

**V. KẾT LUẬN**

Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương trong điều trị gãy chỏm xương quay (Mason II-IV) là một phương pháp điều trị hiệu quả, giúp phục hồi tốt hình thái giải phẫu, chức năng khớp khuỷu và khả năng sinh hoạt của người bệnh. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nghiên cứu còn khiêm tốn, cần các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định chắc chắn hơn về hiệu quả lâu dài và các yếu tố tiên lượng sau phẫu thuật

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Barakat A, McDonald C, Singh H. Current concepts in the management of radial head fractures: a national survey and review of the literature. *Ann R Coll Surg Engl.* May 2023; 105(5): 469-475. doi:10.1308/rcsann.2022.0109
2. Đỗ Hồng Phúc, Nguyễn Văn Thái. Điều trị gãy chỏm xương quay ở người lớn bằng phương pháp kết hợp xương nẹp khóa. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ.* 11/20 2023;(68):131-138. doi:10.58490/ctump.2023i68.2258
3. Hoàng Phương. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật gãy chỏm xương quay ở người trưởng thành. Luận văn Thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
4. Nguyễn Văn Thái, Đỗ Hồng Phúc, Lê Gia Anh Thỳ, Nguyễn Việt Tân, Nguyễn Ngọc Hiểu, Cao Kim Xoa. Điều trị gãy chỏm quay trật khuỷu bằng phương pháp lấy bỏ chỏm, chèn cơ khuỷu. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;544(2):320-322.
5. Arash M, Tim Friedrich R, Eike D, Stefan S-F, Paul Alfred G, Bahram B. Outcome of Radial Head Arthroplasty in Comminuted Radial Head Fractures: Short and Midterm Results. *Trauma monthly.* 2016;21(1):0-0. doi:10.5812/TRAUMAMON.20201
6. Bartosz C, Piotr P, Krzysztof K, Krzysztof P. Surgical Treatment of Radial Head Fractures: Outcomes and Complications. *Ortopedia, traumatologia, rehabilitacja.* 2016;18(5):435-444. doi:10.5604/15093492.1224617
7. Tobias K, Peter K, Anna S, Kerstin S, Stefan B, Gernot S, Rohit A. Clinical and radiological outcome of Mason-Johnston types III and IV radial head fractures treated by an on-table reconstruction. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research.* 2022;17:503. doi:10.1186/s13018-022-03453-9
8. Kornkit C, Alisara A, Jatupon K. Clinical outcomes after internal fixation, arthroplasty and resection for treatment of comminuted radial head fractures: a systematic review and network meta-analysis. *Musculoskeletal Surgery.* 2021; 105(1):17-29. doi:10.1007/S12306-020-00679-3

## PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ĐỒNG THỜI BỆNH VAN TIM VÀ MẠCH VÀNH PHỐI HỢP

Bùi Minh Thành<sup>1</sup>, Trần Quang Thái<sup>1</sup>, Võ Phạm Tường Vy<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị đồng thời các bệnh lý van tim và bắc cầu nối chủ vành, là một trong những tiến trình phẫu thuật có tính chiến lược và có những cải thiện qua nhiều năm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu từ 1/2014 đến 12/2024, 97 bệnh nhân được phẫu thuật phối hợp đồng thời bệnh van tim và bệnh mạch vành. Bệnh van tim và bệnh mạch vành được chẩn đoán bằng ít nhất 2 bản siêu âm tim và chụp mạch vành kỹ thuật số trước mổ. Phẫu thuật bắc cầu nối chủ - vành và thay hoặc sửa ít nhất một van tim được thực hiện dưới tuần hoàn ngoài cơ thể và hạ thân nhiệt vừa. Số liệu được thu thập từ bệnh án lâm sàng và xử lý theo Kaplan Meier, SPSS 18.0 **Kết quả:** Tuổi trung bình 59 ± 10,2 tuổi, nam giới chiếm 72,6%. Tổn thương mạch vành có chỉ định bắc cầu trong quá trình đánh giá trước mổ các bệnh lý van tim là 85,3 % và 14,7 %

bệnh nhân có tổn thương van tim có chỉ định phẫu thuật được chẩn đoán trong đánh giá trước mổ bệnh lý mạch vành. Trong đó, tổn thương van hai lá gặp 60,4%, van chủ là 37,8%, van ba lá gặp 1,8%. Số cầu nối mạch vành trung bình thực hiện là 1,98 ± 1,07, động mạch ngực trong được sử dụng trong 98,7 % trường hợp. Sửa van hai lá (33%), thay hai lá (21,6%), thay van chủ (27,9 %), thay hai lá - thay chủ (6,3%), thay chủ - sửa hai lá (8,3%). Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể là 163,6 ± 66,7 phút, thời gian cấp ĐMC: 98 ± 57,3 phút. Tỷ lệ tử vong sớm 2,1% (2 bệnh nhân), và nguyên nhân là suy thận (1,1%), tăng bilirubine máu kịch phát (1,1%). Mất theo dõi 4 bệnh nhân (4,1 %), Thời gian theo dõi trung bình là 96,6 ± 42,7 tháng (6 -156 tháng), tỉ lệ tử vong muộn ở 2 bệnh nhân (2,1%), Kaplan Meier ước tính tỉ lệ sống còn vào các thời điểm 1 năm, 5 năm và 10 năm lần lượt là 92,6%, 89,3% và 85,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật sửa hay thay van tim cùng đồng thời bắc cầu nối chủ - vành là phẫu thuật an toàn, hiệu quả và tối ưu trong điều trị bệnh lý van và mạch vành phối hợp. Tỷ lệ tử vong do phẫu thuật thấp và kết quả muộn tốt nên phẫu thuật đồng thời van- vành cần được thực hiện sớm trước khi chức năng cơ tim suy giảm và điều này không ảnh hưởng đến khả năng sống sót lâu dài.

**Từ khóa:** bắc cầu nối chủ - vành, thay van tim, sửa van hai lá

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân dân Gia Định  
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Minh Thành  
Email: card.surg.gdh@gmail.com  
Ngày nhận bài: 6.10.2025  
Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025  
Ngày duyệt bài: 9.12.2025

**SUMMARY****SURGICAL TREATMENT OF COMBINED VALVE AND CORONARY ARTERY DISEASE**

**Objective:** To evaluate the results of simultaneous surgical treatment of valvular heart disease and coronary artery bypass grafting, which is one of the strategic surgical procedures and has improved over the years. **Method and materials:** Retrospective study from January 2014 to December 2024, 97 patients underwent combined surgery for valvular heart disease and coronary artery disease. Valvular heart disease and coronary artery disease were diagnosed by at least 2 preoperative echocardiograms and digital coronary angiography. Coronary artery bypass grafting and replacement or repair of at least one heart valve were performed under extracorporeal circulation and moderate hypothermia. Data were collected from clinical records and processed using Kaplan Meier, SPSS 18.0. **Results:** The mean age was  $59 \pm 10.2$  years, 72.6% were male. Coronary artery lesions indicated for bypass during preoperative evaluation of valvular heart disease were 85.3% and 14.7% of patients had valvular heart lesions indicated for surgery diagnosed during preoperative evaluation of coronary artery disease. Of these, 60.4% were mitral valve lesions, 37.8% were aortic valve lesions, and 1.8% were tricuspid valve lesions. The mean number of coronary artery bypass grafts performed was  $1.98 \pm 1.07$ , and the internal thoracic artery was used in 98.7% of cases. Mitral valve repair (33%), mitral replacement (21.6%), aortic valve replacement (27.9%), mitral replacement - aortic replacement (6.3%), aortic valve replacement - mitral repair (8.3%). The time of extracorporeal circulation was  $163.6 \pm 66.7$  minutes, the time of aortic clamping:  $98 \pm 57.3$  minutes. The early mortality rate was 2.1% (2 patients), and the cause was renal failure (1.1%), paroxysmal hyperbilirubinemia (1.1%). 4 patients were lost to follow-up (4.1%), the mean follow-up time was  $96.6 \pm 42.7$  months (6-156 months), the late mortality rate in 2 patients (2.1%), Kaplan Meier estimated survival rates at 1 year, 5 years and 10 years were 92.6%, 89.3% and 85.1%, respectively. **Conclusion:** Heart valve repair or replacement surgery combined with coronary artery bypass grafting is a safe, effective and optimal surgery in the treatment of combined valvular and coronary artery disease. The low surgical mortality and good longterm results mean that simultaneous valve-coronary surgery should be performed early before myocardial function declines and this does not affect long-term survival. **Keywords:** coronary artery bypass grafting, aortic valve replacement, mitral valve repair

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Trong quá trình đánh giá bệnh nhân trước phẫu thuật van tim, một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân mắc bệnh van tim cũng mắc bệnh động mạch vành cần phải can thiệp tái tưới máu. Chiều ngược lại, một lượng đáng kể bệnh nhân có bệnh mạch vành cũng đồng thời mắc bệnh van tim cần phải sửa chữa hoặc thay van tim. Bên cạnh đó, độ tuổi bệnh nhân mắc bệnh mạch

vành ngày càng trẻ hóa, tỷ lệ mắc bệnh động mạch vành ngày càng tăng trong dân số nói chung và tỷ lệ tử vong cao hơn sau nhồi máu cơ tim cấp, tỷ lệ này có thể giảm nhờ phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG)<sup>1</sup>. Hơn nữa, bắc cầu động mạch vành hiện nay là phẫu thuật an toàn, hiệu quả và tỉ lệ tái biến, biến chứng ngày càng được cải thiện. Phẫu thuật van tim kết hợp và phẫu thuật bắc cầu động mạch vành có tỷ lệ tử vong trong bệnh viện cao hơn đáng kể so với những bệnh nhân chỉ thực hiện một trong hai loại phẫu thuật, dao động từ 7% đến 18%<sup>7</sup>. Vì chưa có nhiều báo cáo về vấn đề này, chúng tôi thực hiện hồi cứu lại kết quả lâm sàng của hơn 10 năm kinh nghiệm về phẫu thuật van tim kết hợp với bắc cầu nối chủ vành để đánh giá kết quả lâm sàng và xác định xem mắc bệnh động mạch vành đồng thời có ảnh hưởng đến khả năng sống sót lâu dài bệnh nhân van tim hay không.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****- Đối tượng nghiên cứu:**

**+ Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành kèm thay hoặc sửa ít nhất một van tim tại Khoa Phẫu thuật tim Bệnh viện Nhân dân Gia định, từ tháng 10/2012 đến tháng 12/2024.

**+ Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc bệnh thiếu máu cục bộ mạn tính hay bệnh cơ tim xốp (non compaction), bệnh nhân có kèm bệnh lý tim bẩm sinh và bệnh động mạch chủ ngực cần phẫu thuật.

+ Số lượng bệnh nhân:  $n = 97$ .

**- Dữ liệu thu thập:** Tuổi, giới, tiền sử, chẩn đoán lâm sàng, phân độ suy tim theo NYHA.

**+ Siêu âm tim:** Tất cả bệnh nhân đều được làm ít nhất 2 bản siêu âm tim đánh giá tổn thương các van tim, mức độ hẹp van, thể hở van, các tổn thương phổi hợp khác nếu có, phân suất tống máu thất trái (LVEF), áp lực động mạch phổi (PAPs), thông số các buồng tim. Siêu âm tim qua thực quản được chỉ định trong hầu hết các trường hợp hở van hai lá.

**+ Chụp mạch vành:** xác định các thương tổn động mạch vành. Đối với bệnh nhân dưới 40 tuổi, chỉ những bệnh nhân có triệu chứng thiếu máu cục bộ như đau ngực điển hình hoặc bằng chứng thiếu máu cục bộ trên điện tâm đồ trước phẫu thuật mới được chụp động mạch vành. Hẹp hơn 70% đường kính lòng động mạch vành được xem là hẹp đáng kể và có chỉ định phẫu thuật bắc cầu.

+ Cận lâm sàng: creatinine máu, NT-ProBNP, bilan lipid máu.

+ Kết quả về tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT): thời gian THNCT, thời gian cặp động mạch chủ (ĐMC).

+ Phương pháp phẫu thuật : Bắc cầu chủ - vành phối hợp với thay van, sửa van tim

+ Hồi sức tim: Thời gian thông khí cơ học hỗ trợ, thời gian điều trị tại hồi sức tim

+ Đánh giá sau phẫu thuật: Tai biến, biến chứng sớm, phân độ suy tim (NYHA), phân suất tổng máu, áp lực động mạch phổi sau phẫu thuật, theo dõi sau mổ, biến chứng muộn, tử vong bệnh viện, tử vong muộn.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, lập phiếu nghiên cứu, thu thập các số liệu. Xử lý số liệu theo Kaplan Meier và SPSS 18.0.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2024, 97 bệnh nhân được phẫu thuật van tim kết hợp với bắc cầu động mạch vành tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

\* **Đặc điểm chung:** Độ tuổi trung bình: 59 ± 10,2 (37 - 78), tuổi trung bình của bệnh nhân mắc bệnh van chủ là 62,8 ± 8,1 (45-78) tuổi và 59,6 ± 9,4 (37-76) tuổi ở những bệnh nhân mắc bệnh van hai lá. Tỷ lệ về giới: Nam / Nữ = 2,46 (69/28)

\* **Đặc điểm bệnh lý:**

**Bảng 1. Tiền sử của bệnh nhân (N=97)**

Tiền sử bệnh	n	%
Thấp khớp (lâm sàng)	34	35,1
Tăng huyết áp	36	37,1
Rối loạn lipid máu	65	67,0
Bệnh thận mạn	19	19,6
Đái đường	41	42,3
Phù phổi cấp	12	12,4
Nhồi máu não	6	6,2
Nhồi máu cơ tim	15	15,5
Nhiễm trùng huyết	6	6,2
VNTMNT	4	4,1

(\*) VNTMNT: viêm nội tâm mạc nhiễm trùng

+ Chẩn đoán lâm sàng trước phẫu thuật:

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân bệnh mạch vành (N=97)**

Chẩn đoán	n	%
Nhồi máu cơ tim	13	13,4
Đau thắt ngực không ổn định	11	11,3
Đau thắt ngực ổn định	26	26,8
Bệnh mạch vành tầm soát/bệnh van	47	48,5

+ Chụp mạch vành: Các thương tổn hẹp động mạch vành có chỉ định bắc cầu: Thân chung: 21,6% (21), động mạch xuống trái trước: 89,7% (87), động mạch mũ: 49,5% (48) và động mạch vành phải: 40% (39).

**Bảng 3. Phân bố thương tổn mạch vành (N=97)**

Tổn thương mạch vành	n	%
Bệnh một nhánh	37	38,1
Bệnh 2 nhánh	42	43,3
Bệnh 3 nhánh	16	16,5
Bệnh thân chung	21	21,6

+ Đánh giá suy tim theo NYHA

**Bảng 4. Phân bố bệnh nhân suy tim theo NYHA (N=97)**

Độ suy tim	n	%
NYHA I	0	0
NYHA II	35	36,1
NYHA III	55	56,7
NYHA IV	7	7,2

+ Đánh giá siêu âm tim:

a. **Tổn thương các van tim**

**Bảng 5. Phân bố tổn thương các van tim**

Van tim thương tổn (101)	n	%
Van hai lá	53	54,6
Van chủ	28	28,9
Van hai lá - van chủ	14	14,4
Van ba lá	2	2,1
Viêm nội tâm mạc NT	9	9,3

b. **Đánh giá tổn thương đại thể lâm sàng**

**Bảng 6. Thương tổn đại thể lâm sàng van tim**

Bệnh van tim	n	%
Bệnh van chủ với hóa (Bệnh van chủ hai mảnh)	29 (11)	69 (26,2)
Bệnh van chủ thoái hóa	8	19
Bệnh van chủ VNTMNT	5	11,9
Bệnh van hai lá do thấp tim	27	40,3
Bệnh van hai lá thoái hóa	22	32,8
Bệnh van hai lá do giãn	14	20,9
Bệnh van hai lá VNTMNT	4	6

c. **Phân suất tổng máu thất trái (LVFE) trước mổ**

**Bảng 7. Phân bố về phân suất tổng máu (N=97)**

Phân suất tổng máu FE	n	%
LVFE < 40	14	14,4
41 < LVFE < 49	68	70,1
LVFE ≥ 50	15	15,5

d. **Áp lực động mạch phổi (ALĐMP)**

**Bảng 8. Phân bố các mức độ tăng ALĐMP (N=97)**

ALĐMP (mmHg)	n	%
ALĐMP ≤ 30	3	3,1
Nhẹ (30 < ALĐMP ≤ 45)	45	46,4
Vừa (45 < ALĐMP ≤ 60)	28	28,9
Nặng (60 < ALĐMP ≤ 75)	17	17,5
Rất nặng ALĐMP ≥ 75	4	4,1

e. **Cận lâm sàng**

**Bảng 9. Kết quả cận lâm sàng**

Cận lâm sàng	Giá trị
NT-proBNP	1997 ± 675 pg/mL
Creatinine máu	122 ± 87 μmol/L

Triglycerides	4,28 ± 2,53 nmol/l
---------------	--------------------

**\* Kết quả phẫu thuật:**

+ Phương pháp mổ: Tất cả bệnh nhân được mổ sửa hoặc thay ít nhất một van tim kết hợp với bắc cầu nối chủ vành, số cầu nối trung bình: 1,98 ± 1,17

+ Phương pháp mổ van tim

**Bảng 10. Phân bố phương pháp mổ van tim phối hợp với cầu nối chủ - vành (N=97)**

Phương pháp mổ	n	%
Sửa van hai lá	32	33
Thay van hai lá	21	21,6
Thay van chủ	28	28,9
Sửa hai lá + thay van chủ	8	8,2
Thay hai lá + thay van chủ	6	6,2
Sửa van ba lá	2	2,1



**Hình 1: Thay van chủ cơ học**



**Hình 2: Sửa van hai lá**

+ Tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT): Thời gian chạy THNCT: 163.6 ± 66,7 phút, Cặp ĐMC: 98,5 ± 57,3 phút, THNCT hỗ trợ: 42,7 ± 24,6 phút, hạ thân nhiệt 32-33°C.

+ Hồi sức tim: Thông khí cơ học: 992 ± 73 giờ, thời gian hồi sức tim: 69,74 ± 31,54 giờ, thẩm phân phúc mạc 3.1%, lọc máu 3.1%, và thay huyết tương gấp 1.1%

+ Các kỹ thuật ngoại khoa khác phối hợp: Lấy huyết khối nhĩ trái - đóng tiểu nhĩ trái: 9.3% (9), đóng đường dò mạch vành: 6.2% (6), sửa van phổi: 21% (2), đóng lỗ bầu dục lớn (6)

+ Tai biến và biến chứng.

**Bảng 11. Tai biến - biến chứng và tử vong bệnh viện**

Tai biến - biến chứng	n	%
Cung lượng tim thấp	16	16,5
Thông khí hỗ trợ >24 giờ	21	21,6
Suy tim	27	27,8
Suy thận cấp/bệnh thận mạn	14	14,4
Rung nhĩ	37	38,1
Nhịp nhanh kịch phát	13	13,4
Tăng bilirubin máu kịch phát	2	2,1

Tăng men gan >1000 đơn vị	2	2,1
Viêm phổi	7	7,2
Nhiễm trùng tiêu	6	6,2
Nhiễm trùng máu	2	2,1
Tử vong bệnh viện (*)	2	2,1

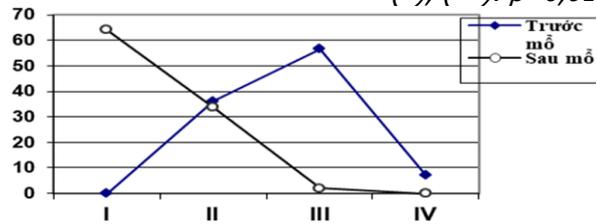
**\* Đánh giá theo dõi sau mổ:**

+ Đánh giá suy tim sau mổ theo NYHA

**Bảng 12. So sánh phân độ NYHA trước - sau mổ sáu tháng.**

Độ suy tim	Trước PT		Sau PT	
	n	%	N	%
NYHA I(*)	0	0	61	64,2
NYHA II	35	36,1	32	33,7
NYHA III(**)	55	56,7	2	2,1
NYHA IV	7	7,2	0	0

(\*), (\*\*): p < 0,01



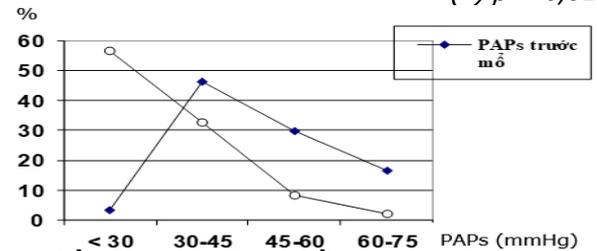
**Biểu đồ 1. Sự thay đổi NYHA trước và sau phẫu thuật**

+ Đánh giá áp lực động mạch phổi (ALĐMP): ALĐMP trung bình: 44.5 ± 22.8 mmHg

**Bảng 13. So sánh ALĐMP trước - sau mổ sáu tháng**

ALĐMP (PAPs) (mmHg)	Trước PT		Sau PT	
	n	%	n	%
≤30	3	3,1	54	56,8
30-45	45	46,4	31	32,6
45-60	29	29,9	8	8,4
60-75	16	16,5	2	2,1
>75	4	4,1	0	0
trung bình (*)	44,5 ± 22,5		26,6 ± 9,3	

(\*) p < 0,01



**Biểu đồ 2. Sự thay đổi PAPs trước và sau phẫu thuật**

+ Sự cải thiện mức độ suy tim: Theo đánh giá của phân suất tống máu (EF) và NT-proBNP

	Trước mổ	Sau mổ	p
EF (%)	42,6±6,5	63,7±8,45	0,0349
NT-proBNP (pg/mL)	1997±675	236±18	0,0224

+ Các biến chứng muộn

**Bảng 14. Biến chứng muộn (N=93)**

Biến chứng	N	%
Tiểu máu (kháng đông)	7	7,5
Xuất huyết tiêu hoá	6	6,5
Xuất huyết đường sinh dục	5	5,4
Rung nhĩ mạn	17	17,5
Tai biến mạch máu não	6	6,5
Ket van	0	0
Tử vong đột ngột	2	2,2

+ Theo dõi sau mổ: Thời gian theo dõi trung bình:  $96,6 \pm 42,7$  tháng (6 - 156 tháng), mất theo dõi 4 bệnh nhân, trong đó mỗi một bệnh nhân lần lượt sau 36 tháng, 60 tháng và 108 tháng. Kaplan Meier ước tính tỉ lệ sống còn vào các thời điểm 1 năm, 5 năm và 10 năm lần lượt là 92,4%, 89,3 % và 85,1%.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị các bệnh lý mạn tính, đặc biệt là bệnh thấp khớp, vấn đề an toàn khi sử dụng thuốc dài hạn luôn được đặt lên hàng đầu. Mặc dù các thử nghiệm lâm sàng giai đoạn đầu cho thấy thuốc ức chế JAK có hồ sơ an toàn tương đối tốt, những dữ liệu từ các nghiên cứu lớn giai đoạn IIIb-IV trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT) đã ghi nhận nhiều tín hiệu bất lợi. Đây là nhóm bệnh nhân được điều trị bằng thuốc ức chế JAK với số lượng lớn hơn đáng kể so với các bệnh lý thấp khớp khác, do đó thường bộc lộ rõ các vấn đề an toàn tiềm ẩn.

Để đánh giá sâu hơn nguy cơ tim mạch và ung thư của thuốc ức chế JAK, FDA yêu cầu thực hiện nghiên cứu ORAL, một thử nghiệm tiền cứu, giai đoạn 3B/4, kéo dài 4 năm trên bệnh nhân VKDT  $\geq 50$  tuổi và có ít nhất một yếu tố nguy cơ tim mạch. Nghiên cứu so sánh độ an toàn của tofacitinib (liều 5 mg x 2 lần/ngày và 10 mg x 2 lần/ngày) với các thuốc ức chế TNF $\alpha$  (etanercept hoặc adalimumab). Trên tổng số 4362 người tham gia, tỷ lệ biến cố tim mạch nặng (MACE) là 3,4% ở nhóm tofacitinib so với 2,6% ở nhóm TNF $\alpha$ , trong đó nhồi máu cơ tim chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ ung thư ác tính cũng cao hơn ở nhóm tofacitinib (4,2% so với 2,9%), với ung thư phổi được ghi nhận nhiều nhất<sup>4</sup>. Tuy nhiên, do hạn chế về dữ liệu, vẫn chưa rõ liệu các nguy cơ này có áp dụng đồng đều cho tất cả thuốc ức chế JAK, hay liên quan đến sự khác biệt về chọn lọc JAK giữa các thuốc.

Nghiên cứu ORAL cũng có những điểm hạn chế quan trọng: dân số nghiên cứu là bệnh nhân VKDT lớn tuổi và có nguy cơ tim mạch cao hơn so với bệnh nhân viêm cột sống dính khớp/viêm cột sống thể trục không X-quang (VKCSTT); thiết kế mở nhãn; sự khác biệt địa lý trong việc kê

đơn thuốc TNF $\alpha$ ; và việc rút liều 10 mg x 2 lần/ngày khỏi nghiên cứu giữa chừng.

Mặc dù vậy, từ tháng 9/2021, FDA đã bổ sung cảnh báo hộp đen cho tofacitinib, baricitinib và upadacitinib, nhấn mạnh nguy cơ tăng MACE, ung thư và huyết khối. Một lo ngại khác là nguy cơ tái hoạt herpes zoster. Một tổng quan hệ thống cho thấy tỷ lệ nhiễm herpes zoster ở bệnh nhân dùng thuốc ức chế JAK là 3,23/100 bệnh nhân-năm<sup>9</sup>, cao hơn so với nhóm dùng ức chế TNF $\alpha$  (1,6/100 bệnh nhân-năm).

Để đảm bảo an toàn, Hiệp hội Thấp khớp học châu Âu (EULAR) khuyến nghị cần khai thác kỹ tiền sử bệnh trước khi điều trị thuốc ức chế JAK, bao gồm tiền sử ung thư, túi thừa ruột, huyết khối và các bệnh đồng mắc như đái tháo đường, bệnh hô hấp mạn tính hoặc việc sử dụng corticosteroid—vốn là các yếu tố làm tăng biến cố nghiêm trọng<sup>2</sup>. Ngoài ra, cần đánh giá công thức máu, chức năng gan-thận, xét nghiệm HBV/HCV, tầm soát lao tiềm ẩn và kiểm tra da hàng năm để phát hiện sớm ung thư da. Bên cạnh đó, cơ quan Dược phẩm Châu Âu (EMA) nhấn mạnh không dùng tofacitinib cho bệnh nhân > 65 tuổi, tránh dùng tofacitinib và upadacitinib ở bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C, và chống chỉ định tofacitinib ở bệnh nhân suy thận trung bình-nặng.

Dù còn nhiều lo ngại, các thử nghiệm lâm sàng trên VKCSTT vẫn ghi nhận hiệu quả kiểm soát bệnh đáng kể của thuốc ức chế JAK. Vì vậy, nhóm thuốc này vẫn là lựa chọn điều trị tiềm năng, nhưng cần được kê đơn thận trọng, có tư vấn đầy đủ và cá thể hóa theo từng bệnh nhân<sup>10</sup>.

#### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp van tim và động mạch vành được thực hiện an toàn với kết quả phẫu thuật tối ưu. Tỷ lệ tử vong do phẫu thuật thấp và kết quả muộn tốt nên phẫu thuật đồng thời van-vành phải được thực hiện sớm trước khi chức năng cơ tim suy giảm và điều này không ảnh hưởng đến khả năng sống sót lâu dài. Tỷ lệ mắc bệnh động mạch vành sớm đang tăng lên, nên chụp động mạch vành cần được cân nhắc bất kể tuổi tác hay giới tính ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ mắc bệnh động mạch vành.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wang, L.; Li, B.; Liu, C.; Rong, T.; Yu, Y.; Gu, C. Short- and medium-term effects of combined mitral valve surgery and coronary artery bypass grafting versus coronary artery bypass grafting alone for patients with moderate ischemic mitral regurgitation: A meta-analysis. *J. Cardiothorac. Vasc. Anesth.* 2016, 30, 1578–1586.

2. **Wendt, D.; Kahlert, P.; Lenze, T.; Neuhauser, M.; Price, V.; Konorza, T.; Erbel, R.; Jakob, H.; Thielmann, M.** Management of high-risk patients with aortic stenosis and coronary artery disease. *Ann. Thorac. Surg.* 2013, 95, 599–605.
3. **Jennifer S. Lawton, Chair, Jacqueline E. Tamis-Holland, Eric R. Bates, Theresa M. Beckie, James M. Bischoff, John A. Bittl, and Brittany A. Zwischenberger.** ACC/AHA/SCAI 2021 Guideline for Coronary Artery Revascularization: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines, *Circulation*, Volume 145, Number 3.
4. **Formica, F.; Mariani, S.; D'Alessandro, S.; Singh, G.; Di Mauro, M.; Cerrito, M.G.; Messina, L.A.; Scianna, S.; Pappas, F.; Sangalli, F.** Does additional coronary artery bypass grafting to aortic valve replacement in elderly patients affect the early and long-term outcome? *Heart Vessels* 2020, 35, 487–501.
5. **Fournier JA, Cabezon S, Cayuela A, Ballesteros SM, Cortacero JA, Diaz De La Llera LS.** Long-term prognosis of patients having acute myocardial infarction when  $\leq 40$  years of age. *Am J Cardiol* 2004;94:989–992.14-18.
6. **Keith M Channon, David E Newby, Edward D Nicol, John Deanfield.** Cardiovascular computed tomography imaging for coronary artery disease risk: plaque, flow and fat. *Heart.* 2022 Sep 12;108(19):1510-1515. doi: 10.1136/heartjnl-2021-320265.
7. **Kyriakos Spiliopoulos, Dimitrios Magouliotis, Ilias Angelis, John Skoularigis, Bernhard M. Kemkes, Nikolaos S. Salemis, Thanos Athanasiou, Brigitte Gansera and Andrew V. Xanthopoulos.** Concomitant Valve Replacement and Coronary Artery Bypass Grafting Surgery: Lessons from the Past, Guidance for the Future? A Mortality Analysis in 294 Patients. *J. Clin. Med.* 2024, 13(1), 238.
8. **Thalji, N.M.; Suri, R.M.; Daly, R.C.; Greason, K.L.; Dearani, J.A.; Stulak, J.M.; Joyce, L.D.; Burkhardt, H.M.; Pochettino, A.; Li, Z.; et al.** The prognostic impact of concomitant coronary artery bypass grafting during aortic valve surgery: Implications for revascularization in the transcatheter era. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2015, 149, 451–460.
9. **Davarpasand, T.; Hosseinsabet, A.; Jalali, A.** Concomitant coronary artery bypass graft and aortic and mitral valve replacement for rheumatic heart disease: Short- and mid-term outcomes. *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.* 2015, 21, 322–328.
10. **Ruel M, Kulik A, Lam BK, Rubens FD, Hendry PJ, Masters RG, et al.** Long-term outcomes of valve replacement with modern prostheses in young adults. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005;27:425–433.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẸP KHOÁ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN ĐẦU DƯỚI XƯƠNG QUAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lương Thanh Bình<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Nam<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Trường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá điều trị gãy kín đầu dưới xương quay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu dưới xương quay được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khoá tại Khoa Chấn thương chi trên và vi phẫu thuật - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả:** Gồm 39 bệnh nhân trong đó có 21 nam chiếm 53,8% và 18 nữ chiếm 46,2%. Độ tuổi trung bình là 50,9 (dao động từ 24 đến 82 tuổi), độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 36%. Kết quả chung ở mức rất tốt là 64,1%, tốt là 25,6% và khá là 10,3%. **Kết luận:** Phương pháp điều

trị gãy kín đầu dưới xương quay bằng phẫu thuật mở ổ gãy nắn chỉnh và kết hợp xương bằng nẹp khoá đã cho thấy kết quả phục hồi khả quan. **Từ khoá:** Gãy đầu dưới xương quay, nẹp khoá mặt trước.

### SUMMARY

#### RESULTS SURGERY WITH LOCKING PLATE FOR TREATMENT OF DISTAL RADIUS FRACTURES AT CENTRAL MILITARY HOSPITAL 108

**Objective:** Evaluate the results of surgical treatment with locking plate for closed fractures of the distal radius at the 108 Military Central Hospital. **Subjects and methods:** Describe 39 patients diagnosed with closed fractures of the distal radius who underwent surgical treatment with locking plate at the Department of Upper Extremity Trauma and Microsurgery - 108 Military Central Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** There were 21 males (53.8%) and 18 females (46.2%). The average age was 50.9 (ranging from 24 to 82 years old), with the highest rate of >60 years old being 36%. The overall results were very good at 64.1%, good at 25.6% and fair at 10.3%. **Conclusion:** The

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Hoà Hải

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thanh Bình

Email: luongbinh97422@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025