dõi để điều trị sớm triệu chứng mất ngủ, giảm trí nhớ ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jirlow U, Hossain I, Korhonen O, et al** (2024). Cerebral contusions: Pathomechanism, predictive factors for progression and historical and current management. Brain Spine. 2024 Aug 28;4:103329. doi: 10.1016/j.bas.2024.103329. PMID: 39281852; PMCID: PMC11402187.
2. **Pellot JE, De Jesus O.** Cerebral Contusion. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562147/
3. **Global status report on road safety** 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. **Leijdesdorff HA, van Dijck JT, Krijnen P, et al;** Regional Trauma Center West-Netherlands' Research Group. Injury pattern, hospital triage, and mortality of 1250 patients with severe traumatic brain injury caused by road traffic accidents. J Neurotrauma. 2014 Mar 1;31(5):459-65. doi: 10.1089/neu.2013.3111. Epub 2013 Dec 21. PMID: 24093437.
5. **Bùi Xuân Cương, Đồng Văn Hệ** (2021). Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh nhân chấn thương sọ não tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 502(1). doi: 10.51298/vmj.v502i1.546.
6. **Sandeep Jain, Satish B. Dharap, Madhuri A. Gore.** Early prediction of outcome in very severe closed head injury. Injury, Volume 39, Issue 5, 2008, Pages 598-603, ISSN 0020-1383, https://doi.org/10.1016/j.injury.2007.06.003
7. **Shafiei M, Sabouri M, Veshnavei HA, et al** (2023). Predictors of radiological contusion progression in traumatic brain injury. Int J Burns Trauma. 2023 Apr 15;13(2):58-64. PMID: 37215509; PMCID: PMC10195219.
8. **Jha S, Ghewade P.** Management and Treatment of Traumatic Brain Injuries. Cureus. 2022 Oct 23;14(10): e30617. doi: 10.7759/cureus.30617. PMID: 36426314; PMCID: PMC9681696.
9. **Permenter CM, Fernández-de Thomas RJ, Sherman AL.** Postconcussive Syndrome. [Updated 2023 Aug 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534786/

VIÊM BAO HOẠT DỊCH GÂN GẤP: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Nguyễn Mộc Sơn[1,2], Phạm Ngọc Đình[1], Nguyễn Mạnh Khánh[1]

TÓM TẮT

Khám lâm sàng, đặc biệt là đánh giá qua 4 dấu hiệu điển hình của Kanavel, là phương pháp chính để chẩn đoán viêm bao hoạt dịch gân gấp bàn tay. Điều trị bệnh lý này trải qua nhiều giai đoạn từ điều trị nội khoa tới phẫu thuật là bước cuối cùng: cắt lọc, làm sạch, dẫn lưu, kết hợp kháng sinh đường tĩnh mạch. Đái tháo đường và bệnh mạch máu ngoại biên, cũng như các bệnh lý nền như Gout, viêm khớp dạng thấp là yếu tố nguy cơ dẫn tới biến chứng lâu dài như cứng khớp hoặc phải cắt cụt. ***Từ khóa:*** Viêm bao gân gấp, Nhiễm trùng bàn tay, Bao gân gấp, Dấu hiệu Kanavel

SUMMARY

FLEXOR TENDON SHEATH TENOSYNOVITIS: A CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Clinical examination, particularly the assessment of the four classic Kanavel signs, is the primary method for diagnosing flexor tendon sheath infections of the hand. Management of this condition progresses through multiple stages, from medical treatment to surgery as the final step, including debridement, irrigation, drainage, and intravenous antibiotics. Diabetes and peripheral vascular disease, as well as underlying conditions such as gout and rheumatoid arthritis, are risk factors for long-term complications such as joint stiffness or even amputation.

Keywords: Flexor tenosynovitis, Hand infection, Flexor sheath, Kanavel sign.

[1]*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
[2]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mộc Sơn
Email: drmocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.12.2025
Ngày duyệt bài: 14.01.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán viêm bao gân gấp tiềm ẩn thường khó dẫn đến điều trị thường bị bỏ sót và đến muộn. Do cấu trúc giải phẫu và chức năng đặc biệt của bàn tay, việc chẩn đoán và xử trí sớm, chính xác là rất quan trọng. Phẫu thuật cắt lọc – làm sạch bao hoạt dịch gân gấp là phẫu thuật cần tiến hành sớm, đặc biệt trong trường hợp nhiễm trùng; kèm theo đó là quá trình phục hồi chức năng sau mổ để lấy lại chức năng vận động[1].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian tháng 5-6/2025, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 4 bệnh nhân được chẩn đoán viêm bao hoạt dịch gân gấp cổ bàn tay, được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán trong mổ giai đoạn theo Michon, phẫu thuật, đánh giá sau mổ: vết mổ,

chức năng của cổ bàn ngón tay tại các thời điểm 2 tuần, 4 tuần, 12 tuần sau phẫu thuật.

Ca lâm sàng 1. Bệnh nhân nữ 30 tuổi, vào viện sau đau sưng ngón IV bàn tay trái nhiều đợt, được tiêm vào vị trí khớp liên đốt gần trong 3 tháng không hiệu quả, đau tăng, hạn chế vận động chuyển viện: Dấu hiệu Kanavel gồm Đau sưng, ấn đau, gấp nhẹ, duỗi ngón đau ngón IV, mở ra có ít tổ chức hoạt dịch viêm, phân độ Michon II.

Hình 1: Hình ảnh lâm sàng và cộng hưởng từ trước phẫu thuật, hình ảnh trong mổ bệnh nhân C.T.T

Bệnh nhân được phẫu thuật bóc tách tổ chức hoạt dịch viêm, hiện tại sau 4 tháng sau phẫu thuật: bệnh nhân đỡ đau, đỡ sưng, vận động các khớp tốt, đã quay lại công việc hàng ngày.

Ca lâm sàng 2. Bệnh nhân nữ 41 tuổi, vào viện sau đau sưng ngón cổ bàn tay trái nhiều đợt cách trên 6 tháng, được tiêm vào vùng cổ tay tại y tế cơ sở nhiều không hiệu quả, dấu hiệu đau tăng, hạn chế vận động đến viện: Dấu hiệu Kanavel gồm Đau sưng, ấn đau, gấp nhẹ, duỗi ngón đau ngón.

Hình 2: Hình ảnh MRI trước phẫu thuật và tổn thương trong mổ bệnh nhân B.T.A

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, mở ra có ít tổ chức hoạt dịch viêm, phân độ Michon II, được phẫu thuật bóc tách tổ chức hoạt dịch viêm, hiện tại sau 4 tháng sau phẫu thuật: bệnh nhân đỡ đau, đỡ sưng, vận động các ngón tốt.

Ca lâm sàng 3. Bệnh nhân nam 76 tuổi, vào viện vì đau sưng kéo dài cổ tay không rõ nguyên nhân 3 tháng, đã được tiêm Steroid nhiều đợt vào vùng khớp cổ tay tại tuyến cơ sở. Khám lâm sàng: không sốt, sưng đau cổ tay, có 3 dấu hiệu của Kanavel (Đau sưng, ấn đau, gấp nhẹ, duỗi ngón đau), kèm theo dấu hiệu chèn ép của thần kinh giữa. MRI có hình ảnh viêm bao hoạt dịch gân gấp cổ tay.

Hình 3: Hình ảnh trước mổ bệnh nhân N.T.T

Bệnh nhân được phẫu thuật: Đánh giá viêm hoạt dịch Michon 2 với dịch đục và hoạt dịch gân gấp viêm dày. Tuy nhiên đánh giá tại chỗ màng hoạt dịch gân gấp và bao khớp có lắng đọng tổ chức tinh thể Urat. Bệnh nhân được bóc tách làm sạch toàn bộ hoạt dịch viêm gửi GPB. Hiện tại sau mổ bệnh nhân biên độ vận động tốt, không tê bì ngón tay.

Hình 4: Hình ảnh trong mổ bệnh nhân N.T.T

Ca lâm sàng 4. Bệnh nhân nam 77 tuổi, vào viện vì đau sưng kéo dài cổ tay không rõ nguyên nhân kéo dài 9 tháng, đã được tiêm Steroid nhiều đợt vào vùng khớp cổ tay tại tuyến cơ sở. Khám lâm sàng: không sốt, sưng đau cổ tay, có 3 dấu hiệu của Kanavel (Đau sưng, ấn đau, gấp nhẹ, duỗi ngón đau). MRI có hình ảnh

viêm bao hoạt dịch gân gấp cổ tay.

Hình 5: Hình ảnh cộng hưởng từ trước mổ và tổn thương trong mổ bệnh nhân T.V.S

Bệnh nhân được phẫu thuật: Đánh giá viêm hoạt dịch Michon 2 với dịch đục và hoạt dịch gân gấp viêm dày. Bệnh nhân được bóc tách làm sạch toàn bộ hoạt dịch viêm gửi GPB. Hiện tại sau mổ bệnh nhân biên độ vận động hạn chế gấp bàn ngón tay, không tê bì ngón tay.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Độ tuổi: Trung bình 56,5
- Giới: Tỉ lệ nam/nữ là 1:1
- Tay thuận: Chiếm tỷ lệ 50% (2/4)
- Thời gian bị bệnh: Từ 3 tháng - 9 tháng
- Điều trị trước phẫu thuật: Đều được tiêm Steriod vào vùng khớp bị đau sưng
- Khám lâm sàng trước mổ: Đều có 3/ 4 dấu hiệu điển hình theo Kanavel
- Vị trí tổn thương: 3 bệnh nhân gặp ở vùng cổ tay, 1 bệnh nhân gặp ở bao hoạt dịch gân gấp ngón IV
- Chẩn đoán trong mổ: Cả 4 bệnh nhân đều thuộc độ II theo Michon
- Phương pháp: Cắt lọc tổ chức hoạt dịch viêm
- Sau phẫu thuật: Vết mổ các bệnh nhân đều ổn định, cắt chỉ sau 2 tuần
- Chức năng bàn tay: Đánh giá sau phẫu thuật 3 tháng: 1 bệnh nhân (25%) hạn chế vận động gấp các ngón sau mổ 3 tháng, 3 bệnh nhân cho thấy kết quả gấp duỗi tối đa, chức năng tốt chiếm 75%.

IV. BÀN LUẬN

Về giới: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ chiếm 50%, tương đồng với các nghiên cứu của Kreamer (1990) nữ là 57,4%[2].

Về độ tuổi: Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình là 50,5; phù hợp với nghiên cứu của Kreamer là 50,5[2], tác giả Ryzewicz M (2006) nhấn mạnh độ tuổi phụ nữ trung niên là hay gặp nhất[3]. Nguyên nhân có thể chia làm 1 số nhóm như sau: Do ảnh hưởng của nội tiết tố các thay đổi nội tiết tố Estrogen ở nữ giới (đặc biệt là trong thời kỳ mãn kinh hoặc sau sinh) có thể ảnh hưởng đến mô liên kết và bao gân. Estrogen làm thay đổi chuyển hóa collagen làm bao gân dễ phù nề, dày lên và kém đàn hồi, khiến gân gấp di chuyển khó hơn có thể gây viêm và kẹt. Ngoài ra, khác biệt về cấu trúc giải phẫu: Ở nữ giới, bao gân và ròng rọc (pulley system) thường nhỏ hơn, trong khi gân lại có kích thước tương tự làm cho gân dễ ma sát và viêm hơn[4]. Yếu tố nghề nghiệp và hoạt động: Các công việc phổ biến ở nữ (nội trợ, may vá, đánh máy, nghề thủ công, y tế, giáo viên, v.v.) thường lặp lại động tác nắm – duỗi tay tạo vi chấn thương mãn tính lên gân gấp. Viêm vi thể lặp đi lặp lại lâu ngày kích thích phản ứng viêm trong bao gân[3]. Vì vậy, phụ nữ trong độ tuổi 40–60 tuổi là nhóm thường gặp nhất bệnh lý này.

Thời gian và điều trị trước phẫu thuật trong nhóm là 3-6 tháng, phù hợp với các báo cáo về quá trình điều trị nội khoa trước phẫu thuật thất bại thì cân nhắc phẫu thuật[3]. Các chỉ định điều trị nội khoa gồm: a) Nghỉ ngơi và tránh động tác lặp lại: Hạn chế cầm nắm, siết vật cứng, đánh máy liên tục. Có thể kết hợp nẹp ngón tay (splinting) giữ ở tư thế duỗi nhẹ, giúp giảm viêm bao gân trong thời gian: 4–6 tuần đầu tiên. B) Sử dụng thuốc kháng viêm không steroid (NSAIDs): như ibuprofen, naproxen, diclofenac[4]...,) Tiêm corticosteroid tại bao gân (Steroid injection): Đây được coi là phương pháp bảo tồn hiệu quả nhất, trước khi chỉ định phẫu thuật. Thường dùng: Triamcinolone acetonide hoặc Methylprednisolone acetate[3]. D) Vật lý trị liệu & siêu âm trị liệu (Physical therapy) giúp giảm viêm, cải thiện trượt gân, thường kết hợp cùng nẹp hoặc sau tiêm steroid, chưa có bằng chứng mạnh mẽ nhưng hỗ trợ hồi phục.

Triệu chứng khám lâm sàng trước phẫu thuật đều có các dấu hiệu Kanavel đưa ra năm 1912[1] gồm: 1. Đau chói dọc bao gân khi ấn, đặc biệt ở phía trước, vị trí túi cùng bao hoạt dịch. Nên đối chiếu 2 bên và các lần thăm khám. 2.Ngón tay ở tư thế gấp nhẹ: Cần so sánh với các ngón khác và ngón tương ứng bên đối diện, trong đó khớp liên đốt gần ngón tay thường có biên độ gấp lớn hơn. 3. Đau tăng khi duỗi thụ động ngón tay, cần phân biệt đau do tăng áp lực ngón tay hoặc gần các vết thương. 4. Ngón tay sưng đều toàn bộ hoặc ngón tay hình thoi, phân biệt với các tổn thương sưng nề khu trú như áp xe hoặc vết thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí gặp phải có 3 bệnh nhân ở vùng cổ tay và 1 bệnh nhân gặp ở ngón nhẫn. Theo các báo cáo trên thế giới, với viêm bao hoạt dịch gân gấp ngón riêng lẻ hay gặp nhất ở vị trí ngón nhẫn, theo nhiều nghiên cứu lớn (chiếm 35–40% các ca). Nguyên nhân do bao gân vùng ròng rọc A1 của ngón này dễ bị tăng ma sát khi cầm nắm vật tròn (tay nắm, cán dao, tay cầm dụng cụ).

Chuyển động cơ học và hướng lực gân gấp nông và gấp sâu ở ngón IV đặc biệt dễ chịu tải không đồng đều, gây phù nề và dày bao gân[3,4]. Còn tại vị trí cổ tay, là tình trạng viêm bao hoạt gân gấp chung (common flexor tendon sheath) nằm trong ống cổ tay (carpal tunnel) hoặc vùng gân gấp nông – gấp sâu trước khi tách nhánh vào các ngón. Gồm các gân hay gặp: Gân gấp dài ngón cái (Flexor pollicis longus -FPL) – Gân gấp sâu các ngón (Flexor digitorum superficialis - FDS) – Gân gấp nông các ngón (Flexor digitorum profundus - FDP) cùng lớp bao gân chung (common flexor sheath). Các vị trí hay gặp có thể minh họa trong bảng dưới đây[5]

Bảng 1: Các vị trí thường viêm bao hoạt dịch thường gặp ở cổ tay[5]

Vị trí	Tổn thương	Gân liên quan
Ống cổ tay	Dày bao gân gấp, thường kèm chèn ép thần kinh giữa	FDS, FDP, FPL
Vùng nối cổ tay – bàn tay	Viêm lan từ bao gân ngón tay	FDS, FDP
Khoang Parona	Ổ viêm sau gân gấp, lan sâu xuống cổ tay	FDP, FPL
Gân gấp ngón cái dài (Flexor pollicis longus sheath)	Thường liên quan nhiễm trùng hoặc viêm mạn tính	FPL

Điều trị: Trong y văn đã có rất nhiều phương pháp điều trị được đưa ra từ nội khoa đến ngoại khoa, đến năm 1974, tác giả Michon đã đưa ra bảng hướng dẫn phân loại qua phẫu thuật, giúp định hướng điều trị trong phẫu thuật (bảng 2)

Bảng 2: Phân độ Michon trong viêm bao hoạt dịch gân gấp bàn tay[6]

Giai đoạn	Dấu hiệu lâm sàng	Đề xuất điều trị
1	Tràn dịch trong bao gân, dịch trong	Dẫn lưu tối thiểu
2	Tràn dịch hoặc có dịch đục, viêm hoạt dịch phản ứng	Mở rộng dẫn lưu làm sạch
3	Nhiễm trùng hoại tử của gân, ròng rọc bao gân	Mổ mở rộng cắt lọc, có thể phải cắt cụt

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá tổn thương trong mổ đều ở giai đoạn 2 theo Michon, do đó đều được phẫu thuật dẫn lưu, làm sạch.

Kết quả sau mổ: Đánh giá sau mổ 3 tháng: Có 1 trường hợp hạn chế vận động bàn ngón tay (25%), 3 trường hợp vận động tối đa hoặc hạn chế nhẹ không đáng kể (75%). Nhìn lại y văn, với thể không nhiễm trùng, phẫu thuật giải phóng ròng rọc A1 và bóc tách gân bị tổn thương là phương pháp điều trị dứt điểm hiệu quả nhất với trường hợp hay gặp là viêm đơn lẻ gân gấp do kẹt ròng rọc A1. Tỷ lệ thành công: >95% hết hoàn toàn triệu chứng. Hầu hết bệnh nhân phục hồi vận động bình thường trong 2–4 tuần[3]. Các yếu tố có thể làm ảnh hưởng đến kết quả là các bệnh lý nền như tiểu đường làm tăng nguy cơ cứng ngón hoặc tái phát sau mổ, viêm khớp dạng thấp hoặc bị nhiều ngón cho kết quả kém hơn hoặc hồi phục chậm hơn[4]. Với viêm bao hoạt dịch đoạn cổ tay, kết quả với nhóm nhiễm trùng và không nhiễm trùng cho tỷ lệ khác nhau Thể nhiễm trùng cấp (infectious) – thường lan từ bàn tay, gây áp-xe bao gân chung và khoang Parona. Thể không nhiễm trùng (non-infectious) – liên quan bệnh hệ thống như viêm khớp dạng thấp (RA), gout, tiểu đường, gây dày bao gân trong ống cổ tay có thể kèm hội chứng chèn ép thần kinh giữa. Kết quả trong y văn được hệ thống trong bảng 3.

Bảng 3: Kết quả điều trị viêm bao hoạt dịch gân gấp đoạn cổ tay

Tác giả – năm – tạp chí	Cỡ Mẫu	Thể bệnh	Phương pháp	Kết quả chính
Pang HN et al., 2007 (JBJS Am)	75	Nhiễm trùng cấp	Dẫn lưu + kháng sinh	80% phục hồi chức năng tốt nếu mổ <48h
Draeger RW et al., 2012 (J Hand Surg Am)	61	Nhiễm trùng	Mở bao gân + rửa lặp lại	73% có TAM >180°, 10% dính gân
Werner RA et al., 2001 (J Rheumatol)	45	Viêm khớp dạng thấp	Cắt lọc bao hoạt dịch cổ tay	Giảm đau và cải thiện cảm giác ở 88%, tái phát 9%
Bishop AT, 1998 (Hand Clin)	Bài tổng quan	Nhiễm trùng cổ tay – Parona	Dẫn lưu mở rộng	70–85% phục hồi tốt, tử vong gân 5–10% nếu đến muộn

Các tác giả cũng đề cập đến nhiều biến chứng có thể gặp như: Cứng cổ tay hoặc dính gân (10-20%), Mất một phần biên độ gấp ngón (15%), Viêm bao gân tái diễn (RA hoặc gout (5-10%), tổn thương thần kinh giữa(2%), hoại tử gân (5-8%) nếu đến muộn. Cũng như đưa ra các yếu tố tiên lượng bệnh gồm: Mổ sớm < 48h, không có bệnh lý nền như Gout hoặc viêm khớp dạng thấp, tổn thương không lan vào khoảng Panoma và được vận động sớm sau phẫu thuật[6].

V. KẾT LUẬN

Viêm bao hoạt dịch gân gấp là tổn thương thường gặp, gồm thể nhiễm trùng và không

nhiễm trùng, cũng như bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng; bệnh thường gặp ở phụ nữ độ tuổi trung niên, có nhiều phương pháp điều trị với từng giai đoạn bệnh.

Dấu hiệu Kanavel là dấu hiệu kinh điển trên lâm sàng để chẩn đoán bệnh

Phẫu thuật áp dụng đánh giá theo phân độ Michon định hướng phẫu thuật; cho kết quả khả thi nếu điều trị sớm.

Các biến chứng và mức độ tái diễn thường gặp ở nhóm bệnh nhân nhiễm trùng, có bệnh lý nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brad T Hyatt** (2017). Flexor Tenosynovitis. Orthop Clin North Am 2017 Apr;48(2):217-227. doi: 10.1016/j.ocl.2016.12.010.
2. **B A Kraemer 1, V L Young, C Arfken** (1990). Stenosing flexor tenosynovitis. South Med J. 1990 Jul;83(7):806-11.
3. **Ryzewicz M, Wolf JM.** Trigger digits: principles, management, and complications. Journal of Hand Surgery (Am). 2006; 31(1):135–146.
4. **Makkouk AH, Oetgen ME, Swigart CR, Dodds SD.** Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. 2008; 1(2):92–96.
5. **Bishop AT.** Infections of the hand: flexor tenosynovitis and deep space infections. Hand Clin. 1998;14(4):557–571.
6. **Pang HN, Teoh LC, Yam AKT, Lee JY.** Factors affecting the prognosis of pyogenic flexor tenosynovitis. J Bone Joint Surg Am. 2007;89(7):1478–1486

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CẢI THIỆN PHÂN SUẤT TỐNG MÁU THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TỐI ƯU

Lê Kim Tuyến[1], Trương Duy Ngọc Anh[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện tượng đảo ngược tái cấu trúc thất trái và cải thiện phân suất tống máu (PSTM) là mục tiêu quan trọng trong điều trị suy tim. Tuy nhiên, các yếu tố dự báo khả năng hồi phục này tại Việt Nam vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị liên quan đến khả năng cải thiện PSTM ở bệnh nhân suy tim mạn tính sau 1 năm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 160 bệnh nhân suy tim có LVEF < 40% tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm Cải thiện (LVEF tăng > 10% và đích > 40%) và nhóm Không cải thiện. **Kết quả:** Có 44/160 (27,5%) bệnh nhân đạt tiêu chuẩn cải thiện. Tuổi trung bình của nhóm cải thiện thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không cải thiện (55,3 + 9,6 so với 61,4 + 15,9 tuổi; p=0,018). Nhóm tuổi < 60 có tỉ lệ cải thiện cao nhất. Về điều trị, việc sử dụng thuốc kháng thụ thể Mineralocorticoid (MRA) có sự khác biệt thống kê giữa hai nhóm (p=0,042). Nhóm cải thiện cũng ghi nhận sự giảm đáng kể chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) sau điều trị (p<0,001). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê về giới tính, BMI, nguyên nhân suy tim và các bệnh đồng mắc. **Kết luận:** Tuổi trẻ là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất đối với khả năng phục hồi chức năng thất trái. Việc nhận diện sớm các yếu tố này giúp cá thể hóa chiến lược điều trị và theo dõi. ***Từ khóa:*** Yếu tố liên quan, cải thiện phân suất tống máu, HFimpEF, tuổi, MRA.

[1]*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Bệnh viện Tim Tâm Đức*

[2]*Bệnh viện Thống Nhất TPHCM*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Kim Tuyến

Email: lekimtuyen09@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH IMPROVED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE UNDER OPTIMAL MEDICAL THERAPY

Objective: To investigate clinical, paraclinical, and treatment factors associated with the improvement of left ventricular ejection fraction (LVEF) in patients with chronic heart failure after 1 year. **Methods:** A retrospective cohort study on 160 patients with LVEF < at Tam Duc Heart Hospital. Patients were divided into Improved (LVEF increase > 10% and final > 40%) and Non-improved groups. **Results:** 44/160 (27.5%) patients showed improvement. The Improved group was significantly younger than the Non-improved group (55.3 + 9.6 vs. 61.4 + 15.9 years; p=0.018). Patients <60 years old had the highest improvement rate. Mineralocorticoid Receptor Antagonist (MRA) usage showed a statistically significant difference (p=0.042). The Improved group showed significant reduction in LV mass index (p<0.001). No significant association was found for gender, BMI, etiology, or comorbidities. **Conclusion:** Younger age is a significant predictor of LVEF improvement. Early identification of these factors aids in personalized management.

Keywords: Predictors, improved ejection fraction, HFimpEF, age, MRA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim phân suất tống máu giảm (HFrEF) từng được xem là một bệnh lý có tiên lượng xấu và tiến triển một chiều. Tuy nhiên, với sự tiến bộ của các liệu pháp điều trị nội khoa theo cơ chế