

(AEPC). European Heart Journal. 2022;43(40): 3997-4126. doi:10.1093/eurheartj/ehac262 %J European Heart Journal

7. **van Huls van Taxis CF, Wijnmaalen AP, den Uijl DW, et al.** Reversed polarity of bipolar electrograms for predicting a successful ablation site in focal idiopathic right ventricular outflow

tract arrhythmias. Heart rhythm. May 2011;8(5): 665-71. doi:10.1016/j.hrthm.2010. 12.049

8. **Liang JJ, Shirai Y, Lin A, Dixit S.** Idiopathic Outflow Tract Ventricular Arrhythmia Ablation: Pearls and Pitfalls. Arrhythmia & electrophysiology review. May 2019;8(2):116-121. doi:10.15420/aer.2019.6.2

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG BIẾN CHỨNG HÔ HẤP SAU PHẪU THUẬT TIÊU HÓA LỚN CỦA THANG ĐIỂM ARISCAT

Phan Thị Thanh Huệ¹, Vũ Hoàng Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tầng nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật dựa trên thang điểm ARISCAT và xác định giá trị tiên lượng của thang điểm ARISCAT trong các phẫu thuật tiêu hóa lớn trong môi trường tại Việt Nam. Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, thời gian từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 06 năm 2025, thực hiện trên 180 bệnh nhân đủ các tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Nhóm có phân tầng nguy cơ thấp (ARISCAT <26 điểm) có tỉ lệ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật chỉ 6.2%, trong khi nhóm có nguy cơ trung bình (ARISCAT 26-44 điểm) và nhóm có nguy cơ cao (ARISCAT >44 điểm) có tỉ lệ xuất hiện biến chứng lần lượt là 16.4% và 30.9%. Đường cong ROC giá trị tiên đoán của tổng điểm ARISCAT và biến chứng phổi sau phẫu thuật xuất hiện trong thời gian nằm viện có AUC = 0.77 (KTC 95% 0.68-0.86) p<0.05. **Kết luận:** thang điểm ARISCAT có khả năng rất tốt trong việc phân tầng nguy cơ cũng như tiên lượng khả năng xuất hiện biến chứng hô hấp sau phẫu thuật bụng lớn.

Từ khóa: biến chứng hô hấp sau phẫu thuật, thang điểm ARISCAT, phân tầng nguy cơ, giá trị tiên lượng. **Viết tắt:** ARISCAT: Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia.

SUMMARY

THE PREDICTIVE VALUE OF THE ARISCAT SCORE FOR POSTOPERATIVE RESPIRATORY COMPLICATIONS FOLLOWING MAJOR GASTROINTESTINAL SURGERY

Objective: To stratify the risk of postoperative respiratory complications using the ARISCAT scoring system and to evaluate its prognostic value in major gastrointestinal surgeries within the Vietnamese clinical context. **Methods:** A prospective observational study was conducted from January 2025 to June 2025, involving 180 patients who met the inclusion criteria. **Results:** Patients classified as low-risk (ARISCAT <26 points) exhibited a postoperative respiratory complication rate of only 6.2%. In

contrast, the moderate-risk group (ARISCAT 26–44 points) and high-risk group (ARISCAT >44 points) demonstrated complication rates of 16.4% and 30.9%, respectively. The ROC curve assessing the predictive value of the ARISCAT total score for in-hospital postoperative pulmonary complications yielded an area under the curve (AUC) of 0.77 (95% CI: 0.68–0.86), with statistical significance (p < 0.05).

Conclusion: The ARISCAT scoring system demonstrates strong capability in both risk stratification and prognostication of postoperative respiratory complications in patients undergoing major abdominal surgery. **Keywords:** postoperative respiratory complications, ARISCAT score, risk stratification, prognostic value.

Abbreviation: ARISCAT – Assess Respiratory Risk in Surgical Patients in Catalonia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng hô hấp sau phẫu thuật là một trong các biến chứng thường gặp nhất, chỉ đứng thứ 2 về tỉ lệ sau nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ biến chứng hô hấp sau mổ xuất hiện khoảng 2.0-5.6% sau phẫu thuật nói chung, trong đó tỉ lệ có thể từ 19-59% sau phẫu thuật lồng ngực, 16-17% sau các phẫu thuật tăng trên ổ bụng và 0-5% sau các phẫu thuật bụng dưới.^{1,2} Các biến chứng sau mổ làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng gánh nặng về chi phí y tế và cuối cùng là tăng tỉ lệ các kết cục xấu và tử vong sau phẫu thuật. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy tỉ lệ tử vong trong phòng mổ ở cả những cơ sở có thu nhập cao và cơ sở thu nhập trung bình – thấp giảm đi trong khi tỉ lệ tử vong sau mổ tăng lên do các thất bại trong điều trị những bệnh nhân xuất hiện biến chứng sau mổ.³ Việc phân tầng nguy cơ và tiên lượng biến chứng xuất hiện sau phẫu thuật là vấn đề ngày càng được quan tâm và nhấn mạnh trong thời gian gần đây.

Một số công cụ phân tầng rủi ro chỉ gồm các biến số trước khi phẫu thuật, chẳng hạn như thang điểm của Hiệp hội bác sĩ gây mê Hoa Kỳ về tình trạng thể chất (ASA-PS) và thang đo rủi ro phẫu thuật (SRS), hay một số thang điểm chỉ

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thanh Huệ

Email: phanhuebs85@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025

tiết và nhiều biến số hơn như thang điểm POSSUM và phiên bản cải tiến P-POSSUM. Các công cụ trên đều có những hạn chế nhất định, như việc không đủ khả năng tiên lượng các biến chứng sau mổ (ASA), hay dữ liệu quá phức tạp, nhiều biến số và có thể không sẵn có (POSSUM và P-POSSUM). Một thang điểm gần đây được đưa ra và đánh giá rất cao trong việc tiên lượng biến chứng hô hấp sau phẫu thuật là thang điểm ARISCAT do Canet J và cộng sự phát triển.⁴ Thang điểm ARISCAT gồm 7 thông số như: Tuổi, SpO₂ trước phẫu thuật, tình trạng nhiễm khuẩn hô hấp trong 1 tháng, thiếu máu trước mổ, vị trí mổ, thời gian mổ, phẫu thuật cấp cứu. Đã có nhiều nghiên cứu về thang điểm ARISCAT được tiến hành để đánh giá biến chứng hô hấp sau phẫu thuật như: Các yếu tố nguy cơ chu phẫu của biến chứng phổi sau phẫu thuật ngoài tim, dự đoán tỷ lệ biến chứng phổi sau phẫu thuật ở bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật ở vùng bụng trên, dự đoán biến chứng phổi sau phẫu thuật tại các nước như Ấn Độ, Thái Lan, Thổ Nhĩ Kỳ... mang lại giá trị tiên lượng rất cao. Tại Việt Nam, việc áp dụng các công cụ phân tầng rủi ro sau phẫu thuật chưa được tiến hành thường xuyên. Chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu đánh giá phân tầng nguy cơ biến chứng hô hấp của thang điểm ARISCAT cũng như giá trị tiên lượng của thang điểm này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá phân tầng nguy cơ cũng như xác định giá trị tiên lượng biến chứng hô hấp sau phẫu thuật tiêu hóa lớn của thang điểm ARISCAT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang. Thời gian: Từ tháng 1 năm 2025 đến tháng 6 năm 2025. Địa điểm: Khoa Gây mê hồi sức và chống đau, khoa Ngoại - và khoa Hồi sức cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân phẫu thuật ở bệnh viện đại học Y Hà Nội; tuổi ≥ 18 . Bệnh nhân phẫu thuật tiêu hóa thỏa mãn tiêu chuẩn của phẫu thuật tiêu hóa lớn. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các can thiệp sản khoa hoặc bất kỳ can thiệp nào trong khi mang thai. Các can thiệp trong đó chỉ sử dụng gây tê tại chỗ hoặc tê thần kinh ngoại biên. Các can thiệp ngoài phòng mổ. Các can thiệp liên quan đến vấn đề phẫu thuật trước đó. Bệnh nhân phải mổ lại trong suốt thời gian theo dõi 90 ngày. Ghép tạng. Bệnh nhân có ống nội khí quản trước phẫu thuật. Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Tiến hành nghiên cứu: Những bệnh nhân

đã phẫu thuật sau khi đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu để xác định các chỉ số, biến số trong thang điểm ARISCAT, chấm điểm ARISCAT tại thời điểm trước phẫu thuật. Bệnh nhân sau phẫu thuật được theo dõi đến khi ra viện, ghi nhận các biến chứng phổi xuất hiện trong suốt thời gian nằm viện và tại các thời điểm T1, T3, T10, T30. Tính tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng hô hấp sau phẫu thuật tại từng thời điểm và mọi thời điểm. Phân nhóm bệnh nhân theo từng nhóm nguy cơ thấp đến cao theo điểm ARISCAT, và tính tỷ lệ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật theo từng nhóm nguy cơ.

Chú thích: T1: Sau phẫu thuật 1 ngày; T3: Sau phẫu thuật 3 ngày; T10: Sau phẫu thuật 10 ngày; T30: Khi ra viện nếu bệnh nhân nằm viện trên 10 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	180 (100%)
Tuổi	60.7 $\pm$ 13.1 (năm)
Giới nam	95 (52.7%)
BMI	23.3 $\pm$ 3.5
TS hút thuốc	105 (58.3%)
TS bệnh phổi từ trước	21 (11.7%)
Điểm ARISCAT (điểm)	40.2 $\pm$ 19.8
PT tăng trên ổ bụng	125 (70%)
Tỉ lệ biến chứng phổi (xuất hiện tại bất cứ thời điểm nào trong viện)	35 (19.4%)
Thời gian nằm viện (ngày)	7.5 $\pm$ 4.7
Thời gian nằm ICU (ngày)	4.5 $\pm$ 3.3

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 60.7 tuổi; Trong đó tỉ lệ nam giới chiếm 52.7%; Trong nhóm nghiên cứu, có tới 105 BN có tiền sử hút thuốc lá (58.3%). Nhóm bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi từ trước chiếm số lượng không lớn (11.7%). Các phẫu thuật tăng trên ổ bụng chiếm phần lớn trong tổng số ca phẫu thuật bụng của nghiên cứu (70%). Điểm ARISCAT trung bình là 40.2 điểm, và tỉ lệ xuất hiện biến chứng phổi xuất hiện sau phẫu thuật là 19.4%. Thời gian nằm viện trung bình và thời gian nằm ICU trung bình lần lượt là 7.5 ngày và 4.5 ngày.

Bảng 2. Các nguyên nhân biến chứng hô hấp sau phẫu thuật

Các loại biến chứng hô hấp	Số bệnh nhân (n, %)
Xẹp phổi	12 (34.3%)
Viêm phổi	10 (28.7%)

Tràn dịch màng phổi	8 (22.9%)
Tràn khí màng phổi	2 (5.6%)
Cơ thắt khí phế quản	2 (5.6%)
Viêm phổi hít	1 (2.9%)
Tổng	35 (100%)

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có xuất hiện biến chứng hô hấp sau phẫu thuật, các nguyên nhân phổ biến thường gặp nhất là xẹp phổi chiếm tỉ lệ 34.3%; viêm phổi, tràn dịch màng phổi cũng chiếm tỉ lệ cao trong các ca có biến chứng phổi sau phẫu thuật. Một số nguyên nhân ít gặp khác bao gồm tràn khí màng phổi, cơ thắt khí phế quản, viêm phổi hít.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ thấp đến nguy cơ cao và biến chứng phổi tại các thời điểm T1, T3, T10, T30 và tại Tm (tất cả thời điểm)

Thời điểm đánh giá	Số trường hợp có biến chứng hô hấp n (%)		
	Nguy cơ thấp (ARISCAT <26) N=48	Nguy cơ trung bình (ARISCAT 26-44) N=61	Nguy cơ cao (ARISCAT ≥45) N=71
T1	3 (6.2%)	5 (8.2%)	17 (23.9%)
T3	1 (2.1%)	10 (16.4%)	22 (30.9%)
T10	1 (2.1%)	4 (6.6%)	15 (21.1%)
T30	0 (0%)	1 (1.6%)	9 (12.6%)
Tổng (mọi thời điểm)	3 (6.2%)	10 (16.4%)	22 (30.9%)

Nhận xét: Ở nhóm ARISCAT < 26 điểm, phân tầng nguy cơ thấp với biến chứng phổi sau phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng phổi ở mức thấp 6.2%. Trong đó tỉ lệ gặp nhiều nhất trong 3 ngày đầu sau phẫu thuật.

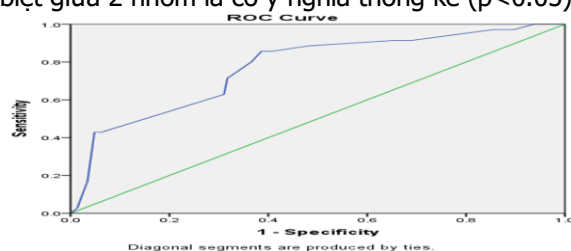
Ở nhóm phân tầng nguy cơ trung bình với điểm ARISCAT trong khoảng 26-44 điểm, các biến chứng phổi cũng xuất hiện nhiều vào khoảng 3 ngày đầu sau phẫu thuật, và biến chứng phổi xuất hiện với tỉ lệ cao nhất là 16.4% tại thời điểm ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Rất ít bệnh nhân có biến chứng phổi muộn > 10 ngày sau phẫu thuật.

Với nhóm phân tầng nguy cơ cao ARISCAT ≥ 45 điểm, tỉ lệ xuất hiện biến chứng hô hấp là cao nhất so với 2 nhóm còn lại (30.9%). Trong đó biến chứng hô hấp cũng hay gặp trong tuần đầu sau phẫu thuật. Nhóm này cũng có số lượng bệnh nhân có biến chứng hô hấp sau mổ phải kéo dài điều trị tới > 10 ngày sau phẫu thuật là cao nhất so với 2 nhóm còn lại (21.1% ở ngày thứ 10 sau mổ).

Bảng 4. Bảng thống kê điểm ARISCAT trung bình giữa 2 nhóm có biến chứng và không có biến chứng phổi.

	Điểm
Điểm ARISCAT trung bình	40.2 ± 19.8
ARISCAT trung bình nhóm có biến chứng phổi	56.9 ± 19.1
Điểm ARISCAT trung bình nhóm không có biến chứng phổi	36.2 ± 17.8
p	<0.05

Nhận xét: Điểm ARISCAT trung bình ở mức tương đối cao là 40.2 điểm. Ở nhóm không có biến chứng phổi, ARISCAT trung bình là 36.2 điểm, so với nhóm có biến chứng phổi, ARISCAT trung bình cao hơn đáng kể là 56.9 điểm, khác biệt giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê (p<0.05).



Biểu đồ 2. Đường cong ROC giá trị tiên đoán của tổng điểm ARISCAT trước phẫu thuật và biến chứng phổi sau phẫu thuật xuất hiện trong thời gian nằm viện (mọi thời điểm)

Nhận xét: AUC = 0.77 (KTC 95% 0.68-0.86) p<0.05; Giá trị AUC ở mức tương đối cao, cho thấy điểm ARISCAT có giá trị tiên lượng tốt cho tỉ lệ xuất hiện biến chứng phổi sau phẫu thuật. Khi sử dụng điểm cắt 26 điểm ARISCAT để phân nhóm nguy cơ thấp với nguy cơ trung bình biến chứng phổi sau phẫu thuật, độ nhạy là 91.4% và độ đặc hiệu là 36.8%. Tại điểm cắt 45 điểm ARISCAT để phân nhóm nguy cơ trung bình với nguy cơ cao biến chứng phổi sau phẫu thuật, độ nhạy tính được là 71.4% và độ đặc hiệu là 70.3%.

IV. BÀN LUẬN

Đây là một nghiên cứu phân tầng nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật dựa trên thang điểm ARISCAT. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu được thống kê trong bảng 1. Tổng số 180 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 60.7 tuổi. Điểm ARISCAT trung bình là 40.2±19.8, trong đó ở nhóm có biến chứng phổi và nhóm không có biến chứng phổi có điểm ARISCAT lần lượt là 56.9±19.1 so với 36.2±17.8, p< 0.05. Bệnh nhân xuất hiện biến chứng phổi trong suốt thời gian nằm viện là 35 bệnh nhân (19.4%). Tỉ lệ biến chứng phổi xuất hiện tương đồng với nghiên cứu của Eldaibossi và cộng sự với điểm ARISCAT trung bình là 39.3±12.4 điểm và tỉ lệ xuất hiện biến chứng

phổi chung là 20.4%,⁵ tuy nhiên cao hơn so với nghiên cứu của Nithiuthai và cộng sự (7.7%),⁶ vì nghiên cứu của chúng tôi có điểm ARISCAT trung bình cao hơn đáng kể ở cả 2 nhóm có và không có biến chứng phổi điểm (ARISCAT ở nhóm có và không có biến chứng phổi lần lượt chỉ là 41 điểm và 32 điểm ($p < 0.05$)). Các biến chứng phổi gặp trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là xẹp phổi (34.3%), viêm phổi (28.7%) và tràn dịch màng phổi (22.9%). Một số nguyên nhân khác như viêm phổi hít, co thắt phế quản, tràn khí màng phổi chiếm tỉ lệ ít. Giải thích cho việc xẹp phổi và viêm phổi luôn là những nguyên nhân hay gặp nhất của biến chứng phổi sau phẫu thuật là do thay đổi sinh lý bệnh trong quá trình gây mê và thở máy, thuốc giãn cơ, tăng áp lực ổ bụng, tư thế chèn ép, vùng phổi xẹp tạo điều kiện vi khuẩn phát triển, dịch tiết trên bóng chèn nội khí quản,... Kết quả của nghiên cứu này cũng có phần tương tự như nghiên cứu của Nithiuthai và cộng sự, với tỉ lệ biến chứng phổi hay gặp nhất cũng là xẹp phổi, tràn dịch màng phổi và viêm phổi với tỉ lệ lần lượt là 36% 28% và 24%. Hay trong một nghiên cứu khác của Yokota và cộng sự trên > 600 bệnh nhân có phẫu thuật vùng bụng, các biến chứng hô hấp xuất hiện trong nghiên cứu cũng được phân bố với tỉ lệ: 31% viêm phổi, 28% tràn dịch màng phổi và 17% xẹp phổi.⁷

Khi phân tầng nguy cơ thấp đến nguy cơ cao theo thang điểm ARISCAT, biến chứng phổi sau mổ xuất hiện cũng tăng dần theo phân tầng nguy cơ. Ở nhóm nguy cơ thấp với biến chứng phổi sau phẫu thuật (điểm ARISCAT < 26 điểm), tỉ lệ xuất hiện biến chứng phổi chỉ ở mức 6.2%. Ở nhóm có nguy cơ trung bình (ARISCAT từ 26-44 điểm), tỉ lệ biến chứng phổi xuất hiện với tỉ lệ 16.4% bệnh nhân. Ở nhóm nguy cơ cao (điểm ARISCAT > 44 điểm), tỉ lệ xuất hiện biến chứng phổi sau phẫu thuật là cao nhất với tỉ lệ 30.9%. Trong một nghiên cứu đa trung tâm của Mazo và cộng sự thực hiện ở 63 trung tâm Châu Âu trên 21 quốc gia để đánh giá độ chính xác của thang điểm ARISCAT, kết quả ghi nhận được: tỉ lệ biến chứng phổi xuất hiện theo các nhóm nguy cơ từ thấp đến cao lần lượt là 3.3%; 12.9% và 38.0%, và cũng kết luận rằng, điểm ARISCAT cho khả năng rất xuất sắc trong việc phân tầng nguy cơ biến chứng phổi sau phẫu thuật.⁸ Hay trong nghiên cứu của Canet và cộng sự, tỉ lệ biến chứng phổi xuất hiện ở 3 nhóm nguy cơ từ thấp đến cao lần lượt là 1.6%; 13.3% và 42.1%.⁴

Thang điểm ARISCAT cũng mang lại giá trị tiên lượng rất cao kể từ khi được Canet và cộng sự đưa ra từ 2010, được rất nhiều nghiên cứu

trên thế giới tiến hành và chứng minh được giá trị tiên lượng đáng tin cậy. Trong nghiên cứu của Nithiuthai và cộng sự tại Thái Lan, điểm ARISCAT đem lại giá trị tiên lượng tốt biến chứng phổi cho nhóm bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật bụng trên, với AUC 0.72 (KTC 95%, $p < 0.001$).⁶ Hay trong nghiên cứu của Gupta và cộng sự về biến chứng phổi sau phẫu thuật ngoài tim, điểm ARISCAT cũng được kết luận có giá trị tiên lượng rất tốt ở nhóm nghiên cứu, khi mà kết quả tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng phổi tăng cao gấp 4.5 lần ở nhóm nguy cơ trung bình và 17.7 lần ở nhóm nguy cơ cao.⁹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên nhóm đối tượng phẫu thuật bụng lớn, điểm ARISCAT cũng đem lại giá trị tiên lượng rất tốt về biến chứng hô hấp sau phẫu thuật, với AUC = 0.77 (KTC 95% 0.68-0.86, $p < 0.05$).

Khi sử dụng điểm cắt 26 điểm ARISCAT để phân nhóm nguy cơ thấp với nguy cơ trung bình biến chứng phổi sau phẫu thuật, độ nhạy là 91.4% và độ đặc hiệu là 36.8% (điểm cutoff thực tế 28.5 điểm); Tại điểm cắt 45 điểm ARISCAT để phân nhóm nguy cơ trung bình với nguy cơ cao biến chứng phổi sau phẫu thuật, độ nhạy tính được là 71.4% và độ đặc hiệu là 70.3%. Khi so sánh với nghiên cứu của Nithiuthai và cộng sự, độ nhạy tính được là 91.8% và độ đặc hiệu là 36.6% ở điểm cắt 26 điểm ARISCAT, và tại điểm cắt 40 điểm, độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 68.2% và 63.4%.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm ARISCAT có khả năng rất tốt trong việc phân tầng nguy cơ biến chứng hô hấp sau phẫu thuật tiêu hóa lớn tại tất cả các thời điểm sau phẫu thuật, với tỉ lệ biến chứng phổi xuất hiện ở các nhóm nguy cơ từ thấp đến cao lần lượt là 6.2%, 16.4% và 30.9%. Đường cong ROC giá trị tiên đoán của tổng điểm ARISCAT và biến chứng phổi sau phẫu thuật xuất hiện trong thời gian nằm viện có AUC = 0.77 (KTC 95% 0.68-0.86) $p < 0.05$, cho thấy điểm ARISCAT có giá trị tiên lượng tốt cho tỉ lệ xuất hiện biến chứng phổi sau phẫu thuật tại mọi thời điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lakshminarasimhachar A, Smetana GW.** Preoperative Evaluation: Estimation of Pulmonary Risk. *Anesthesiology Clinics*. 2016;34(1):71-88. doi:10.1016/j.anclin.2015.10.007
2. **Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, et al.** Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors? *Thorax*. 2010;65(9):815-818. doi:10.1136/thx.2009.123083
3. **Biccard BM, Madiba TE, Kluys HL, et al.** Perioperative patient outcomes in the African

- Surgical Outcomes Study: a 7-day prospective observational cohort study. *The Lancet*. 2018;391(10130):1589-1598. doi:10.1016/S0140-6736(18)30001-1
4. **Canet J, Gallart L, Gomar C, et al.** Prediction of Postoperative Pulmonary Complications in a Population-based Surgical Cohort. *Anesthesiology*. 2010;113(6): 1338. doi:10.1097/ALN.0b013e3181fc6e0a
 5. **Eldaabossi S, Al-Ghoneimy Y, Ghoneim A, et al.** The ARISCAT Risk Index as a Predictor of Pulmonary Complications After Thoracic Surgeries, Almoosa Specialist Hospital, Saudi Arabia. *J Multidiscip Healthc*. 2023;16:625-634. doi:10.2147/JMDH.S404124
 6. **Nithiuthai J, Siriussawakul A, Junkai R, Horugsa N, Jarungjitaree S, Triyasunant N.** Do ARISCAT scores help to predict the incidence of postoperative pulmonary complications in elderly patients after upper abdominal surgery? An observational study at a single university hospital. *Perioperative Medicine*. 2021;10(1):43. doi:10.1186/s13741-021-00214-3
 7. **Yokota S, Koizumi M, Togashi K, et al.** Preoperative pulmonary function tests do not predict the development of pulmonary complications after elective major abdominal surgery: A prospective cohort study. *International Journal of Surgery*. 2020;73:65-71. doi:10.1016/j.ijsu.2019.11.032
 8. **Mazo V, Sabaté S, Canet J, et al.** Prospective External Validation of a Predictive Score for Postoperative Pulmonary Complications. *Anesthesiology*. 2014;121(2): 219. doi:10.1097/ALN.0000000000000334
 9. **Gupta S, Fernandes RJ, Rao JS, Dhanpal R.** Perioperative risk factors for pulmonary complications after non-cardiac surgery. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2020;36(1):88-93. doi:10.4103/joacp.JOACP_54_19

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ LÂM SÀNG BỆNH NHÂN BỆNH LÝ HẸP ỔNG SỐNG CỔ ĐƠN TẦNG DO THOÁI HÓA CÓ KÈM THEO PHỤ TỦY

Nguyễn Thế Hoàn¹, Hoàng Gia Du², Nguyễn Văn Trung³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng bệnh nhân bệnh lý hẹp ống sống cổ đơn tầng do thoái hóa có kèm theo hình ảnh phụ tủy ngang mức trên phim cộng hưởng từ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu đặc điểm dịch tễ học và lâm sàng của 37 bệnh nhân bệnh lý hẹp ống sống cổ đơn tầng do thoái hóa có hình ảnh phụ tủy ngang mức trên phim cộng hưởng từ, được phẫu thuật ACDF đơn tầng tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 56.29 ± 1.62 tuổi, độ tuổi 51–60 chiếm tỷ lệ cao nhất (32.43%). Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (62.16%) so với nữ giới (37.84%). Nhóm lao động nặng chiếm 75.68%, trong khi 51.4% bệnh nhân được xếp loại thừa cân hoặc béo phì. Gần một nửa số bệnh nhân (45.9%) có tiền sử hút thuốc lá. Thời gian diễn biến bệnh trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật là 4.66 ± 3.66 tháng. Triệu chứng khởi phát thường gặp nhất là tê bì tay (59.5%). Đa số bệnh nhân (86.5%) nhập viện với hội chứng chèn ép tủy cổ. Điểm mJOA (modified Japanese Orthopaedic Association score) trung bình trước mổ là 10.56 ± 2.07 , với 67.6% bệnh nhân có mJOA ở mức độ nặng. **Kết luận:** Bệnh thường gặp ở nam giới, trung niên,

có tiền sử lao động nặng, thừa cân, và hút thuốc lá. Đa số bệnh nhân nhập viện với hội chứng chèn ép tủy ở mức độ nặng, tuy nhiên các đặc điểm về dịch tễ và lâm sàng chưa đạt được kỳ vọng liên quan trong thống kê.

Từ khóa: Bệnh lý hẹp ống sống cổ đơn tầng do thoái hóa, phụ tủy trên phim cộng hưởng từ. **Danh mục chữ viết tắt:** mJOA (modified Japanese Orthopaedic Association score), ASA (American Society of Anesthesiologists), ACDF (Anterior Cervical Discectomy and Fusion), MRI (magnetic resonance imaging), Bệnh lý tủy cổ do thoái hóa (Degenerative Cervical Myelopathy - DCM).

SUMMARY

PREOPERATIVE EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH DEGENERATIVE CERVICAL MYELOPATHY RESULTING IN SINGLE-LEVEL SPINAL STENOSIS AND CONCOMITANT INTRAMEDULLARY SIGNAL HYPERINTENSITY

Objectives: To describe the preoperative epidemiological and clinical characteristics of patients with degenerative cervical myelopathy resulting in single-level spinal stenosis and concomitant intramedullary signal hyperintensity on magnetic resonance imaging. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted to analyze the epidemiological and clinical characteristics of 37 patients with degenerative cervical myelopathy resulting in single-level spinal stenosis and concomitant intramedullary signal hyperintensity on magnetic resonance imaging. All patients underwent single-level anterior cervical discectomy and fusion

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Vinmec Smart City

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Hoàn

Email: thehoanh5698@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 29.10.2025