thiểu nguy cơ tử vong và biến chứng sau mổ.

Phẫu thuật cấp cứu trong trường hợp tắc ruột do u đại trực tràng đặt ra nhiều thách thức cho bác sĩ lâm sàng, do người bệnh thường có thể trạng suy kiệt, nhiễm trùng hoặc nhiễm độc, rối loạn điện giải, và nguy cơ cao trong can thiệp phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp mổ phù hợp – nối ruột một thì hay mổ hai thì, mở thông

¹Bệnh viện 19-8

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân

Email: drluanbv198@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025