

Hiệu quả của hai phác đồ sử dụng polyethylene glycol 3350 và lactulose trong điều trị táo bón mạn tính chức năng ở trẻ em dưới 6 tuổi. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021;145(9):119-128.

7. **Nguyễn Thị Thơm, Nguyễn Thị Việt Hà.** Hiệu quả của phác đồ sử dụng polyethylene glycol 3350 trong điều trị táo bón chức năng ở trẻ em

tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(1):322-326.

8. **Dheivamani N, Thomas W, Bannerjii R, Mukherjee M, Mitra M.** Efficacy of polyethylene glycol 3350 as compared to lactulose in treatment of ROME IV criteria-defined pediatric functional constipation: A randomized controlled trial. Indian J Gastroenterol. 2021;40(2):227-233.

KẾT CỤC TIM MẠCH NỘI VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN DO TẮC ĐOẠN GẦN ĐỘNG MẠCH VÀNH THỦ PHẠM

Đào Thị Thanh Bình¹, Vũ Đức Tín¹, Nguyễn Đỗ Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kết cục tim mạch nội viện và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên do tắc đoạn gần động mạch vành thủ phạm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ. Gồm 309 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (NMCTCSTCL) được chụp mạch vành và có chỉ định can thiệp mạch vành tiên phát trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024. Tiến hành so sánh tỷ lệ các kết cục tim mạch nội viện giữa nhóm tắc đoạn gần và đoạn giữa – xa động mạch vành thủ phạm. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $62,13 \pm 11,21$ (năm). Trong đó, có 224 bệnh nhân nam (72,5%) và 85 bệnh nhân nữ (27,5%). Có 159 bệnh nhân (51,5%) có tổn thương ở đoạn gần, 148 bệnh nhân (47,9%) tổn thương ở đoạn giữa – xa. Ở nhóm tắc đoạn gần động mạch vành thủ phạm tỷ lệ tử vong nội viện và đặt máy tạo nhịp tạm thời cao hơn có ý nghĩa thống kê (13,2%, $p = 0,036$ và 8,2%, $p = 0,036$), tỷ lệ sốc tim, rối loạn nhịp thất, block nhĩ thất cao độ và biến chứng cơ học có xu hướng cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy nam giới, sốc tim và rối loạn nhịp thất là các yếu tố tiên lượng độc lập làm tăng nguy cơ tử vong nội viện. **Kết luận:** Bệnh nhân NMCTCSTCL do tắc đoạn gần động mạch vành thủ phạm có tỷ lệ xảy ra kết cục tim mạch nội viện cao hơn so với tắc đoạn giữa – xa. Các yếu tố liên quan độc lập đến tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTCSTCL bao gồm: nam giới, sốc tim và rối loạn nhịp thất. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, can thiệp mạch vành tiên phát, động mạch vành thủ phạm, sang thương thủ phạm, kết cục tim mạch nội viện.

SUMMARY

IN – HOSPITAL CARDIOVASCULAR OUTCOMES AND ASSOCIATED FACTORS IN

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân Dân Gia đình

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Bình

Email: binh.daothanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

PATIENTS WITH ST – SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION CAUSED BY PROXIMAL CULPRIT CORONARY ARTERY OCCLUSION

Objectives: To investigate in-hospital cardiovascular outcomes and associated factors in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) caused by proximal culprit coronary artery occlusion. **Methodology:** A cohort study including 309 STEMI patients who underwent coronary angiography and were indicated for primary percutaneous coronary intervention (PCI) between January 2022 and December 2024. The in-hospital cardiovascular outcome rates were compared between patients with proximal and mid-distal culprit coronary artery lesions. **Results:** The mean age of the study population was 62.13 ± 11.21 years. There were 224 (72.5%) males and 85 (27.5%) female patients. Proximal lesions were identified in 159 patients (51.5%), while mid-distal lesions were found in 148 patients (47.9%). In the proximal occlusion group, in-hospital mortality and temporary pacemaker implantation rates were significantly higher (13.2%, $p = 0.036$ and 8.2%, $p = 0.036$). Cardiogenic shock, ventricular arrhythmias, high grade atrioventricular block, and mechanical complications tended to occur more frequently but without statistical significance. Multivariable logistic regression identified male gender, cardiogenic shock, and ventricular arrhythmias were independent predictors associated with an increased risk of in-hospital mortality. **Conclusion:** STEMI patients due to proximal culprit coronary occlusion exhibited a higher incidence of in-hospital adverse cardiovascular outcomes compared to those with mid-to-distal occlusion. Independent predictors of in-hospital mortality in STEMI patients included male gender, cardiogenic shock, and ventricular arrhythmias. **Keywords:** ST-segment elevation myocardial infarction, primary percutaneous coronary intervention, infarct-related artery, culprit lesion, in-hospital cardiovascular outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (NMCTCSTCL) là một bệnh lý đe dọa tính mạng, gây tỷ lệ tử vong và biến chứng cao¹. Mục tiêu

điều trị hàng đầu là tái tưới máu động mạch vành (ĐMV) thủ phạm. Trong đó, vị trí của sang thương thủ phạm có thể là một yếu tố tiên lượng cho các kết cục tim mạch ngắn hạn và dài hạn². Có sự khác biệt về phân vùng cấp máu cũng như tiên lượng giữa ĐMV trái và ĐMV phải, hơn nữa tắc nghẽn ở đoạn gần ĐMV thủ phạm có thể dẫn đến thiếu máu cơ tim diện rộng, rối loạn huyết động nghiêm trọng và nguy cơ biến chứng cơ học cao^{1,3}. Các nghiên cứu về NMCT do tắc động mạch liên thất trái trước cho thấy tỷ lệ biến chứng cấp và tử vong cao hơn khi sang thương thủ phạm nằm ở đoạn gần so với nhánh chéo đầu tiên. Trường hợp NMCT do tắc động mạch vành phải, các nghiên cứu đã chỉ ra tỷ lệ suy thất phải và sốc tim cao hơn ở nhóm sang thương thủ phạm nằm gần với lỗ xuất phát, tuy nhiên mối liên quan đến tỷ lệ tử vong còn chưa rõ ràng². Đối với nhồi máu cơ tim liên quan đến động mạch mũ, tiên lượng nói chung là tốt nếu được tái tưới máu sớm⁴.

Trong thực hành lâm sàng hiện nay, dữ liệu về kết cục nội viện ở bệnh nhân NMCTCSTCL do tắc đoạn gần ĐMV thủ phạm được can thiệp tiên phát tại Việt Nam còn hạn chế. Liệu tắc đoạn gần ĐMV thủ phạm có làm gia tăng biến cố tim mạch nội viện so với tắc đoạn giữa – xa? Và có thể dự báo được các yếu tố ảnh hưởng đến kết cục tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân này hay không? Để trả lời các câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát kết cục tim mạch nội viện và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân NMCTCSTCL do tắc đoạn gần động mạch vành thủ phạm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân NMCTCSTCL nhập khoa Tim mạch can thiệp của Bệnh viện Nhân dân Gia Định đã được chụp động mạch vành xâm lấn từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2024.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán NMCT cấp theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Châu Âu năm 2018. ĐTĐ có hình ảnh ST chênh lên ở 2 chuyển đạo liên tiếp. Được chụp động mạch vành xâm lấn và có chỉ định can thiệp tiên phát.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang đặt máy tạo nhịp, tiền căn NMCTCSTCL có hoặc không có can thiệp, tiền căn phẫu thuật bắc cầu động mạch vành. Có chống chỉ định chụp động mạch vành xâm lấn và không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho mô hình hồi quy đa biến:

$n = 50 + 8m$. Trong đó n là cỡ mẫu tối thiểu, m là các yếu tố dự đoán hay biến số. Từ nghiên cứu của Femia và cộng sự², với số lượng các yếu tố dự đoán tử vong nội viện là 17 yếu tố.

Tính cỡ mẫu $n = 186$ (người). Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần lấy là 186 người.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ, chọn mẫu hồi cứu.

Dữ liệu tuổi, giới tính, BMI, tiền sử hút thuốc lá, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu được thu thập qua hồ sơ bệnh án. Chụp động mạch vành được thực hiện ở tất cả bệnh nhân, kết quả được ghi nhận và đồng thuận bởi 2 bác sĩ tim mạch can thiệp. Định nghĩa ST chênh lên khi điểm J chênh lên ≥ 1 mm ở 2 chuyển đạo liên tiếp, tại chuyển đạo V2 và V3, nếu là nam < 40 tuổi thì điểm J chênh lên $\geq 2,5$ mm, nếu là nam ≥ 40 tuổi thì điểm J ≥ 2 mm, nếu là nữ thì điểm J $\geq 1,5$ mm⁵. Rối loạn nhịp thất được định nghĩa là nhịp nhanh thất hoặc rung thất kéo dài cần chuyển nhịp hoặc hỗ trợ huyết động. Sốc tim được định nghĩa theo phân loại Killip độ IV là hạ huyết áp kháng trị (huyết áp tâm thu < 90 mmHg kéo dài ≥ 60 phút) có hoặc không có hỗ trợ cơ học hoặc cần vận mạch kéo dài cần phải nhập hồi sức tích cực². Blocc nhĩ thất cao độ được định nghĩa bao gồm blocc nhĩ thất độ 2 mobitz II và blocc nhĩ thất độ 3. Phân loại vị trí tắc đoạn gần của ĐMV liên thất trái trước và ĐMV phải dựa vào nơi xuất phát của động mạch đến trước điểm phân nhánh đầu tiên. Đối với nhánh động mạch mũ, vị trí tắc được chia làm 2 nhóm theo tác giả Gaspardone bao gồm: (i) đoạn gần nhánh động mạch mũ hoặc trong đoạn OM1 (nhánh bờ tù) và (ii) đoạn giữa – xa nhánh động mạch mũ (bên dưới điểm phân nhánh đầu tiên)⁶.

- Tiêu chuẩn xác định sang thương thủ phạm bằng chụp ĐMV xâm lấn⁷:

+ Hẹp có ý nghĩa khi $\geq 50\%$ thân chung ĐMV trái hoặc $\geq 70\%$ ở một hoặc nhiều ĐMV thượng tâm mạc. Sang thương thủ phạm là vị trí có mức độ hẹp nặng nhất hoặc

+ Có sự hiện diện của dòng chảy TIMI < 3 hoặc

+ Hình ảnh của huyết khối nội mạc và/hoặc loét, vỡ mảng xơ vữa.

Xử lý và phân tích số liệu: Mã hóa và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Kiểm định Kolmogorov-Smirnov được sử dụng để kiểm tra phân phối chuẩn của biến định lượng liên tục. So sánh biến định lượng liên tục với phép kiểm t test và Wilcoxon. Biến số định tính được so sánh bằng cách sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher Exact. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Xác định các yếu tố liên

quan đến kết cục tim mạch nội viện bằng phân tích hồi quy đơn biến hoặc đa biến.

Đạo đức trong nghiên cứu: đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục tiêu của nghiên cứu, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch (Số 1122/TĐHYKPNT - HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 309 bệnh nhân NMCTCSTCL tham gia. Trong đó, 159 bệnh nhân (51,5%) có tắc ở đoạn gần ĐMV thủ phạm, 148 bệnh nhân (47,9%) tắc ở đoạn giữa - xa. Còn lại 1 trường hợp tắc đoạn thân chung ĐMV trái và 1 trường hợp không xác định được động mạch thủ phạm.

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học và yếu tố nguy cơ tim mạch

Đặc điểm	Đoạn gần (n=159)	Đoạn giữa - xa (n=148)	p
Tuổi	63(56-70)	60(53-67)	0,004
Nam giới	106(66,7%)	117(79,1%)	0,015
Tăng huyết áp	119(74,8%)	101(68,2%)	0,200
Đái tháo đường	57(35,8%)	47(31,8%)	0,449
Rối loạn lipid máu	115(72,3%)	112(75,7%)	0,504
Hút thuốc lá	72(45,3%)	81(54,7%)	0,098
Béo phì	25(15,7%)	25(16,9%)	0,782

Số liệu được trình bày với trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc n, % hay trung vị. Nhóm sang thương thủ phạm ở đoạn gần có tuổi trung vị cao hơn và tỷ lệ nam giới thấp hơn so với nhóm đoạn giữa - xa, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các yếu tố nguy cơ tim mạch khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá và béo phì không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm.

Bảng 2. Đặc điểm chụp động mạch vành xâm lấn

Đặc điểm	Đoạn gần (n=159)	Đoạn giữa - xa (n=148)	p
ĐMV thủ phạm	LAD	79(49,7%)	59(39,9%)
	RCA	56(35,2%)	65(43,9%)
	LCx	23(14,5%)	24(16,2%)
Dòng chảy TIMI	0	126(79,2%)	101(68,2%)
	1	14(8,8%)	13(8,8%)
	2	14(8,8%)	28(18,9%)
	3	5(3,1%)	6(4,1%)
ĐMV ưu thế	Phải	145(91,2%)	133(89,9%)
	Trái	9(5,7%)	7(4,7%)
	Cân bằng	5(3,1%)	8(5,4%)
Bệnh mạch vành nhiều nhánh	120(75,5%)	116(78,4%)	0,546
Tắc ĐMV mạn	14(8,8%)	10(6,8%)	0,504

(LAD: động mạch liên thất trái trước, RCA: động mạch vành phải, LCx: động mạch mũ)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai vị trí sang thương thủ phạm về đặc điểm chụp mạch vành. Đặc điểm phân độ dòng chảy TIMI 0 ở nhóm đoạn gần có xu hướng cao hơn, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa ($p = 0,067$).

Bảng 3. Đặc điểm kết cục tim mạch và tử vong nội viện

Đặc điểm	Đoạn gần (n=159)	Đoạn giữa - xa (n=148)	p
Sốc tim	17(10,7%)	9(6,1%)	0,147
Blocc nhĩ thất cao độ	18(11,3%)	8(5,4%)	0,063
Đặt tạo nhịp tạm thời	13(8,2%)	4(2,7%)	0,036
Rối loạn nhịp thất	17(10,7%)	7(4,7%)	0,052
Biến chứng cơ học	5(3,1%)	2(1,4%)	0,293
Tử vong nội viện	21(13,2%)	9(6,1%)	0,036

Bệnh nhân NMCTCSTCL do tắc nghẽn đoạn gần của ĐMV thủ phạm có tỷ lệ tử vong nội viện và tỷ lệ cần đặt máy tạo nhịp tạm thời cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đoạn giữa - xa ($p = 0,036$). Các biến cố tim mạch khác như sốc tim, blocc nhĩ thất cao độ, rối loạn nhịp thất và biến chứng cơ học có xu hướng cao hơn ở nhóm sang thương thủ phạm ở đoạn gần, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan tử vong nội viện

Đặc điểm	OR	KTC 95%	p
Phân tích đơn biến			
Tuổi >60	4,824	1,795-12,962	0,002
Nam giới	3,478	1,615-7,490	0,001
Tăng huyết áp	0,762	0,341-1,702	0,508
Đái tháo đường	0,830	0,366-1,883	0,656
Rối loạn lipid máu	0,413	0,191-0,895	0,025
Hút thuốc lá	0,469	0,212-1,038	0,062
Béo phì	0,344	0,079-1,492	0,154
Dòng chảy TIMI	0,725	0,429-1,228	0,232
Tắc ĐMV mạn	4,691	1,764-12,472	0,002
Bệnh mạch vành nhiều nhánh	0,998	0,410-2,431	0,996
ĐMV ưu thế phải	0,281	0,109-0,728	0,009
ĐMV thủ phạm	0,715	0,415-1,231	0,226
Sốc tim	67,117	23,355-192,875	<0,001
Rối loạn nhịp thất	50,813	17,936-143,953	<0,001
Blocc nhĩ thất cao độ	2,457	0,853-7,079	0,096
Đặt tạo nhịp tạm thời	2,103	0,568-7,781	0,265
Sang thương thủ phạm đoạn gần	2,350	1,040-5,313	0,040
Phân tích đa biến			
Nam giới	5,517	1,324-22,986	0,019
ĐMV ưu thế phải	0,137	0,033-0,576	0,007

Sốc tim	53,024	11,321-248,340	<0,001
Rối loạn nhịp thất	42,674	9,245-196,973	<0,001

(KTC: Khoảng tin cậy)

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố như: tuổi > 60, nam giới, tắc động mạch vành mạn tính, động mạch vành ưu thế phải, rối loạn lipid máu, sốc tim, rối loạn nhịp thất và sang thương thủ phạm ở đoạn gần liên quan có ý nghĩa với tỷ lệ tử vong nội viện ($p < 0,05$). Sau khi đưa vào phân tích hồi quy đa biến để loại trừ ảnh hưởng của các yếu tố gây nhiễu, kết quả cho thấy các yếu tố liên quan độc lập làm tăng nguy cơ tử vong nội viện là: nam giới, sốc tim, rối loạn nhịp thất ($p < 0,05$). Trong khi đó, ĐMV ưu thế phải là yếu tố bảo vệ, giúp giảm nguy cơ tử vong nội viện ($OR = 0,137$, KTC 95% 0,033 – 0,576, $p = 0,007$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (NMCTCSTCL) do tắc đoạn gần ĐMV thủ phạm có liên quan đến kết cục tim mạch nội viện xấu hơn so với tắc đoạn giữa – xa, đặc biệt là tăng tỷ lệ tử vong nội viện (13,2% và 6,1%, $p = 0,036$) và nhu cầu đặt tạo nhịp tạm thời (8,2% và 2,7%, $p = 0,036$). Kết quả cho thấy phù hợp với giả thuyết sang thương thủ phạm ở đoạn gần thường liên quan vùng cơ tim tổn thương rộng, dẫn đến kích thích vùng nhồi máu lớn và dễ gây rối loạn huyết động trầm trọng hơn. Khi phân tích hồi quy đơn biến cho thấy sang thương thủ phạm đoạn gần liên quan có ý nghĩa đến tử vong nội viện ($OR = 2,350$, KTC 95% 1,040 – 5,313, $p = 0,04$), tuy nhiên không phải là yếu tố liên quan độc lập với tử vong nội viện. Kết quả tương đồng với nghiên cứu PROXIMITI của Noaman (2018)³. Có thể do các bệnh nhân nhồi máu cơ tim được can thiệp tái tưới máu và tối ưu hóa điều trị nội khoa, do đó làm giảm tác động tiên lượng xấu của các yếu tố khác như sang thương thủ phạm đoạn gần.

Trong phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố như sốc tim ($OR = 53,024$, KTC 95% 11,321 – 248,340, $p < 0,001$), rối loạn nhịp thất ($OR = 42,674$, KTC 95% 9,245 – 196,973, $p < 0,001$) và nam giới ($OR = 5,517$, KTC 95% 1,324 – 22,986, $p = 0,019$) được xác định là yếu tố độc lập liên quan với tử vong nội viện. Kết quả khá tương đồng với các phát hiện của Femia và cộng sự (2020), nghiên cứu trên các bệnh nhân NMCTCSTCL có động mạch vành phải ưu thế, khi cho thấy các sang thương đoạn gần có nguy cơ cao hơn về sốc tim, nhu cầu đặt bóng đối xung động mạch chủ, đặt tạo nhịp tạm thời và tử

vong sau 30 ngày². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ các biến chứng tim mạch sau nhồi máu cơ tim đều cao hơn ở nhóm sang thương thủ phạm đoạn gần so với đoạn giữa – xa. Điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của Gaspardone (2022), như là: biến chứng cơ học (19,4% với 7,1%), block nhĩ thất cao độ (10,4% với 3,6%), rối loạn nhịp thất (14,7% với 4,1%), sốc tim (20,9% với 7,6%) và tử vong nội viện (9,5% với 2,5%)⁶.

Mặc dù mối liên quan độc lập với tử vong nội viện chưa rõ ràng ở nhóm sang thương thủ phạm đoạn gần so với nhóm đoạn giữa – xa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy tỉ lệ cao xảy ra biến chứng tim mạch đối với bệnh nhân NMCTCSTCL do tắc đoạn gần ĐMV thủ phạm. Vậy nên, việc nhận diện sớm vị trí sang thương thủ phạm có thể giúp các bác sĩ Tim mạch can thiệp tiên lượng tốt hơn, đồng thời chủ động hơn trong việc theo dõi huyết động, hỗ trợ tuần hoàn và xử trí các biến chứng tim mạch cấp^{6,8}.

Hạn chế của nghiên cứu: được tiến hành tại một trung tâm, chưa mang tính đại diện cho dân số chung. Thời gian nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi là ngắn hạn và cần theo dõi dài hạn hơn để phát hiện sự khác biệt đáng kể về kết quả lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân NMCTCSTCL do tắc đoạn gần động mạch vành thủ phạm có tỷ lệ xảy ra kết cục tim mạch nội viện cao hơn so với tắc đoạn giữa – xa. Các yếu tố liên quan độc lập đến tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTCSTCL bao gồm: nam giới, sốc tim và rối loạn nhịp thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hamaguchi K, Sakakura K, Jinnouchi H, et al. Comparison of clinical outcomes between proximal and non-proximal right coronary artery occlusion in patients with inferior ST-segment elevation myocardial infarction. J Cardiol. Feb 2025;85(2):88-95. doi:10.1016/j.jjcc.2024.07.007
2. Femia G, Faour A, Assad J, et al. Comparing the clinical and prognostic impact of proximal versus nonproximal lesions in dominant right coronary artery ST-elevation myocardial infarction. Catheter Cardiovasc Interv. Apr 1 2021;97(5):E646-E652. doi:10.1002/ccd.29245
3. Noaman S, Goh CY, Vogrin S, et al. Comparison of short-term clinical outcomes of proximal versus nonproximal lesion location in patients treated with primary percutaneous coronary intervention for ST-elevation myocardial infarction: The PROXIMITI study. Catheter Cardiovasc Interv. Jan 1 2019;93(1):32-40. doi:10.1002/ccd.27665
4. Elsmann P, van 't Hof AW, Hoorntje JC, et al. Effect of coronary occlusion site on angiographic and clinical outcome in acute myocardial

- infarction patients treated with early coronary intervention. *Am J Cardiol.* Apr 15 2006;97(8): 1137-41. doi:10.1016/j.amjcard.2005.11.027
5. **Ibanez B, James S, Agewall S, et al.** 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J.* Jan 7 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
 6. **Gaspardone C, Romagnolo D, Fasolino A, et al.** A comprehensive and easy-to-use ECG algorithm to predict the coronary occlusion site in ST-segment elevation myocardial infarction. *Am Heart J.* Jan 2023;255:94-105. doi:10.1016/j.ahj.2022.10.077
 7. **Taglieri N, Saia F, Alessi L, et al.** Diagnostic performance of standard electrocardiogram for prediction of infarct related artery and site of coronary occlusion in unselected STEMI patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care.* Dec 2014; 3(4): 326-39. doi:10.1177/2048872614530665
 8. **Fayaz Ali NA, Qamar Zamaan Qaimkhani et al.** Comparison of the clinical characteristics and in hospital outcomes of proximal versus non-proximal lesions in dominant right coronary artery ST-elevation myocardial Infarction. *Pakistan journal of Cardiovascular Intervention.* 2024;4(2). doi:10.58889/PJCVI.7.01.07

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CHÀY BẰNG NẸP VÍT KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp¹, Phan Thanh Nam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật nẹp vít khóa trong điều trị gãy kín đầu dưới xương chày ở người trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 47 bệnh nhân điều trị tại Khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, thời gian theo dõi sau mổ 6 tháng. Đánh giá kết quả dựa vào mức độ đau, chỉnh trục ổ gãy, liền xương, kết quả phục hồi chức năng và hài lòng điều trị. **Kết quả:** 89,8% liền xương không di lệch, 93,6% liền vết mổ kỳ đầu. Sau 6 tháng, 69,3% bệnh nhân đau nhẹ (0-3 điểm), chỉ 5,1% đau nặng. Khả năng vận động cải thiện rõ, 94,9% hài lòng với kết quả điều trị. **Kết luận:** Nẹp vít khóa là phương pháp hiệu quả, ít xâm lấn, giúp phục hồi tốt chức năng và giảm đau sau mổ.

Từ khóa: gãy kín đầu dưới xương chày, nẹp vít khóa, đau sau mổ, liền xương, chất lượng sống.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF CLOSED DISTAL TIBIAL FRACTURES TREATED WITH LOCKING PLATE FIXATION AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of locked plating in the treatment of closed distal tibial fractures in adults. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 47 patients treated at the Department of Trauma-Orthopedics and Burns, Thai Binh General Hospital.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

Follow-up duration was 6 months postoperatively. Outcomes were assessed based on pain level, fracture alignment, bone healing, functional recovery, and patient satisfaction. **Results:** 89.8% achieved bone union without malalignment; 93.6% had primary wound healing. At 6 months, 69.3% of patients reported mild pain (0–3 points), while only 5.1% had severe pain. Functional mobility significantly improved, and 94.9% of patients were satisfied with the surgical outcomes. **Conclusion:** Locked plating is an effective and minimally invasive method that promotes good functional recovery and pain reduction after surgery.

Keywords: closed distal tibial fracture, locked plate, postoperative pain, bone healing, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín đầu dưới xương chày là một loại tổn thương thường gặp, do đặc điểm giải phẫu vị trí này nhiều gân, ít cơ, nuôi dưỡng kém có thể dẫn đến biến chứng như chậm liền xương, khớp giả, khớp cứng và đau kéo dài nếu không điều trị đúng phương pháp. Do đó, việc lựa chọn kỹ thuật cố định là rất quan trọng để đạt kết quả điều trị tốt.

Phẫu thuật kết xương ít xâm lấn bằng nẹp vít khóa (MIPO) đang ngày càng được ưu tiên sử dụng trong gãy đầu dưới xương chày, kết xương vững chắc, ổ gãy được giữ vững tư thế giải phẫu, bảo tồn mạch máu nuôi ổ gãy, giảm tổn thương mô mềm và nguy cơ nhiễm khuẩn [1]. Một nghiên cứu so sánh giữa phương pháp MIPO và khoan đinh nội tủy (IMN) cho thấy kết quả chung cao hơn ở nhóm IMN, tuy nhiên MIPO lại có ít ca phẫu thuật tháo phương tiện kết xương hơn [2].

Tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình, ứng dụng