

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỬ VONG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÀ MAU GIAI ĐOẠN 2023-2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Võ Hoài Thương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quy cấp là nguyên nhân tử vong hàng đầu, trong đó các yếu tố lâm sàng ban đầu có vai trò quan trọng trong tiên lượng tình trạng bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ tử vong và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đột quy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023–2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3314 bệnh nhân đột quy điều trị nội trú. Tử vong trong thời gian nằm viện được phân tích bằng hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong chung là 15,36%. Phân tích đa biến xác định các yếu tố liên quan gồm: suy giảm ý thức ($OR_{HC}=6,85$; KTC95%: 4,10-11,45), rối loạn nhịp thở ($OR_{HC}=9,84$; KTC95%: 6,12-15,83), dấu hiệu chèn ép não ($OR_{HC}=7,12$; KTC95%: 5,40-9,72), tăng thân nhiệt ($OR_{HC}=4,01$; KTC95%: 2,98-6,52), điểm NIHSS cao ($OR_{HC}=2,21$; KTC95%: 1,48-3,31), thể xuất huyết não ($OR_{HC}=10,21$) và tuổi cao ($OR_{HC}=1,42$). Đa bệnh đồng mắc cũng làm tăng nguy cơ tử vong ($OR_{HC}=1,38$). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong do đột quy cấp còn cao. Các yếu tố tiên lượng bao gồm Glasgow thấp, rối loạn nhịp thở, chèn ép não, tăng thân nhiệt, NIHSS cao, xuất huyết não, tuổi cao và đa bệnh đồng mắc. Nhận diện sớm các yếu tố này giúp cải thiện chiến lược xử trí. **Từ khóa:** đột quy cấp, tử vong, NIHSS, chèn ép não.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH MORTALITY IN ACUTE STROKE PATIENTS AT CA MAU GENERAL HOSPITAL, 2023–2024

Background: Acute stroke remains a leading cause of mortality, and initial clinical factors play a significant role in predicting patient outcomes. **Objective:** To determine the mortality rate and associated factors in acute stroke patients at Ca Mau General Hospital during the 2023–2024 period. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 3314 hospitalized stroke patients. In-hospital mortality was analyzed using multivariable logistic regression. **Results:** The overall mortality rate was 15.36%. Multivariable analysis identified the following associated factors: impaired consciousness (adjusted OR = 6.85; CI 95%: 4.10–11.45), respiratory rhythm disorders (adjusted OR = 9.84; CI 95%: 6.12–15.83), signs of cerebral compression (adjusted OR = 7.12; CI 95%: 5.40–9.72), hyperthermia (adjusted OR = 4.01; CI 95%: 2.98–

6.52), high NIHSS score (adjusted OR = 2.21; CI 95%: 1.48–3.31), hemorrhagic stroke subtype (adjusted OR = 10.21), and advanced age (adjusted OR = 1.42). The presence of multiple comorbidities also increased the risk of mortality (adjusted OR = 1.38). **Conclusion:** Acute stroke mortality remains high. Prognostic factors include low Glasgow Coma Scale (GCS) score, respiratory rhythm disorders, cerebral compression, hyperthermia, high NIHSS scores, hemorrhagic stroke, advanced age, and multiple comorbidities. Early identification of these factors may help improve management strategies.

Keywords: acute stroke, mortality, NIHSS, cerebral compression.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn phế trên toàn cầu, chỉ đứng sau bệnh tim mạch và ung thư. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, mỗi năm có khoảng 6,6 triệu người tử vong do đột quy, chiếm gần 12% tổng số ca tử vong toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, đột quy đang có xu hướng gia tăng ở cả hai giới, đặc biệt ở nhóm tuổi trên 60, gây gánh nặng lớn cho hệ thống y tế và xã hội [2]. Tỷ lệ tử vong sau đột quy phụ thuộc vào thể bệnh và mức độ nặng khi nhập viện. Các nghiên cứu trong nước ghi nhận tỷ lệ tử vong 20-40% ở nhồi máu não và 45–60% ở xuất huyết não [7], [8]. Nghiên cứu của Mai Duy Tôn và cộng sự tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ tử vong 71,1% ở bệnh nhân nhồi máu não nên không tái tưới máu, trong đó điểm NIHSS ≥ 14 là yếu tố tiên lượng độc lập [6]. Ngoài ra, tuổi cao, điểm Glasgow thấp, chèn ép não, rối loạn nhịp thở, tăng thân nhiệt và bệnh đồng mắc cũng được xác định là những yếu tố nguy cơ tử vong [3], [5]. Tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau, các nghiên cứu về tử vong và yếu tố tiên lượng còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài: “Các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đột quy cấp tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023–2024” với 2 mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân đột quy cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau giai đoạn 2023-2024. Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và thể bệnh đột quy với tử vong ở bệnh nhân đột quy cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh được chẩn đoán đột quy não cấp (nhồi máu não hoặc

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

xuất huyết não) theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO, 2006), được điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Cà Mau từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh hoặc thân nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu;

Người bệnh có bệnh lý ác tính giai đoạn cuối, chấn thương sọ não, nhiễm trùng thần kinh trung ương, hoặc thiếu dữ liệu lâm sàng quan trọng trong hồ sơ bệnh án;

Bệnh nhân chuyển viện trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện hoặc tử vong chưa xác định rõ nguyên nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Khảo sát tất cả người bệnh đủ tiêu chuẩn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Ghi nhận các đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới, địa chỉ cư trú.

Đặc điểm lâm sàng: thể bệnh (nhồi máu não, xuất huyết não), điểm NIHSS khi nhập viện, điểm Glasgow, có/không có chèn ép não, rối loạn nhịp thở, tăng nhiệt độ $\geq 38^{\circ}\text{C}$, và bệnh đồng mắc (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim, bệnh thận mạn...).

Biến số kết cục: tử vong trong thời gian nằm viện.

Xử lý và phân tích số liệu: Dữ liệu được nhập bằng phần mềm EpiData 3.02, phân tích thống kê bằng STATA 16.0.

Phân tích mối liên quan giữa các yếu tố và tử vong bằng hồi quy logistic đơn biến, trình bày Odds Ratio (OR) với khoảng tin cậy 95% (KTC95%). Các yếu tố có $p < 0,2$ được đưa vào mô hình hồi quy logistic đa biến để xác định các yếu tố tiên lượng độc lập. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng, điều trị của đối tượng nghiên cứu (n=3314)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	1895	57,18
Nữ	1419	42,82

Nhóm tuổi		
≤ 60	505	15,24
61-70	1306	39,41
71-80	819	24,71
> 80	684	20,64
Suy giảm ý thức (Glasgow < 9)		
Có	437	13,18
Không	2877	86,82
Thang điểm NIHSS		
≤ 5	2066	62,34
6-15	709	21,39
> 15	539	16,27
Dấu hiệu chèn ép não (CT\MRI)		
Có	640	19,31
Không	2674	80,69
Rối loạn nhịp thở		
Có	781	23,56
Không	2533	76,47
Tăng nhiệt độ		
Có	959	28,94
Không	2355	71,06
Bệnh đồng mắc		
0	115	3,47
1	821	24,78
2	942	28,42
≥ 3	1436	43,33
Phân loại đột quy		
Xuất huyết não	507	15,30
Nhồi máu não	2807	84,70

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nam giới (57,18%), độ tuổi 61–70 (39,41%), phần lớn không suy giảm ý thức (86,82%), NIHSS ≤ 5 (62,34%), không có chèn ép não (80,69%). Tỷ lệ rối loạn nhịp thở 23,56%, tăng nhiệt độ 28,94%, và ≥ 3 bệnh đồng mắc 43,33%. Nhồi máu não (84,70%) cao hơn rõ rệt so với xuất huyết não (15,30%).

3.2. Tỷ lệ người bệnh tử vong sau đột quy cấp và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tỷ lệ người bệnh tử vong sau đột quy cấp

Bảng 3.2. Tỷ lệ người bệnh tử vong sau đột quy cấp

Tử vong	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	509	15,36
Không	2805	84,64
Tổng	3314	100

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong sau đột quy cấp là 15,36% với 509 người bệnh trong tổng số 3314 người bệnh được nghiên cứu.

3.2.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố của người bệnh tử vong sau đột quy cấp

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố của người bệnh tử vong sau đột quỵ cấp

Đặc điểm	Tử vong		OR [KTC95%]	P
	Có	Không		
Giới tính				
Nam	297(15,67)	1598(84,33)	-	0,56
Nữ	212(14,94)	1207(85,06)		
Nhóm tuổi				
≤ 60	37(7,33)	468(92,67)	1,68* (1,13-2,54)	<0,0001
61-70	148(11,33)	1158(88,67)		
71-80	151(18,44)	668(81,56)		
> 80	173(25,29)	511(74,71)		
Suy giảm ý thức (Glasgow<9)				
Có	228(52,17)	209(47,83)	10,07 (7,99-12,68)	<0,0001
Không	281(9,77)	2596(90,23)		
Thang điểm NIHSS				
≤ 5	167(8,08)	1899(91,92)	2,74* (1,62-3,27)	<0,0001
6-15	122(17,21)	587(82,79)		
>15	220(40,82)	319(59,18)		
Có dấu hiệu chèn ép não (CT\MRI)				
Có	270(42,19)	370(57,81)	7,43 (6,02-9,17)	<0,0001
Không	239(8,94)	2435(91,06)		
Rối loạn nhịp thở				
Có	378(48,40)	403(51,60)	17,19 (13,65-21,69)	<0,0001
Không	131(5,17)	2402(94,83)		
Tăng nhiệt độ				
Có	315(32,85)	644(67,15)	5,44 (4,44-6,68)	<0,0001
Không	194(8,24)	2161(91,76)		
Bệnh đồng mắc				
0	6(5,22)	109(94,78)	1,65* (1,12-3,47)	<0,001
1	75(9,14)	746(90,86)		
2	143(15,18)	799(84,82)		
≥3	285(19,85)	1151(80,15)		
Phân loại đột quỵ				
Xuất huyết não	288(56,80)	219(43,20)	15,38 (12,23-19,34)	<0,0001
Nhồi máu não	221(7,87)	2586(92,13)		

(*): giá trị OR khuynh hướng

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong tăng theo tuổi và mức độ nặng của đột quỵ. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm GCS thấp, NIHSS cao, chèn ép não, rối loạn nhịp thở, tăng thân nhiệt, đa bệnh đồng mắc và thể xuất huyết não ($p < 0,001$).

Bảng 4. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố liên quan

Yếu tố nguy cơ	OR (thô)	KTC 95%	OR _{HC}	KTC 95%	p [®]
Nhóm tuổi	1,68*	(1,13-2,54)	1,42*	(1,05-1,98)	0,028
Suy giảm ý thức	10,07	(7,99-12,68)	6,85	(4,10-11,45)	<0,001
Thang điểm NIHSS	2,74*	(1,62-3,27)	2,21*	(1,48-3,31)	<0,001
Có dấu hiệu chèn ép não (CT\MRI)	7,43	(6,02-9,17)	7,12	(5,40-9,72)	<0,001
Rối loạn nhịp thở	17,19	(13,65- 21,69)	9,84	(6,12-15,83)	<0,001
Tăng nhiệt độ	5,44	(4,44-6,68)	4,01	(2,98-6,52)	<0,001
Bệnh đồng mắc	1,65*	(1,12-3,47)	1,38*	(1,01-1,94)	0,041
Phân loại đột quỵ	15,38	(12,23-19,34)	10,21	(6,91-15,08)	<0,001

(*): giá trị OR khuynh hướng; p[®]: giá trị p sau khi phân tích hồi quy đa biến; OR_{HC}: giá trị tỷ số chênh sau khi phân tích hồi quy đa biến

Nhận xét: Sau khi phân tích cho thấy vẫn có nhiều yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tử vong sau đột quỵ, gồm nhóm tuổi cao, suy giảm ý thức, điểm NIHSS, dấu hiệu chèn ép não, rối loạn nhịp thở, tăng nhiệt độ, bệnh đồng mắc và phân loại đột quỵ, p đều <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 57,18%, cao hơn nữ, tương tự các nghiên cứu của Nguyễn Đức Dũng và Hankey và cộng sự, cho thấy nam giới có nguy cơ mắc đột quỵ cao hơn do hút thuốc lá, uống rượu và tăng huyết áp nhiều hơn [2], [3]. Nhóm tuổi 61–70 chiếm tỷ lệ cao nhất (39,41%), phù hợp với nhận định của Chaudhary và cộng sự rằng nguy cơ đột quỵ tăng dần theo tuổi do sự tích lũy của các yếu tố nguy cơ tim mạch [1].

Đa số bệnh nhân có mức độ nhẹ (NIHSS \leq 5: 62,34%) và không suy giảm ý thức (86,82%), cho thấy phần lớn trường hợp được phát hiện sớm hoặc tổn thương khu trú. Tuy nhiên, tỷ lệ có dấu hiệu chèn ép não (19,31%), rối loạn nhịp thở (23,56%) và tăng thân nhiệt (28,94%) vẫn đáng kể, phản ánh mức độ nặng ở một bộ phận người bệnh, tương đồng với kết quả của Mai Duy Tôn và cộng sự tại Bệnh viện Bạch Mai [6].

Ngoài ra, 43,33% bệnh nhân có từ ba bệnh đồng mắc trở lên, chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường, cho thấy gánh nặng bệnh mạn tính ở nhóm tuổi cao, tương tự nhận định của Mitra và cộng sự [5]. Tỷ lệ nhồi máu não chiếm ưu thế với 84,70%, trong khi xuất huyết não chỉ chiếm 15,30% nhưng thường có tiên lượng nặng hơn.

4.2. Tỷ lệ người bệnh tử vong sau đột quỵ cấp và các yếu tố liên quan

4.2.1. Tỷ lệ người bệnh tử vong sau đột quỵ cấp. Tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu là 15,36%, tương đương với kết quả của Lý Ngọc Tú tại Bệnh viện Chợ Rẫy (tử vong 14,8%) và thấp hơn so với báo cáo của Hankey tại Úc (20,5%) [3], [7]. Kết quả này phản ánh xu hướng giảm tử vong do đột quỵ trong những năm gần đây nhờ cải thiện trong chẩn đoán sớm, điều trị cấp cứu và chăm sóc hồi sức tích cực.

Tỷ lệ tử vong 15,36% vẫn được xem là đáng kể, đặc biệt trong bối cảnh nhiều bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn muộn hoặc có kèm bệnh đồng mắc nặng như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim mạch. Theo Chaudhary, tử vong sau đột quỵ chịu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, trong đó mức độ nặng ban đầu, chèn ép não và rối loạn hô hấp đóng vai trò quyết định [1].

4.2.2. Mối liên quan giữa các yếu tố và người bệnh tử vong sau đột quỵ cấp. Phân tích đơn biến cho thấy tỷ lệ tử vong chung là 15,36%, trong đó nam (15,67%) và nữ (14,94%) không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,56$). Suy giảm ý thức có liên quan mạnh

đến tử vong với tỷ lệ 52,17%, cao gấp hơn 10 lần nhóm không suy giảm ý thức (9,77%). Bên cạnh đó, ba yếu tố lâm sàng cấp tính chèn ép não (42,19%), rối loạn nhịp thở (48,40%) và tăng thân nhiệt (32,85%) đều làm tăng đáng kể nguy cơ tử vong ($p < 0,001$), cho thấy vai trò quan trọng của tình trạng sinh lý, thần kinh trong giai đoạn cấp.

Đáng chú ý, xuất huyết não có tỷ lệ tử vong 56,80%, cao gấp nhiều lần so với nhồi máu não (7,87%). Điều này thống nhất với các nghiên cứu của Lý Ngọc Tú, Nguyễn Anh Tài và Hankey và cộng sự, cho thấy thể xuất huyết luôn có tiên lượng xấu hơn [3], [7].

Ba yếu tố gồm nhóm tuổi, bệnh đồng mắc và điểm NIHSS đều cho thấy hiệu ứng liều–đáp ứng rõ rệt. Tỷ lệ tử vong tăng dần theo tuổi (7,33% \rightarrow 25,29%), và mỗi bậc tăng tuổi làm nguy cơ tử vong tăng 1,68 lần (KTC95%: 1,13–2,54). Tương tự, tử vong tăng từ 5,22% (không bệnh nền) lên 19,85% (≥ 3 bệnh), và mỗi bệnh đồng mắc tăng thêm làm nguy cơ tử vong tăng khoảng 1,4–1,6 lần. Với NIHSS, tử vong tăng mạnh từ 8,08% (≤ 5 điểm) lên 40,82% (> 15 điểm); mỗi mức nặng thêm của NIHSS làm nguy cơ tử vong tăng 2,2–2,7 lần.

4.2.3. Phân tích hồi quy logistic giữa tử vong và các yếu tố liên quan. Kết quả hồi quy đa biến cho thấy nhiều yếu tố liên quan mạnh đến tử vong sau đột quỵ. Rối loạn nhịp thở là yếu tố nguy cơ nổi bật nhất, làm tăng nguy cơ tử vong gần 10 lần ($OR_{HC}=9,84$), phù hợp với nhận định rằng rối loạn hô hấp cấp là dấu hiệu choán chỗ hoặc rối loạn thần kinh trung ương nặng, thường gặp ở nhóm tiên lượng xấu [3].

Đáng chú ý, suy giảm ý thức làm tăng nguy cơ tử vong gấp 6,85 lần, tương đồng với nghiên cứu trong nước của Nguyễn Văn Dũng [2], cho thấy mức độ hôn mê lúc nhập viện là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, liên quan chặt chẽ với mức độ tổn thương não cấp tính. Bên cạnh đó, phân loại đột quỵ nặng ($OR_{HC}=10,21$) và dấu hiệu chèn ép não trên CT/MRI ($OR_{HC}=7,12$) cũng là những yếu tố độc lập có ảnh hưởng lớn, tương tự kết quả của Trần Minh Huy & Nguyễn Đình Toàn, nhấn mạnh vai trò của hình ảnh học trong đánh giá mức độ nặng ban đầu [4].

Ngoài ra, tăng thân nhiệt ($OR_{HC}=4,01$) và điểm NIHSS cao ($OR_{HC}=2,21$) đều làm tăng nguy cơ tử vong đáng kể. Điều này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế cho thấy tăng nhiệt độ làm mở rộng vùng tổn thương thiếu máu, còn NIHSS tiếp tục là thang đánh giá mạnh cho kết cục xấu sau đột quỵ. Các yếu tố mức độ nhẹ hơn như

tuổi cao và bệnh đồng mắc vẫn có ý nghĩa, cho thấy gánh nặng hấp phụ bệnh nền góp phần làm suy giảm khả năng hồi phục [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân đột quy não cấp trong nghiên cứu này là 15,36%.

Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong có ý nghĩa thống kê gồm: suy giảm ý thức ($OR_{HC}=6,85$; $p<0,001$), rối loạn nhịp thở ($OR_{HC}=9,84$; $p<0,001$), thể xuất huyết não ($OR_{HC}=10,21$; $p<0,001$), dấu hiệu chèn ép não ($OR_{HC}=7,12$; $p<0,001$), tăng thân nhiệt ($OR_{HC}=4,01$; $p<0,001$), điểm NIHSS cao ($OR_{HC}=2,21$; $p<0,001$), nhóm tuổi cao ($OR_{HC}=1,42$; $p=0,028$) và bệnh đồng mắc ($OR_{HC}=1,38$; $p=0,041$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chaudhary D., Sharma S., Kumar A. (2019), "Global burden of stroke and its risk factors", World Health Organization Bulletin, 97(5), tr. 364–370.
2. Nguyễn Đức Dũng (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ tử vong ở bệnh

- nhân đột quy não", Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 25–58.
3. Hankey G.J., Jamrozik K., Broadhurst R.J. et al. (2000), "Five-year survival after first-ever stroke and related prognostic factors in the Perth Community Stroke Study", Stroke Journal, 31(9), tr. 2080–2086.
 4. Trần Minh Huy, Nguyễn Đình Toàn, (2016) "Các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đột quy não cấp", Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế, số(4), tr. 19-27.
 5. Mitra S., Choudhury M., et al. (2010), "Predictors of mortality in acute stroke patients: A prospective hospital-based study", Journal of Association of Physicians of India (JAPI), 58(8), tr. 472–476.
 6. Mai Duy Tôn, Nguyễn Văn Chi và cs. (2024), "Kết cục bệnh nhân nhồi máu thân nền không tái tưới máu tại Bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam, 523(4), tr. 41–47.
 7. Lý Ngọc Tú, Nguyễn Anh Tài (2010), "Đặc điểm lâm sàng và kết cục điều trị bệnh nhân đột quy não tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 14(2), tr. 54–60.
 8. Đỗ Văn Vân, Nguyễn Hữu Trí (2011), "Các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân xuất huyết não", Tạp chí Y học Việt Nam, 385(3), tr. 21–26.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MI TRÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NHẮN MÍ KẾT HỢP XỬ LÝ DA MỠ THỪA, BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Mạnh Cường^{1,2}, Mai Quốc Bảo¹,
Đỗ Đăng Trường¹, Đỗ Quang Khải³, Phạm Hiếu Liêm^{1,2,4}

Từ khóa: phẫu thuật thẩm mỹ mi trên, phẫu thuật nhấn mí, phẫu thuật cắt mí.

SUMMARY

UPPER EYELID BLEPHAROPLASTY USING SUTURE LIGATION TECHNIQUE COMBINED WITH EXCESS SKIN AND FAT REMOVAL: CLINICAL CASE REPORT

Upper Eyelid Blepharoplasty is one of the most commonly performed cosmetic surgeries and the skills and techniques for this surgery have evolved over time. Upper blepharoplasty can be divided into two main: incisional technique and non-incisional technique (suture ligation), each method has its own advantages and disadvantages. With the desire to improve and combine the advantages and overcome the disadvantages of the two techniques of incisional and non-incisional technique, authors around the world have researched combining incisional and non-incisional methods, giving good results. In this article, we present three cases of upper eyelid blepharoplasty using the suture ligation technique combined with excess skin and fat removal with good results, natural-looking eyelids with symmetry in the desired position, and few side effects.

Keywords: Upper Eyelid Blepharoplasty, double eyelid surgery, Non-incisional double eyelid surgery.

TÓM TẮT

Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên là một trong những phẫu thuật tạo hình được thực hiện phổ biến nhất và các kỹ năng cũng như kỹ thuật cho phẫu thuật này đã phát triển theo thời gian. Tạo hình nếp mi trên có thể được chia thành hai kỹ thuật chính là có đường mổ (cắt mí) và không đường mổ (nhấn mí), mỗi phương pháp đều có ưu điểm và nhược điểm riêng. Với mong muốn cải tiến, kết hợp ưu điểm khắc phục nhược điểm của hai kỹ thuật nhấn mí và cắt mí, các tác giả trên thế giới đã nghiên cứu phẫu thuật kết hợp phương pháp có đường mổ và không đường mổ, cho kết quả tốt. Trong bài báo này, chúng tôi trình bày ba trường hợp tạo hình nếp mi trên bằng kỹ thuật nhấn mí kết hợp xử lý da mỡ thừa tại BV Nam An với kết quả tốt, nếp mí trông tự nhiên với tính đối xứng ở vị trí mong muốn, ít tác dụng phụ.

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Da Liễu TP.HCM

³Bệnh viện Nam An

⁴Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025