

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HỘI CHỨNG LÃO KHOA Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI DI CHỨNG ĐỘT QUY NÃO

Nguyễn Thị Thu Hương^{1,2}, Nguyễn Văn Đạt¹, Lê Chi Viện³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và hội chứng lão khoa ở người bệnh cao tuổi di chứng đột quy não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 107 người bệnh ≥ 60 tuổi có tiền sử được chẩn đoán đột quy não khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương. Các thông tin thu thập gồm đặc điểm di chứng của đột quy não, tình trạng chức năng, trầm cảm, dinh dưỡng, sử dụng nhiều thuốc và nguy cơ ngã. **Kết quả:** Tỷ lệ đột quy tái phát là 34,6%, chủ yếu là nhồi máu não (81,6%). Hơn một nửa số người bệnh bị liệt nửa người (53,3%). Tỷ lệ phụ thuộc trong sinh hoạt hàng ngày ở các mức độ từ phụ thuộc một phần (41,1%) đến phụ thuộc hoàn toàn (43,9%). Biểu hiện trầm cảm gặp ở 72% người bệnh, trong khi tình trạng suy dinh dưỡng và nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm lần lượt 24,3% và 41,1%. Có 69,2% người bệnh thuộc nhóm có nguy cơ ngã cao. Tỷ lệ sử dụng nhiều thuốc là 70,1% với số thuốc trung bình người bệnh sử dụng là 5,7 loại thuốc/ngày. **Kết luận:** Người cao tuổi sau đột quy có tỷ lệ cao các hội chứng lão khoa, đặc biệt là suy giảm chức năng, trầm cảm, suy dinh dưỡng và nguy cơ ngã. Cần triển khai đánh giá lão khoa toàn diện thường quy để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời, góp phần cải thiện tiên lượng và chất lượng cuộc sống cho người bệnh sau đột quy não.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, hội chứng lão khoa, đột quy não, người cao tuổi.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND GERIATRIC SYNDROMES IN OLDER POST-STROKE PATIENTS

Objective: To evaluate several clinical characteristics and geriatric syndromes in older post-stroke patients. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 107 patients aged ≥ 60 years who were diagnosed with stroke and examined or treated at the National Geriatric Hospital. Collected data included clinical characteristics of stroke, functional status (Barthel Index, IADL), depression (GDS-15), nutritional status (MNA-SF), polypharmacy, and fall risk. **Results:** The rate of recurrent stroke was 34.6%, with ischemic stroke being the most common type (81.6%). More than half of the patients had hemiplegia (53.3%). The

proportion of patients dependent in daily activities ranged from partial dependence (41.1%) to complete dependence (43.9%). Depressive symptoms were observed in 72% of patients, while malnutrition and risk of malnutrition accounted for 24.3% and 41.1%, respectively. A high fall-risk group accounted for 69.2%. Polypharmacy was found in 70.1% of patients, with a mean of 5.7 medications per day. **Conclusion:** Older adults after stroke presented with a high prevalence of geriatric syndromes, particularly functional decline, depression, malnutrition, and high risk of falls. Routine comprehensive geriatric assessment should be implemented to facilitate early detection and timely interventions, thereby improving prognosis and quality of life for post-stroke patients.

Keywords: clinical characteristics, geriatric syndromes, stroke, older adults.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu. Theo nghiên cứu Gánh nặng Bệnh tật Toàn cầu năm 2016, mỗi năm trên thế giới có hơn 13,6 triệu ca đột quy não mới và hơn 5,5 triệu ca tử vong do đột quy, với tổng số năm sống điều chỉnh theo mức độ tàn tật (DALYs) do đột quy gây ra lên đến 116,4 triệu năm [1]. Sự gia tăng tỷ lệ mắc đột quy liên quan chặt chẽ đến quá trình già hóa dân số, khi tuổi thọ trung bình ngày càng tăng và các bệnh mạn tính không lây ngày càng phổ biến. Đột quy não để lại nhiều di chứng nặng nề, đặc biệt ở người cao tuổi, gây suy giảm chức năng vận động, phụ thuộc trong sinh hoạt hằng ngày, trầm cảm, suy dinh dưỡng và nhiều hội chứng lão khoa khác.

Người bệnh cao tuổi sau đột quy não là nhóm đối tượng đặc biệt dễ tổn thương do sự kết hợp giữa di chứng thần kinh sau đột quy và các thay đổi sinh lý do quá trình lão hóa. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người cao tuổi sau đột quy gặp suy giảm chức năng sinh hoạt hàng ngày, suy dinh dưỡng, trầm cảm, sử dụng nhiều thuốc và nguy cơ ngã cao [2]. Các hội chứng lão khoa này không chỉ làm tăng mức độ tàn tật, kéo dài thời gian nằm viện, mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống và hiệu quả phục hồi chức năng [3].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và hội chứng lão khoa ở người bệnh cao tuổi sau đột quy não còn hạn chế, trong khi đây là cơ sở quan trọng giúp đánh giá toàn diện người bệnh, từ đó đề xuất các biện pháp chăm sóc, phục hồi chức năng và phòng ngừa biến

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Chi Viện

Email: dr.chivien.bv108@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

chứng phù hợp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và hội chứng lão khoa ở người bệnh cao tuổi sau đột quỵ tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh cao tuổi được chẩn đoán đột quỵ não trong tiền sử hoặc hiện tại khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 07 đến tháng 11 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh được chọn vào nghiên cứu nếu có (1) tuổi ≥ 60 , (2) được chẩn đoán xác định đột quỵ não trong tiền sử hoặc hiện tại theo tiêu chuẩn triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh sọ não [4]; (3) thời gian chẩn đoán đột quỵ ≥ 2 tuần tính đến thời điểm đánh giá.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Người bệnh được chẩn đoán tai biến mạch não thoáng qua hoặc chấn thương sọ não; (2) đang mắc các bệnh cấp tính, tình trạng nặng hoặc bệnh ác tính, bệnh tâm thần phân liệt hoặc rối loạn lưỡng cực, lạm dụng rượu hoặc chất kích thích...; (3) không có khả năng giao tiếp, không thể hoàn thành các bộ câu hỏi nghiên cứu hoặc (4) từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- **Phương pháp chọn mẫu toàn bộ:** Toàn bộ đối tượng nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

Các biến số nghiên cứu:

- Thông tin chung: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index – BMI), bệnh đồng mắc, chỉ số đồng bệnh lý Charlson.

- Đặc điểm đột quỵ não: số lần đột quỵ, loại đột quỵ (nhồi máu não hoặc xuất huyết não), thời gian chẩn đoán đột quỵ (tính từ lần gần nhất), liệt nửa người.

- Mức độ di chứng: Thang điểm Rankin cải biên (mRS) là thang đo thứ bậc gồm 7 mức, phân loại người bệnh theo mức độ tàn tật/di chứng. Điểm dao động từ 0 (không có triệu chứng) đến 5 (di chứng nặng) và 6 (tử vong).

- Các hội chứng lão khoa:

• Tình trạng dinh dưỡng: được đánh giá bằng thang đánh giá dinh dưỡng rút gọn (Mini Nutritional Assessment – Short Form, MNA-SF); điểm từ 8–11 là nguy cơ suy dinh dưỡng, còn điểm từ 0–7 là suy dinh dưỡng.

• Chức năng hoạt động hàng ngày:

◦ Thang hoạt động chức năng hằng ngày có

sử dụng phương tiện/dụng cụ (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) gồm 8 mục: khả năng sử dụng điện thoại, đi mua sắm, chuẩn bị bữa ăn, dọn dẹp nhà cửa, giặt giũ, di chuyển, tự dùng thuốc và quản lý tài chính. Tổng điểm từ 0 (phụ thuộc hoàn toàn) đến 8 (độc lập hoàn toàn).

◦ Chỉ số Barthel (Barthel Index): đo mức độ phụ thuộc của người bệnh đột quỵ trong các hoạt động cơ bản hằng ngày như: ăn uống, tắm rửa, vệ sinh cá nhân, mặc quần áo, kiểm soát đại tiểu tiện, sử dụng nhà vệ sinh, di chuyển (giường – ghế), đi lại và leo cầu thang. Đánh giá: mức độ độc lập từ 90–100 điểm, phụ thuộc một phần từ 50–85 điểm, phụ thuộc nặng đến phụ thuộc hoàn toàn từ 0–45 điểm.

• Trầm cảm: được đánh giá bằng bộ câu hỏi Patient Health Questionnaire (PHQ-9) gồm 9 câu nhằm sàng lọc sự hiện diện và mức độ trầm cảm. Người bệnh được hỏi về ảnh hưởng của các vấn đề cảm xúc trong 2 tuần qua đối với công việc, cuộc sống gia đình hoặc các mối quan hệ xã hội. Mỗi câu trả lời được chấm điểm: “không bao giờ” = 0; “vài ngày” = 1; “hơn một nửa số ngày” = 2; “gần như mỗi ngày” = 3. Tổng điểm từ 0–4: không trầm cảm; 5–9: trầm cảm nhẹ; 10–27: trầm cảm từ trung bình đến nặng.

• Sử dụng nhiều thuốc: được xác định khi tổng số thuốc người bệnh đang dùng đồng thời (bao gồm thuốc kê đơn và không kê đơn) từ 5 loại trở lên.

• Nguy cơ ngã: sử dụng bộ câu hỏi đánh giá nguy cơ ngã (Fall Risk Index) gồm 21 câu hỏi dạng “Có/Không”. Tổng điểm ≥ 10 điểm, người bệnh có nguy cơ ngã cao.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0, các thuật toán được sử dụng: tính tỷ lệ phần trăm (%), tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu được thực hiện trên 107 người bệnh cao tuổi được chẩn đoán đột quỵ trong tiền sử hoặc hiện tại khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $75,0 \pm 8,2$, trong đó nhóm tuổi 60–69, 70–79 và ≥ 80 tuổi chiếm tỉ lệ lần lượt là 28%, 41,2% và 29,9%. Tỉ lệ nam giới chiếm 50,5%. BMI trung bình là $21,9 \pm 3,2$ kg/m² trong đó tỉ lệ người bệnh có thiếu cân, bình thường và thừa cân béo phì lần lượt là 14%, 52,3% và 33,7%. Một số bệnh lý đồng mắc thường gặp là: tăng huyết áp (86%), đái tháo đường (50,5%), suy tim (11,2%), Parkinson (11,2%) và thoái hóa khớp (11,2%). Chỉ số đồng bệnh lý Charlson

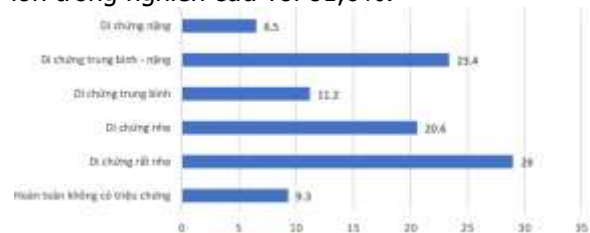
là $3,36 \pm 1,7$.

3.2. Một số đặc điểm lâm sàng của đột quỵ não

Bảng 1. Một số đặc điểm của đột quỵ não (n=107)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Lần đột quỵ	Tái phát	37	34,6
	Lần đầu	70	65,4
Thời gian chẩn đoán đột quỵ	2-4 tuần	11	10,3
	5 tuần - 1 năm	40	37,4
	>1 năm	56	52,3
Phân loại đột quỵ (n=87)	Nhồi máu não	71	81,6
	Xuất huyết não	16	18,4
Liệt nửa người	Có	57	53,3
	Không	50	46,7

Trong tổng số 107 đối tượng nghiên cứu, 70 người bệnh (65,4%) cho biết họ bị đột quỵ não lần đầu và 37 người bệnh (34,6%) cho biết họ đã bị đột quỵ từ hai lần trở lên. Trong đó, tại thời điểm nghiên cứu, người bệnh có thời gian đột quỵ từ 2 tuần đến 4 tuần chiếm 10,3%, từ 5 tuần đến 1 năm với tỷ lệ 37,4% và thời gian đột quỵ trên 1 năm chiếm 52,3%. 53,3% người bệnh trong nghiên cứu có di chứng liệt nửa người sau đột quỵ. Đột quỵ do thiếu máu não chiếm phần lớn trong nghiên cứu với 81,6%.



Biểu đồ 1. Mức độ di chứng ở người bệnh cao tuổi sau đột quỵ theo thang điểm mRS (n=107)

Những người tham gia nghiên cứu có mức độ di chứng tối thiểu sau đột quỵ chiếm tỷ lệ cao nhất với 29,0%. Tỷ lệ di chứng trung bình nặng, di chứng nhẹ và di chứng trung bình lần lượt là 23,4%, 20,6% và 11,2%. Người bệnh không có triệu chứng và di chứng nặng sau đột quỵ có tỷ lệ lần lượt là 9,3% và 6,5%.

3.3. Một số hội chứng lão khoa ở người bệnh cao tuổi sau đột quỵ

Bảng 2. Một số đặc điểm lão khoa ở đối tượng nghiên cứu (n=107)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Chỉ số Barthel	Phụ thuộc nặng đến hoàn toàn	47	43,9
	Phụ thuộc một phần	44	41,1
	Độc lập	16	15,0

IADL	Suy giảm	86	80,4
	Bình thường	21	19,6
Trầm cảm	Trầm cảm nặng	13	12,2
	Trầm cảm nhẹ	64	59,8
	Không	30	28,0
Tình trạng dinh dưỡng (MNA-SF)	Suy dinh dưỡng	26	24,3
	Nguy cơ suy dinh dưỡng	44	41,1
	Bình thường	37	34,6
Sử dụng nhiều thuốc	Có (≥ 5 loại)	75	70,1
	Không (< 5 loại)	32	29,9
Nguy cơ ngã	Cao	74	69,2
	Thấp	33	30,8
		X $\pm$ SD	
Số loại thuốc		5,7 $\pm$ 2,1	
Chỉ số Barthel		61,5 $\pm$ 34,1	

85% đối tượng nghiên cứu phụ thuộc vào các hoạt động chức năng từ mức độ nhẹ đến phụ thuộc hoàn toàn theo chỉ số Barthel. Suy giảm các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng phương tiện/dụng cụ được ghi nhận ở 80,4% người tham gia. Dấu hiệu trầm cảm nhẹ và nặng lần lượt xuất hiện ở 59,8% và 12,2% người bệnh. Có 24,3% đối tượng bị suy dinh dưỡng và 41,1% có nguy cơ suy dinh dưỡng. Số lượng người cao tuổi sử dụng nhiều thuốc là 75 người (70,1%). Số lượng thuốc trung bình được sử dụng là $5,7 \pm 2,1$ loại. 69,2% người bệnh cao tuổi sau đột quỵ có nguy cơ ngã cao.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 34,6% người bệnh có tiền sử đột quỵ nhiều hơn một lần. Tỷ lệ này cao hơn so với phần lớn các nghiên cứu trước đó về đột quỵ tái phát. Một nghiên cứu trên 800.000 ca đột quỵ hàng năm tại Hoa Kỳ cho thấy tỷ lệ tái phát gần 25% [5]. Trong nghiên cứu của Vũ Anh Nhi (2012), tỷ lệ tái phát trong 30 ngày đầu sau đột quỵ là 6%, sau 90 ngày là 11,88% và trong năm đầu là 23,29% [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi hai nguyên nhân chính. Thứ nhất, nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên nhóm người cao tuổi, vốn có nguy cơ tái phát cao hơn so với nhóm trẻ. Thứ hai, đối tượng nghiên cứu bao gồm tất cả người bệnh ≥ 60 tuổi đến khám và điều trị tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương, không loại trừ theo mức độ nặng hay thời gian mắc bệnh. Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu đã bị đột quỵ trên 1 năm (52,3%). Có 37,4% người bệnh bị đột quỵ từ 5 tuần đến dưới 1 năm, và chỉ 10,3% trường hợp có thời gian sau đột quỵ từ 2–4 tuần.

Có 20 người bệnh không xác định được thể

đột quỵ do thời gian mắc đã lâu và không còn hồ sơ bệnh án. Tỷ lệ đột quỵ nhồi máu não chiếm 81,6%, phù hợp với các nghiên cứu của Wenzhi Wang (2017) tại Trung Quốc (78,8%) và Wycliffe E. Wei (2019) (84,1%) [7]. Tỷ lệ này cao có thể do đột quỵ xuất huyết thường gặp ở người trẻ hơn và có tỷ lệ tử vong cao hơn, trong khi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên nhóm người bệnh cao tuổi. Tỷ lệ liệt nửa người trong nghiên cứu là 53,3% tổng số đối tượng. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Đào Thị Bích Ngọc (2018) (79%) [8]. Nguyên nhân có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu, đối tượng nghiên cứu và mức độ nặng của bệnh.

Thang điểm Modified Rankin Scale (mRS) được sử dụng để đánh giá mức độ tàn tật sau đột quỵ. Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp tử vong do là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Trong số các mức độ tàn tật, di chứng nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (29%), trong khi di chứng nặng chiếm 6,5% – tỷ lệ thấp nhất sau tử vong. Tỷ lệ di chứng trung bình nặng, di chứng nhẹ và di chứng trung bình lần lượt là 23,4%, 20,6% và 11,2%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Wycliffe E. Wei và cs. (2019) [9], trong đó tàn tật nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất ở người bệnh sau đột quỵ. Điều này là do đối tượng nghiên cứu là người bệnh đến khám ngoại trú, do đó các đối tượng di chứng nặng có thể gặp ít hơn.

Kết quả cho thấy 85% số người bệnh phụ thuộc vào người khác trong sinh hoạt hằng ngày (Barthel index). Có 80,4% người bệnh bị suy giảm chức năng hoạt động hàng ngày (IADL). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Umaru Muhammad Badaru (2013), trong đó người bệnh phụ thuộc chiếm 65% và độc lập chiếm 35% [10]. Nguyên nhân có thể do đối tượng của chúng tôi là người cao tuổi, vốn có sự suy giảm chức năng thể chất rõ rệt hơn.

Tỷ lệ người bệnh có triệu chứng trầm cảm trong nghiên cứu là 72%. Điều này có thể liên quan đến tuổi cao, bệnh mạn tính đi kèm nhiều và thời gian nghiên cứu diễn ra trong giai đoạn kéo dài của đại dịch COVID-19, làm gia tăng stress tâm lý và cô lập xã hội. Kết quả cho thấy 24,3% người bệnh bị suy dinh dưỡng, 41,1% có nguy cơ suy dinh dưỡng, và chỉ 34,6% có tình trạng dinh dưỡng bình thường. Nguyên nhân có thể do giảm khả năng vận động, ăn uống kém sau đột quỵ, và thiếu quan tâm đến cân nặng ở người cao tuổi ngoại trú.

Số lượng thuốc sử dụng trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $5,7 \pm 2,1$ loại thuốc, tương đương kết quả nghiên cứu của Kaysar Mamun và Jimmy KH Lim (2009) ở người

cao tuổi châu Á (trung bình 4,93 thuốc). 70,1% người bệnh sử dụng ≥ 5 loại thuốc, cao gấp gần 3 lần nhóm dùng dưới 5 loại. Nguyên nhân là do tăng bệnh đồng mắc ở người cao tuổi, dẫn đến tình trạng sử dụng nhiều thuốc.

Nguy cơ ngã được đánh giá bằng Bộ câu hỏi 21 mục của Toba & Kikuchi cho thấy 69,2% người bệnh có nguy cơ té ngã cao. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Arlene A. Schmid (2010) với 50% người bệnh sau đột quỵ có nguy cơ ngã. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả người bệnh nội trú và ngoại trú, với thời gian sau đột quỵ dao động từ 2 tuần đến 10 năm, trong khi nguy cơ ngã tăng lên đáng kể sau khi người bệnh ra viện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy người bệnh cao tuổi sau đột quỵ có tỷ lệ cao các hội chứng lão khoa như sử dụng nhiều thuốc, suy giảm chức năng, trầm cảm, suy dinh dưỡng và nguy cơ ngã cao. Việc đánh giá toàn diện và can thiệp sớm các hội chứng lão khoa là cần thiết nhằm cải thiện chức năng, giảm nguy cơ biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh cao tuổi sau đột quỵ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feigin VL, Nichols E, Alam T, et al.** Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*. 2019;18(5):459–480.
2. **Feigin VL, Norrvin B, Mensah GA.** Global Burden of Stroke. *Circ Res*. 2017 Feb 3;120(3):439–448. doi: 10.1161/CIRCRESAHA.116.308413. PMID: 28154096.
3. **Butsina N, Zauszniewski JA, Ruksakulpiwat S, Griffin MTO, Nivomvart A.** Association between post-stroke depression and functional outcomes: A systematic review. *PLoS One*. 2024 Aug 22;19(8):e0309158. doi: 10.1371/journal.pone.0309158. PMID: 39173005; PMCID: PMC11341015.
4. **Yew KS, Chena EM.** Diagnosis of acute stroke. *Am Fam Physician*. 2015;91(8):528–536.
5. **Oza R, Rundell K, Garcellano M.** Recurrent Ischemic Stroke: Strategies for Prevention. *Am Fam Physician*. 2017 Oct 1;96(7):436–440. PMID: 29094912.
6. **Vũ Anh Nhị, Đỗ Văn Dũng.** Tỉ suất tái phát đột quỵ tích lũy sau đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp. *Tạp chí Y học thực hành*. 2013;9:85–87.
7. **Wang W, Jiang B, Sun H, Ru X, Sun D, Wang L, Wang L, Jiang Y, Li Y, Wang Y, Chen Z, Wu S, Zhang Y, Wang D, Wang Y, Feiqin VL;** NESS-China Investigators. Prevalence, Incidence, and Mortality of Stroke in China: Results from a Nationwide Population-Based Survey of 480 687 Adults. *Circulation*. 2017 Feb 21;135(8):759–771. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025250. Epub 2017 Jan 4. PMID: 28052979.

8. **Đào Thị Bích Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của chức năng nhận thức sau nhồi máu não và một số yếu tố liên quan. In: Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội: 2018.
9. **Wei WE, De Silva DA, Chanq HM, Yao J, Matchar DB, Young SHY, See SJ, Lim GH, Wong TH, Venketasubramanian N.** Post-stroke patients with moderate function have the greatest risk of falls: a National Cohort Study. BMC Geriatr. 2019 Dec 26;19(1):373. doi: 10.1186/s12877-019-1377-7. PMID: 31878876; PMCID: PMC6933903.
10. **Badaru UM, Oawumike OO, Adenivi AF, Olowe OO.** Variation in Functional Independence among Stroke Survivors Having Fatigue and Depression. Neurol Res Int. 2013;2013:842980. doi: 10.1155/2013/842980. Epub 2013 Sep 11. PMID: 24102026; PMCID: PMC3786469.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIẾN CHỨNG RỐI LOẠN NHỊP, SUY BƠM VÀ THỂ BỆNH Ở BỆNH NHÂN VIÊM CƠ TIM CẤP

Nguyễn Đức Khánh¹, Trần Thanh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thể bệnh, các rối loạn nhịp, biến chứng suy bơm và mối liên quan giữa ba yếu tố này ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 218 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cơ tim cấp dựa trên lâm sàng, men tim tăng và hình ảnh MRI tim phù hợp, nhập viện Bệnh viện Chợ Rẫy trong năm 2021-2022. Các biến bao gồm thể lâm sàng, loại rối loạn nhịp, phân suất tống máu thất trái (PSTM), và mức độ suy bơm tim. Phân tích thống kê được thực hiện bằng Stata 17.0 với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa. **Kết quả:** Có 62 bệnh nhân (28,4%) thuộc thể tối cấp và 156 bệnh nhân (71,6%) thể cấp. Rối loạn nhịp gặp ở 71,1% trường hợp, trong đó rối loạn nhịp thất chiếm 39,0%. Biến chứng suy bơm tim gặp ở 54,6%, trong đó 28,4% có PSTM < 35%. Thể tối cấp có tỷ lệ rối loạn nhịp và suy bơm cao hơn rõ rệt so với thể cấp ($p < 0,001$). Phân tích tương quan cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn nhịp thất và PSTM giảm nặng, phản ánh mức độ tổn thương cơ tim lan tỏa. **Kết luận:** Rối loạn nhịp, suy bơm và thể tối cấp là ba yếu tố có mối liên quan chặt chẽ trong viêm cơ tim cấp. Sự hiện diện đồng thời của rối loạn nhịp thất và PSTM giảm gợi ý tổn thương cơ tim lan tỏa và giúp nhận diện nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao cần theo dõi và can thiệp sớm. **Từ khóa:** viêm cơ tim cấp, rối loạn nhịp, suy bơm tim, thể tối cấp, phân suất tống máu.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN ARRHYTHMIC COMPLICATIONS, PUMP FAILURE AND CLINICAL PHENOTYPES IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDITIS

Objective: To investigate the clinical subtypes, arrhythmic complications, pump failure, and the

interrelationship among these factors in patients with acute myocarditis admitted to Cho Ray Hospital. **Methods:** This retrospective descriptive study included 218 patients diagnosed with acute myocarditis based on clinical presentation, elevated cardiac biomarkers, and cardiac MRI findings. Data on clinical type, arrhythmia pattern, left ventricular ejection fraction (LVEF), and heart failure status were analyzed using Stata 17.0, with statistical significance set at $p < 0.05$. **Results:** Among 218 patients, 62 (28.4%) had fulminant myocarditis and 156 (71.6%) had acute non-fulminant myocarditis. Arrhythmias were observed in 71.1% of cases, with ventricular arrhythmias being the most frequent (39.0%). Pump failure occurred in 54.6% of patients, of whom 28.4% had LVEF < 35%. Fulminant cases had significantly higher rates of arrhythmias and pump failure than non-fulminant cases ($p < 0.001$). Correlation analysis demonstrated a strong association between ventricular arrhythmia and severe LVEF reduction, suggesting extensive myocardial injury. **Conclusion:** Arrhythmia, pump failure, and clinical subtype are closely interrelated in acute myocarditis. The coexistence of ventricular arrhythmia and reduced LVEF indicates diffuse myocardial damage and identifies a subgroup of patients at high risk who require intensive monitoring and early intervention. **Keywords:** acute myocarditis, arrhythmia, pump failure, fulminant type, left ventricular ejection fraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim là một bệnh lý viêm của cơ tim, thường do nhiễm virus, đặc trưng bởi sự thâm nhiễm tế bào viêm vào mô cơ tim và hoại tử tế bào cơ không do thiếu máu cục bộ.¹ Bệnh có phổ biểu hiện lâm sàng rất rộng, từ thể nhẹ tự giới hạn giống cúm đến thể tối cấp với suy tim, rối loạn nhịp thất đe dọa tính mạng hoặc đột tử.² Do biểu hiện đa dạng và không đặc hiệu, việc chẩn đoán và tiên lượng viêm cơ tim vẫn còn là một thách thức lớn trong thực hành lâm sàng.^{3,4}

Trong số các biến chứng của viêm cơ tim cấp, rối loạn nhịp tim và suy bơm là hai yếu tố chính quyết định diễn tiến và tiên lượng bệnh.^{5,6} Rối loạn nhịp thất và block nhĩ-thất cao độ

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Khánh

Email: khanh.nguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025