

then chốt của PHCN trong điều trị toàn diện rách gân chóp xoay và có ý nghĩa thực tiễn trong bối cảnh lâm sàng tại Việt Nam.

### TÀI LIỆU TAM KHẢO

1. **Tăng Hà Nam Anh** (2014). Kết quả điều trị rách chóp xoay qua nội soi. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2014.
2. **Hoàng Minh Thắng và cộng sự** (2022). "Kết quả phẫu thuật khâu chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức". Tạp chí Nghiên cứu Y học. 149(1): 117-125.
3. **Trần Quyết và cộng sự** (2025). Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu 2 hàng không buộc chỉ. Tạp Chí Y học Việt Nam, 555(3).
4. **Yamamoto A, Takagishi K et al** (2010). Prevalence and risk factors of a rotator cuff tear in the general population. Journal of Shoulder and Elbow Surgery. 2010;19(1):116-120.
5. **Ezell DJ, Malcarney HL** (2021). Rotator cuff repair rehabilitation considerations and respective guidelines: a narrative review. JSES Reviews, Reports, and Techniques. 1(3):179-185.
6. **Nikolaïdou O, Migkou S, Karampalis C** (2017). Rehabilitation after Rotator Cuff Repair. The Open Orthopaedics Journal. 11: 154-162.
7. **Lee JS, Noh YM, Shin DS, Lim TK** (2019). Arthroscopic Repair of Full-Thickness Rotator Cuff Tears. Clinics in Orthopedic Surgery. 11(1):20-29. (PMCID: PMC6370080)
8. **Gabiatti AJB, Hillesheim GB et al** (2024). Cryotherapy in Postoperative Shoulder Surgery: A Systematic Review. Therapeutic Hypothermia and Temperature Management. 14(4):218-228.

## ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN NHỊP TIM TRÊN HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ 24 GIỜ Ở BỆNH NHÂN BỆNH CƠ TIM PHÌ ĐẠI

Bùi Văn Thường<sup>1</sup>, Trần Song Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Hữu Tuyền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Bệnh cơ tim phì đại (BCTPD) là một bệnh lý tim mạch thường gặp do di truyền. Hậu quả là gây phì đại cơ tim gây tắc nghẽn đường ra thất trái ở các mức độ khác nhau, một trong số những biến chứng hay gặp và rất nguy hiểm đến tính mạng của BCTPD là rối loạn nhịp tim. Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn nhịp ở bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang loạt ca bệnh với thời gian thực hiện từ tháng 10/2023 đến tháng 2/2025 trên 39 bệnh nhân bị BCTPD tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Trong số 39 bệnh nhân bị BCTPD được thu tuyển vào nghiên cứu, rối loạn nhịp tim phổ biến nhất là ngoại tâm thu thất 61,5% (24/39 BN), ngoài ra có 38,46% (15/39 BN) rung nhĩ, 17,95% (7/39BN) nhanh thất; 5,13% (2/39BN) nhanh nhĩ. Trong bệnh nhân BCTPD có rung nhĩ, chỉ số đường kính nhĩ trái, đường kính tâm trương thất trái, tỉ lệ bệnh nhân có phân số tổng máu thất trái <40% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có rung nhĩ ( $p < 0,05$ ). Tỉ lệ có dấu hiệu SAM ở nhóm có ngoại tâm thu thất cao hơn nhóm không có ngoại tâm thu thất ( $p = 0,01$ ). **Kết luận:** Rối loạn nhịp trong bệnh nhân bị BCTPD là phổ biến, trong đó ngoại tâm thu thất và rung nhĩ là hai rối loạn nhịp thường gặp nhất.

**Từ khóa:** Bệnh cơ tim phì đại, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất, rung nhĩ.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Thường

Email: thuongbui.tm@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF CARDIAC ARRHYTHMIAS ON 24-HOUR HOLTER ELECTROCARDIOGRAM IN PATIENTS WITH HYPERTROPHIC CARDIOMYOPATHY

**Objectives:** Hypertrophic cardiomyopathy (HCM) is a common inherited cardiovascular disease characterized by myocardial hypertrophy, which may lead to varying degrees of left ventricular outflow tract obstruction. One of the most frequent and potentially life-threatening complications of HCM is cardiac arrhythmia. This study aimed to describe the characteristics of cardiac arrhythmias detected by 24-hour Holter electrocardiography and to investigate several factors associated with arrhythmias in patients with hypertrophic cardiomyopathy at the Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional case-series study was conducted from October 2023 to February 2025, including 39 patients diagnosed with hypertrophic cardiomyopathy at Bach Mai Hospital. **Results:** Among the 39 HCM patients enrolled in the study, the most common arrhythmia was premature ventricular contractions, observed in 61.5% (24/39) of patients. Atrial fibrillation was present in 38.46% (15/39), ventricular tachycardia in 17.95% (7/39), and atrial tachycardia in 5.13% (2/39) of patients. In HCM patients with atrial fibrillation, left atrial diameter, left ventricular end-diastolic diameter, and the proportion of patients with left ventricular ejection fraction <40% were significantly higher compared with those without atrial fibrillation ( $p < 0.05$ ). The prevalence of systolic anterior motion (SAM) was significantly higher in patients with premature ventricular contractions than in those without premature ventricular contractions ( $p = 0.01$ ). **Conclusions:** Cardiac arrhythmias are common in patients with hypertrophic cardiomyopathy, with premature ventricular

contractions and atrial fibrillation being the two most frequently observed arrhythmias. **Keywords:** Hypertrophic cardiomyopathy, premature ventricular contractions, ventricular tachycardia, atrial fibrillation.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ tim phì đại (BCTPD) là một bệnh lý di truyền đặc trưng bởi sự dày lên bất thường của cơ tim, đặc biệt là vách liên thất, mà không do các nguyên nhân khác như tăng huyết áp hay bệnh van tim. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây đột tử tim ở người trẻ và vận động viên<sup>1</sup>. Rối loạn nhịp tim là một biểu hiện quan trọng của BCTPD, với tần suất cao hơn nhiều so với dân số chung. Các rối loạn nhịp thường gặp trên Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân BCTPD bao gồm ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất không bền bỉ (NSVT) và rung nhĩ. Tỷ lệ NSVT dao động từ 20–30% trong các nghiên cứu, trong khi rung nhĩ gặp ở khoảng 20–25% bệnh nhân BCTPD và làm gia tăng nguy cơ đột tử<sup>2</sup>.

Cơ chế của rối loạn nhịp trong HCM rất phức tạp, bao gồm quá tải áp lực, xơ hóa cơ tim, rối loạn kênh ion và mất đồng bộ cơ bóp tim. Những thay đổi này tạo ra các ổ vòng vào lại (reentry), tăng tính tự động của tế bào cơ tim, và làm gia tăng nguy cơ loạn nhịp thất nguy hiểm, đặc biệt là rung thất dẫn đến đột tử.

Việc ghi nhận rối loạn nhịp trên Holter 24 giờ không chỉ giúp đánh giá gánh nặng rối loạn nhịp mà còn đóng vai trò quan trọng trong phân tầng nguy cơ, giúp định hướng điều trị và quyết định đặt máy khử rung tim (ICD) để dự phòng đột tử. Chính vì vậy, nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ ở bệnh nhân BCTPD là cần thiết để hiểu rõ hơn về nguy cơ và có chiến lược can thiệp phù hợp<sup>2</sup>.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân bị BCTPD điều trị nội trú, ngoại trú tại Viện Tim mạch Quốc gia, Bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 2/2025 đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ gồm:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim phì đại theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Châu Âu (ESC) 2014 được điều trị nội trú tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

+ Bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng khác như suy gan, suy thận nặng, đợt cấp COPD hay hen phế quản, rối loạn điện giải nặng, cường giáp hay một số bệnh lý tim mạch khác như suy tim nặng, hội chứng vành cấp, bệnh lý van tim

kết hợp.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang loạt ca bệnh

**Phương pháp lấy mẫu nghiên cứu:** Lấy mẫu thuận tiện những bệnh nhân BCTPD trong khoảng thời gian nghiên cứu

**Quản lý và phân tích số liệu:** Bệnh án của bệnh nhân nghiên cứu được lưu trữ tại kho hồ sơ của Bệnh viện Bạch Mai. Các bệnh án nghiên cứu được nghiên cứu viên thu thập, lưu giữ và bảo mật. Công cụ thu thập và xử lý, phân tích số liệu: SPSS 20.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 39 bệnh nhân BCTPD tại Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2023 đến 02/2024, trong đó tuổi trung bình là 58,41 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm trên 60 tuổi (chiếm 56,41%); tỉ lệ nam/nữ = 1,17; có 26/39 bệnh nhân có bệnh lý kèm theo (chiếm 66,67%) trong đó phổ biến nhất là bệnh THA (38,46%) và suy tim (35,89%); số bệnh nhân có tiền sử BCTPD trước đó là 20,51%. Các triệu chứng cơ năng thường gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là mệt mỏi (53,84%), khó thở (43,59%), đau ngực (35,89%), tỉ lệ bệnh nhân có ngất là 12,82%.

**Bảng 1. Tỉ lệ ngoại tâm thu thất và ngoại tâm thu nhĩ trên Holter điện tâm đồ 24 giờ của đối tượng nghiên cứu (%)**

Đặc điểm	Không có	<5%	5-10%	>10%
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Ngoại tâm thu thất	15 (38,46%)	14 (35,90%)	10 (25,64%)	0 (0%)
Ngoại tâm thu nhĩ	25 (64,10%)	9 (23,08%)	4 (10,26%)	1 (2,56%)

**Nhận xét:** Tỉ lệ xuất hiện ngoại tâm thu thất trên Holter điện tâm đồ là 61,5% (24/39 bệnh nhân).

**Bảng 2. Đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Có		Không	
	n	%	n	%
Nhanh thất	7	17,95	32	82,05
Rung nhĩ	15	38,46	24	61,54
Nhanh nhĩ	2	5,13	37	94,87
Cưỡng nhĩ	0	0	39	100

**Nhận xét:** Rối loạn nhịp gặp nhiều nhất trên Holter điện tâm đồ 24 giờ là rung nhĩ với 15 NB (38,46%), có 7 NB (17,95%) có cơn tim nhanh thất không bền bỉ, có 2 NB (5,13%) có cơn tim nhanh nhĩ.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân trắc và rung nhĩ trên Holter điện tâm đồ ở đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Rung nhĩ				OR (95% CI)	p-value
		Có		Không			
		n	%	n	%		
Giới tính	Nam	8	38,10	13	61,90	1	0,764
	Nữ	7	39,89	11	61,11	1,24 (0,29 – 5,24)	
Nhóm tuổi	<40	1	14,29	6	85,71	1	0,074
	40-49	0	0	2	100,00	1	
	50-59	5	62,50	3	37,50	10,45 (0,79 – 137,82)	
	≥60	9	40,91	13	59,09	4,06 (0,41 – 39,97)	

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về tỉ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân BCTPĐ về giới tính và các nhóm tuổi <40 tuổi, 40-49 tuổi, 50-59 tuổi và ≥60 tuổi.

**Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm trên siêu âm tim và rung nhĩ trên Holter điện tâm đồ ở đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Rung nhĩ		p-value
	Có (n=15)	Không (n=24)	
	X±SD	X±SD	
Chênh áp qua đường ra thất trái	31,8 ± 23,88	31,75 ± 24,59	0,92
Đường kính nhĩ trái	41,27 ± 11,13	34,96 ± 6,33	0,03
Dd (mm)	50,47 ± 7,56	45,63 ± 4,69	0,04
Ds (mm)	31,47 ± 8,86	27,50 ± 4,86	0,23

**Nhận xét:** Đường kính nhĩ trái, đường kính tâm trường thất trái ở những bệnh nhân bị rung nhĩ lớn hơn những bệnh nhân không mắc rung nhĩ có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt về chênh áp qua ĐRTT ở nhóm có rung nhĩ và không có rung nhĩ với p=0,92

**Bảng 5. Mối liên quan giữa dấu hiệu SAM, phân suất tổng máu, mức độ hở van 2 lá trên siêu âm và rung nhĩ trên Holter điện tâm đồ ở đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Rung nhĩ				OR (95% CI)	p-value
	Có		Không			
	n	%	n	%		
<b>Dấu hiệu SAM</b>						
Có	11	50,00	11	50,00	1	0,098
Không	4	23,53	13	76,47	0,31 (0,07 – 1,25)	
<b>Phân suất tổng máu EF (%)</b>						
<40%	6	85,71	1	14,29	1	0,01
40-50%	1	12,50	7	87,50	0,02 (0,001 – 0,47)	
>50%	8	33,33	16	66,67	0,08 (0,008 – 0,82)	
<b>Mức độ hở van 2 lá</b>						
Nhẹ	4	19,05	17	80,95	0,09 (0,01 – 0,67)	0,02
Vừa	6	54,55	5	45,45	0,48 (0,06 – 3,63)	0,477
Nhiều	5	71,43	2	28,57	1	

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 40% có tỉ lệ rung nhĩ cao hơn nhóm có phân suất tổng máu thất trái 40-50% và > 50% có ý nghĩa thống kê với p< 0,05, nhóm có hở van hai lá nhẹ có tỉ lệ rung nhĩ thấp hơn nhóm có hở van hai lá vừa và nặng với p= 0,02. Chưa thấy có sự khác biệt về tỉ lệ rung nhĩ ở nhóm có dấu hiệu SAM và không có dấu hiệu SAM.

**Bảng 6. Mối liên quan giữa sinh hoá máu và các rối loạn nhịp trên Holter điện tâm đồ ở đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Nồng độ NT-proBNP		Nồng độ Troponin T	
	X±SD		X±SD	
Rung nhĩ	Có (n=15)	1073,88 ± 1126,13	40,82 ± 41,13	
	Không (n=24)	1156,58 ± 2070,68	37,92 ± 47,23	
	p-value	0,525		0,279
Ngoại tâm thu thất	Có (n=24)	1501,85 ± 2139,27	42,11 ± 53,84	

	Không (n=15)	521,46 ± 405,62	34,12 ± 23,62
	p-value	0,148	0,488
<b>Nhanh thất</b>	Có (n=7)	560,36 ± 351,52	39,49 ± 21,63
	Không (n=32)	1248,24 ± 1909,03	38,93 ± 48,28
	p-value	0,714	0,323

**Nhận xét:** Chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ Troponin Ths, NT-proBNP khi so sánh giữa các nhóm có cơn tim nhanh thất và không có rung nhĩ, ngoại tâm thu thất và cơn tim nhanh thất.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm rối loạn nhịp tim trên Holter điện tâm đồ 24 giờ của đối tượng nghiên cứu.** Rung nhĩ là loại rối loạn nhịp thường gặp nhất khi theo dõi Holter điện tâm đồ trong nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ là 38,46%. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu của Moon và cộng sự tại Hàn Quốc<sup>3</sup> hay nghiên cứu của Ayoub 2017%<sup>4</sup>. Cơ chế của rung nhĩ do giãn nhĩ trái, tăng áp lực làm đầy thất trái và xơ hóa cơ tim góp phần vào sự phát triển của rung nhĩ. Nguy cơ phát triển rung nhĩ tăng dần theo thời gian, đặc biệt ở bệnh nhân có giãn nhĩ trái (> 45mm) hoặc tăng áp lực nhĩ trái. Rung nhĩ là một yếu tố tiên lượng xấu, làm nặng thêm tình trạng suy tim, tắc mạch hệ thống, rối loạn nhịp thất thậm chí đột tử. Ngoài ra chúng tôi cũng ghi nhận được các rối loạn nhịp khác trên Holter điện tâm đồ như ngoại tâm thu nhĩ, ngoại tâm thu thất hay cơn tim nhanh thất không bền bỉ (17,95%). Tỉ lệ có cơn tim nhanh thất không bền bỉ (NSVT) trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Linh<sup>5</sup>. NSVT là yếu tố nguy cơ cao của đột tử, đặc biệt ở bệnh nhân có triệu chứng ngất hoặc có tiền sử gia đình bị đột tử.

**Mối liên quan giữa đặc điểm trên siêu âm tim và rung nhĩ trên Holter điện tâm đồ ở đối tượng nghiên cứu.** Nhóm bệnh nhân có rung nhĩ trên Holter điện tâm đồ có đường kính nhĩ trái cao hơn nhóm không có rung nhĩ có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,03$ . Ở bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại, sự dày lên của cơ tim gây cản trở tổng máu trong buồng tim cùng với suy giảm khả năng giãn nở của tim có thể gây ra giãn nhĩ trái. Khi nhĩ trái giãn nở quá mức, sự thay đổi về cấu trúc và chức năng của nhĩ trái có thể tạo điều kiện cho sự phát triển của rung nhĩ. Khi rung nhĩ xảy ra trong một thời gian dài, nó có thể làm cho nhĩ trái giãn nở thêm, vì cơ tim không có khả năng co bóp hiệu quả để đẩy máu ra ngoài, dẫn đến sự tích tụ máu và giãn nhĩ trái nhiều hơn nữa. Điều này tạo ra một vòng luẩn quẩn giữa sự giãn nở của nhĩ trái và rung nhĩ.

Các bệnh nhân BCTPĐ có rung nhĩ là các đối tượng có nguy cơ cao bị thuyên tắc mạch hệ thống vì vậy khuyến cáo điều trị thuốc chống đông cho tất cả bệnh nhân BCTPĐ có rung nhĩ bất kể thang điểm CHA2DS2-VA.

Một số nghiên cứu cũng cho thấy đường kính thất trái và rung nhĩ ở bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại có mối liên quan chặt chẽ. Khi thất trái giãn và đường kính thất trái lớn, khả năng tổng máu của thất trái bị suy giảm, đồng thời làm tăng nguy cơ rung nhĩ. Quá trình rung nhĩ lại có thể làm trầm trọng thêm tình trạng giãn thất trái và suy giảm chức năng tim<sup>6</sup>.

Ở các bệnh nhân có hở van hai lá mức độ nhẹ có tỉ lệ rung nhĩ thấp hơn đáng kể so với nhóm có hở van hai lá mức độ vừa và nặng. Ở các bệnh nhân có hở van hai lá khiến dòng máu không thể được bơm ra ngoài hiệu quả, dẫn đến sự gia tăng áp lực trong nhĩ trái. Áp lực cao trong nhĩ trái là một yếu tố nguy cơ quan trọng gây ra giãn nhĩ trái, tái cấu trúc nhĩ trái, ảnh hưởng đến hoạt động điện trong nhĩ trái và gây ra rung nhĩ.

**Mối liên quan giữa xét nghiệm sinh hoá máu và rối loạn nhịp ở bệnh nhân mắc bệnh cơ tim phì đại.** Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng ở bệnh nhân BCTPĐ có sự gia tăng nồng độ troponin Ths<sup>7</sup>. Tăng troponin Ths cũng là một yếu tố tiên lượng độc lập các biến cố rối loạn nhịp tim, tử vong ở bệnh nhân BCTPĐ. Tăng nồng độ troponin Ths trong cơ thể thường liên quan đến sự tổn thương hoặc căng thẳng quá mức đối với cơ tim, dẫn đến việc giải phóng các protein troponin vào máu. Một số cơ chế giải thích tình trạng tăng Troponin Ths ở bệnh nhân BCTPĐ như: Do tổn thương và hoại tử tế bào cơ tim. BCTPĐ có tình trạng dày lên của cơ tim dẫn đến tăng nhu cầu ở cơ tim dẫn đến mất tương xứng giữa cung và cầu tưới máu cơ tim. Điều này có thể dẫn đến tổn thương và hoại tử tế bào. Do đó, troponin được giải phóng từ các tế bào cơ tim bị tổn thương vào máu. Ở bệnh nhân BCTPĐ cũng có tình trạng thiếu máu cục bộ cơ tim. BCTPĐ thường gây thiếu máu cục bộ dưới nội tâm mạc do hẹp các mạch máu nhỏ của động mạch vành. Thiếu máu cục bộ này có thể dẫn đến tổn thương cục bộ ở cơ tim, kích hoạt giải phóng troponin.

NT-proBNP là một chỉ số sinh học được sử dụng để đánh giá tình trạng suy tim. Trong bệnh

cơ tim phì đại, tình trạng dày lên của cơ tim có thể gây ra sự căng giãn các buồng tim, kích hoạt quá trình giải phóng NT-proBNP vào máu, từ đó làm tăng nồng độ của NT-proBNP trong cơ thể. NT-proBNP có thể được dùng để chẩn đoán và theo dõi tình trạng suy tim ở bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại. Tuy nhiên, mức độ NT-proBNP có thể không tỷ lệ hoàn toàn với mức độ suy tim vì bệnh cơ tim phì đại có thể có những yếu tố khác ảnh hưởng đến nồng độ của chỉ số này

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự gia tăng nồng độ troponin T và NT-proBNP tuy nhiên chưa cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có rối loạn nhịp tim như rung nhĩ, ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất so với nhóm không có rối loạn nhịp tim.

## V. KẾT LUẬN

Rối loạn nhịp trong bệnh nhân bị BCTPĐ là phổ biến, trong đó ngoại tâm thu thất và rung nhĩ là hai rối loạn nhịp thường gặp nhất. Một số yếu tố tiên lượng nguy cơ rối loạn nhịp ở bệnh nhân BCTPĐ cao như: Đường kính nhĩ trái lớn, đường kính tâm trương thất trái, giảm chức năng tâm thu thất trái, có dấu hiệu SAM trên siêu âm tim.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kocovski L, Fernandes J.** Sudden cardiac death: a modern pathology approach to

- hypertrophic cardiomyopathy. Archives of Pathology and Laboratory Medicine. 2015;139(3):413-416.
2. **Du et al.** Journal of Cardiothoracic Surgery (2023) 18:196
3. **Moon I, Lee S-Y, Kim H-K, et al.** Trends of the prevalence and incidence of hypertrophic cardiomyopathy in Korea: A nationwide population-based cohort study. PloS one. 2020;15(1):e0227012.
4. **Ayoub C, Geske JB, Larsen CM, Scott CG, Klarich KW, Pellikka PA.** Comparison of Valsalva maneuver, amyl nitrite, and exercise echocardiography to demonstrate latent left ventricular outflow obstruction in hypertrophic cardiomyopathy. The American Journal of Cardiology.
5. **Đặng Thị Linh, Nguyễn Thị Thu Hoài, Mai Trung Anh và Đặng Thị Linh, Nguyễn Thị Thu Hoài, Phạm Mạnh Hùng** 2023. Khảo sát sức căng thất trái bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2023,96, 43-51.
6. **Y Tezuka, K Doi, Y Hamatani, Y An, M Ishii, M Iguchi, N Masunaga, M Esato, H Wada, K Hasegawa, H Ogawa, M Abe, M Akao,** Association of left ventricular end-diastolic diameter with incidence of thromboembolism in patients with non-valvular atrial fibrillation: the Fushimi AF Registry, European Heart Journal, Volume 42, Issue Supplement\_1, October 2021.
7. **Kubo, T, Kitaoka, H, Yamanaka, S. et al.** Significance of High-Sensitivity Cardiac Troponin T in Hypertrophic Cardiomyopathy. JACC. 2013 Oct, 62 (14) 1252-1259.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI LỚN BẰNG ĐINH SIGN CÓ CHỐT DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Nguyễn Thế Điệp<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Tài<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật gỡ kín thân xương đùi ở người lớn bằng đinh SIGN có chốt và chất lượng cuộc sống sau mổ của người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 44 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi với các hình thái gãy kiểu A, B, C theo phân loại AO, được phẫu thuật kết xương bằng đinh SIGN có chốt dưới màn tăng sáng. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 75,5 ± 15,2 phút và lượng máu mất trung bình 120,5 ± 40,6 ml. Sau 12 tháng, 97,7% bệnh nhân liền

xương hoàn toàn, phục hồi chức năng khớp háng đạt tốt và rất tốt là 90,9% và tỷ lệ biến chứng là 13,6% gồm chậm liền xương: 02, khớp giả: 01, nhiễm khuẩn vết mổ: 01 và hạn chế vận động khớp háng: 02. Chất lượng cuộc sống được cải thiện đáng kể với điểm SF-36 trung bình đạt 80,2 ± 11,0. **Kết luận:** Phẫu thuật kết xương bằng đinh SIGN có chốt dưới màn tăng sáng cho kết quả điều trị tốt, với tỷ lệ liền xương cao, ít biến chứng và chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt. **Từ khóa:** gãy kín thân xương đùi; đinh SIGN có chốt; chất lượng cuộc sống.

## SUMMARY

**EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF CLOSED FEMORAL SHAFT FRACTURES IN ADULTS TREATED WITH INTERLOCKING SIGN NAILS UNDER C-ARM GUIDANCE AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL**

**Objectives:** To evaluate the surgical outcomes of closed femoral shaft fractures in adults treated with

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 7.01.2026