

TRIỆT HẠCH GIAO CẢM: TỪ Y VẤN ĐẾN KẾT QUẢ THỰC HIỆN TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN 19-8

Nguyễn Minh Tuấn¹, Lê Văn Thục¹, Nguyễn Tiên Mạnh¹, Nguyễn Quang Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng tiết mồ hôi nguyên phát là tình trạng cường hoạt hệ thần kinh giao cảm, gây ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống. Đặc điểm tăng tiết mồ hôi nguyên phát là khu trú theo từng vùng của cơ thể, đối xứng hai bên. Bệnh này không gây nguy hiểm tính mạng nhưng làm giảm sút rất nhiều chất lượng cuộc sống của người bệnh, đối với tăng tiết mồ hôi tay ảnh hưởng đến công việc, gây mặc cảm về tâm lý khi giao tiếp. Phẫu thuật nội soi cắt đốt hạch giao cảm ngực (Endoscopic Thoracic Sympathectomy – ETS) là phương pháp điều trị hiệu quả và ít xâm lấn.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ETS trong điều trị tăng tiết mồ hôi khu trú nguyên phát tại Khoa Ngoại Tổng hợp – Bệnh viện 19-8.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang

Kết quả: Có 126 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu từ 01/2025 đến 12/2025. Tuổi trung bình $28,9 \pm 6,4$, tỷ lệ nữ giới là 63,5%. Hết ra mồ hôi tay đạt 97,1%, nách 100%, giảm mồ hôi chân 20,3%. Có 1 trường hợp tràn máu màng phổi nhẹ (0,8%), không có tràn khí hoặc biến chứng nặng. Hai bệnh nhân có tiền sử lao phổi dính phổi phải, chỉ phẫu thuật được bên trái. Chất lượng cuộc sống cải thiện ở 96,9% bệnh nhân; 87,5% hài lòng hoặc rất hài lòng. Nhóm cắt hạch T3–4 có mức độ hài lòng cao nhất (90,1%).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt hạch giao cảm (ETS) là phương pháp an toàn, hiệu quả, cải thiện rõ chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân tăng tiết mồ hôi khu trú, với tỉ lệ tai biến thấp và kết quả ổn định.

Từ khóa: Tăng tiết mồ hôi, triệt hạch giao cảm, ETS.

SUMMARY

ENDOSCOPIC THORACIC SYMPATHECTOMY: FROM THEORY TO RESULTS PERFORMED AT THE DEPARTMENT OF SURGERY – 19-8 HOSPITAL

Introduction: Primary hyperhidrosis is a condition characterized by excessive sympathetic nervous system activity, significantly affecting quality of life. The hallmark of primary hyperhidrosis is localized sweating in specific regions of the body, symmetrically on both sides. This condition is not life-threatening but greatly diminishes patients' quality of life; for example, palmar hyperhidrosis impacts work and causes psychological discomfort during social interactions. Endoscopic thoracic sympathectomy (ETS) is an effective and minimally invasive surgical treatment.

Objective: To evaluate the outcomes of ETS in treating primary localized hyperhidrosis at the Department of Surgery – 19-8 Hospital.

Methods: Cross-sectional retrospective study.

Results: A total of 126 patients were included in the study from January 2025 to December 2025. The average age was 28.9 ± 6.4 , with 63.5% being female. Complete elimination of hand sweating was achieved in 97.1%, axillary sweating in 100%, and foot sweating reduction by 20.3%. There was one case of mild pleural effusion (0.8%), with no pneumothorax or severe complications. Two patients had a history of right lung adhesion due to tuberculosis, and only the left side was operated on. Quality of life improved in 96.9% of patients; 87.5% were satisfied or very satisfied. The T3–4 ganglionectomy group had the highest satisfaction rate (90.1%).

Conclusion: Thoracoscopic sympathectomy (ETS) is a safe and effective method that significantly improves the quality of life for patients with localized hyperhidrosis, with a low complication rate and stable results.

Keywords: Hyperhidrosis, sympathectomy, ETS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng tiết mồ hôi (hyperhidrosis) là tình trạng hoạt động tuyến mồ hôi vượt quá nhu cầu điều hòa thân nhiệt của cơ thể. Bệnh được chia thành hai loại: tăng tiết mồ hôi nguyên phát và thứ phát. Tăng tiết mồ hôi nguyên phát là do cường giao cảm, xảy ra khi thay đổi tâm lý (hồi hộp, lo lắng) hoặc nhiệt độ môi trường tăng. Đặc điểm tăng tiết mồ hôi nguyên phát là khu trú theo từng vùng của cơ thể, đối xứng hai bên. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ mắc bệnh này là khoảng 2 - 3% cộng đồng, tập trung chủ yếu ở người trẻ [1][2C]. Ở Châu Á, tỷ lệ bệnh lý này có nơi đến 4,6%, thậm chí 10% trong quần thể dân cư [2]. Ở Việt Nam, theo tác giả Trần Ngọc Lương, tỉ lệ mắc chứng tăng tiết mồ hôi chiếm khoảng 1% dân số, trong đó chứng tăng tiết mồ hôi tay là hay gặp nhất [3].

Năm 1920, phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm đầu tiên để điều trị chứng tăng tiết mồ hôi được Kotzareff thực hiện [4]. Năm 1942, Hughes công bố phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm nội soi ngực đầu tiên và với sự phát triển của các kỹ thuật/dụng cụ xâm lấn tối thiểu [5]. Nhờ sự phát triển của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực (Endoscopic Thoracic Sympathectomy – ETS) điều trị tăng tiết mồ hôi được xem là tiêu chuẩn vàng hiện nay, với ưu điểm thao tác chính xác, xâm lấn tối thiểu, phục hồi nhanh, tỉ lệ thành công cao. Đồng thời với sự phát

¹Bệnh viện 19-8

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn
Email: minhthuannccs35@gmail.com

Mã bài: N510

Ngày nhận bài: 11/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 10/3/2026

Ngày duyệt bài: 11/4/2026

triển của kỹ thuật phẫu thuật trong thế kỷ XX, kiến thức về sinh lý học của hệ thần kinh tự chủ cũng đã phát triển và do đó, các chỉ định phẫu thuật đã được thay đổi đáng kể. Trên thế giới, có những báo cáo tới trên 2000 ca bệnh với hiệu quả khô tay tới 98 - 100%; chất lượng cuộc sống tốt sau 30 ngày, và sau 5 năm lần lượt là 90,9% và 90,3%[6]. Tuy nhiên, lựa chọn cắt/đốt hạch giao cảm ở vị trí nào để điều trị ra nhiều mồ hôi tay hay ra nhiều mồ hôi tay kết hợp ra ở đầu, mặt, nách vẫn còn nhiều tranh luận. Mặc dù vậy, kỹ thuật này vẫn có thể gặp một số tai biến như tràn máu màng phổi hoặc hội chứng Horner.

Tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an, phẫu thuật ETS đã được triển khai từ nhiều năm nay trong điều trị tăng tiết mồ hôi khu trú, đặc biệt là tăng tiết mồ hôi tay. Tuy nhiên, chưa có báo cáo hệ thống nào đánh giá kết quả điều trị tại đây. Mặc dù y văn đã ghi nhận hiệu quả của ETS, nhưng sự khác biệt về dân số, kỹ thuật và điều kiện thực hành lâm sàng tại Việt Nam đòi hỏi phải có các nghiên cứu tại cơ sở.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đối chiếu y văn và đánh giá kết quả phẫu thuật ETS tại Khoa Ngoại – Bệnh viện 19-8, góp phần hoàn thiện quy trình điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Gồm những bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật ETS với chẩn đoán xác định là tăng tiết mồ hôi khu trú nguyên phát, mức độ I, II, III theo Krasna và có đầy đủ hồ sơ nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi đốt hạch giao cảm tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh nội khoa như cường giáp. Có tiền sử mổ lồng ngực trước đó. Có tiền sử u phổi, lao phổi. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2025 đến tháng 12/2025, tại Khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

2.4. Phương pháp thu thập và phân tích

Sử dụng thống kê mô tả: Tất cả kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Thống kê mô tả các biến số nền, biến số độc lập và biến số phụ thuộc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực cho 126 bệnh nhân, gồm nam (chiếm 36,5%) và nữ (chiếm 63,5%), độ tuổi trung bình là $28,9 \pm 6,4$, nhỏ nhất là 18 tuổi, lớn nhất là 63 tuổi. BN không có tiền sử gia đình là 66,7%. Có tiền sử gia đình là 33,3%. BN thấy bệnh tăng tiết mồ hôi tay xuất hiện triệu chứng từ khi còn nhỏ là 66,7%. BN xuất hiện sau dậy thì là 33,3%.

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Số lượng (n=126)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	46	36,5%
Nữ	80	63,5%
Nhóm tuổi		
Khi còn nhỏ	84	66,7%
Sau dậy thì	42	33,3%
Tuổi trung bình	$28,9 \pm 6,4$ (18–63)	

Đa số bệnh nhân là nữ chiếm 63,5%, độ tuổi lao động trẻ, phù hợp với đối tượng chịu ảnh hưởng nhiều về giao tiếp xã hội.

3.2. Mức độ tăng tiết mồ hôi

Bảng 2. Mức độ tăng tiết mồ hôi

Mức độ	Số BN	Tỷ lệ (%)
Độ I (nhẹ)	4	3,2
Độ II (trung)	103	81,7
Độ III (nặng)	19	15,1

Phần lớn bệnh nhân ở mức độ II chiếm 81,7%, có ảnh hưởng rõ đến chất lượng cuộc sống.

3.3. Thời gian mổ và nằm viện

Bảng 3. Thời gian mổ và nằm viện

Thông số	Trung bình $\pm$ SD
Thời gian phẫu thuật (phút)	$34,7 \pm 5,7$
Gây mê (phút)	$51,2 \pm 5,9$
Số ngày điều trị (ngày)	$3,0 \pm 0,4$

Thời gian phẫu thuật trung bình $34,7 \pm 5,7$ (phút), số ngày điều trị trung bình 3 ngày

3.4. Kết quả điều trị*Bảng 4. Kết quả điều trị*

Kết quả sau phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Hết ra mồ hôi tay	126	100%*
Hết ra mồ hôi nách	120	95.2%
Giảm ra mồ hôi chân	35	27.8%

Nhận xét: ETS cho hiệu quả cao trong kiểm soát tăng tiết mồ hôi tay – nách.

3.5. Tai biến sau phẫu thuật*Bảng 5. Tai biến sau phẫu thuật*

Tai biến	Số ca	Tỉ lệ (%)
Tràn máu màng phổi	1	0,8
Tràn khí dưới da	0	0
Tràn khí màng phổi	0	0
Hội chứng Horner	0	0

Tỉ lệ tai biến rất thấp; chỉ ghi nhận 1 ca tràn máu màng phổi

3.6. Chất lượng cuộc sống và hài lòng sau phẫu thuật*Bảng 6. Chất lượng cuộc sống và hài lòng sau phẫu thuật*

Mức độ	rất hài lòng	18	14.3
	hài lòng	82	65.1
	chấp nhận được	21	16.7
	không hài lòng	4	3.2
	rất không hài lòng	1	0.8
	Tổng	126	100.0

Đa số bệnh nhân cải thiện rõ rệt chất lượng sống và mức độ hài lòng cao.

3.7. Mức độ cắt hạch giao cảm và hài lòng*Bảng 7. Mức độ cắt hạch giao cảm và hài lòng*

Nhóm cắt hạch	Số BN	Hài lòng (%)
T2–3	5	80,0
T3–4	59	90,1
T2-3–4	62	86,0

Nhận xét: Nhóm cắt hạch T 3–4 có mức hài lòng

cao nhất (90,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tăng tiết mồ hôi khu trú nguyên phát được định nghĩa là ra mồ hôi quá mức, hai bên và tương đối đối xứng, xảy ra ở ít nhất một trong các vị trí như ở nách, lòng bàn tay, lòng bàn chân hoặc vùng sọ mặt.

Sinh lý bệnh chính xác của chứng tăng tiết mồ hôi nguyên phát vẫn chưa được làm rõ hoàn toàn. Người ta đã biết rằng căn bệnh này không phải do bất thường ở chính các tuyến mồ hôi eccrine, vì chúng bình thường về mặt mô học và chức năng ở những người bị ảnh hưởng. Bệnh lý này kèm theo ít nhất hai trong số các đặc điểm sau:

- Tăng tiết mồ hôi ở cả hai bên bàn tay;
- Ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày;
- Tần suất ít nhất một lần mỗi tuần;
- Tuổi khởi phát dưới 25 tuổi;
- Có tiền sử gia đình;
- Ngừng đổ mồ hôi khu trú trong khi ngủ.

Chẩn đoán tăng tiết mồ hôi nguyên phát chủ yếu dựa vào khai thác bệnh sử và khám lâm sàng. Các xét nghiệm cận lâm sàng thường không cần thiết, trừ khi nghi ngờ nguyên nhân thứ phát. Trong quá trình thăm khám, điều quan trọng là phải khai thác các bệnh phổi trước đây như viêm phổi, lao, tràn khí màng phổi, tràn dịch màng phổi, cũng như các can thiệp phẫu thuật vào khoang màng phổi trước đây hoặc bất kỳ tình trạng nào khác có thể dự đoán sự tồn tại của các dính màng phổi, có thể gây khó khăn trong khi phẫu thuật hơn, mặc dù nó không phải là chống chỉ định của phẫu thuật.

Kết quả phẫu thuật phụ thuộc đáng kể vào việc lựa chọn đúng bệnh nhân. Trước phẫu thuật, người bệnh được giải thích đầy đủ về quy trình, hiệu quả mong đợi, các tai biến và biến chứng có thể xảy ra, đặc biệt là tình trạng tăng tiết mồ hôi bù trừ. Bệnh nhân đủ nhận thức và có khả năng đánh giá mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống thường phù hợp hơn để tiến hành phẫu thuật. Một cá nhân có ý thức và được cung cấp thông tin đầy đủ có xu hướng là một bệnh nhân có động lực hơn và điều này có thể tạo ra những kỳ vọng thực tế hơn, với ít nguy cơ thất vọng và hối tiếc hơn sau phẫu thuật.

Hiệu quả ETS cao nhất ghi nhận ở nhóm tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay, với tỷ lệ cải thiện gần như hoàn toàn và nâng cao chất lượng cuộc sống rõ rệt. Những trường hợp tăng tiết phổi hợp tay – nách cũng cho kết quả khả quan. Ngược lại, với chứng tăng tiết mồ hôi ở nách đơn độc, Hiệp hội các phẫu

thuật viên lồng ngực (STS) khuyến nghị nên áp dụng các phương thức điều trị khác trước khi phẫu thuật cắt bỏ hạch giao cảm vì tỉ lệ thành công thấp.

Phẫu thuật nội soi lồng ngực qua một hoặc hai đường rạch là phương pháp tiếp cận phổ biến hiện nay. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng hai trocar 5 mm. Cổng camera thường được đặt tại khoang liên sườn 4–5 đường nách giữa, trong khi cổng thao tác đặt tại khoang liên sườn 3 ở đáy hố nách. Dù lựa chọn kỹ thuật nào, yếu tố quyết định thành công vẫn là xác định chính xác mức hạch cần đốt hoặc cắt, dựa vào vị trí tăng tiết và đồng thời hạn chế tối đa nguy cơ tăng tiết bù. Theo y văn, số lượng hạch giao cảm bị xử lý càng nhiều thì nguy cơ tăng tiết bù càng cao.

Mặc dù còn tồn tại một số tranh luận về mức độ triệt hạch tối ưu, nguyên tắc chung vẫn là cá thể hóa theo từng vùng tăng tiết và giảm thiểu tối đa nguy cơ biến chứng và mức độ bù trừ mồ hôi sau phẫu thuật. Theo đồng thuận của Hiệp hội Phẫu thuật viên Lồng ngực (STS) và các phân tích gần đây, lựa chọn mức hạch giao cảm cần được cá thể hóa dựa trên vùng tăng tiết mồ hôi và ưu tiên của người bệnh, với cân nhắc thận trọng giữa hiệu quả điều trị và nguy cơ ra mồ hôi bù sau mổ.

Đối với tăng tiết mồ hôi lòng bàn tay, đốt hạch mức T3–T4 được xem là chiến lược mang lại hiệu quả cao nhất, giúp bàn tay khô hoàn toàn, song đi kèm nguy cơ ra mồ hôi bù cao hơn. Với những bệnh nhân mong muốn giảm nguy cơ ra mồ hôi bù và chấp nhận tay chỉ giảm tiết một phần, đốt mức T4 đơn thuần là lựa chọn phù hợp hơn. Một số bệnh nhân có tăng tiết lòng bàn tay đơn độc mức độ nặng vẫn có thể được điều trị bằng đốt đơn mức T3 với kết quả tốt.

Đối với tăng tiết mồ hôi nách đơn độc, STS khuyến cáo ưu tiên các phương pháp điều trị khác trước. Nếu chỉ định phẫu thuật được đặt ra, lựa chọn tối ưu là đốt hạch mức T4–T5. Trong tăng tiết mồ hôi

mặt, đốt hạch mức T3 đơn thuần phù hợp khi tăng tiết nhẹ; còn mức T2–T3 được lựa chọn trong đồ bìu tăng tiết nặng hơn, dù nguy cơ ra mồ hôi bù tăng lên đáng kể.

Nhìn chung, mức độ cải thiện triệu chứng tăng tiết tỉ lệ thuận với mức hạch được đốt nhưng đi kèm nguy cơ ra mồ hôi bù tăng dần. Do đó, việc lựa chọn mức hạch tối ưu cần dựa trên mức độ triệu chứng, vùng tăng tiết, kỳ vọng của người bệnh và sự tư vấn đầy đủ của phẫu thuật viên nhằm đạt được sự cân bằng tối ưu giữa hiệu quả điều trị và biến chứng sau mổ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ETS có hiệu quả điều trị cao (97–100%) với tỉ lệ tai biến rất thấp. So sánh với y văn quốc tế, tỉ lệ thành công tương đương nghiên cứu của RJ Cerfolio, [7]. Nghiên cứu của Dougru (2019) trên 165 bệnh nhân cho kết quả chất lượng cuộc sống của người bệnh được đốt chuỗi hạch T2–T4 kém hơn nhóm người bệnh được đốt hạch T3–T4 hoặc chỉ T3[8]. Phân tích theo mức độ cắt hạch cho thấy T3–4 đạt sự cân bằng tối ưu giữa hiệu quả điều trị và mức độ hài lòng.

Về mồ hôi bù trừ, thì có thể xem đây là tác dụng phụ luôn có của việc cắt đốt hạch hơn là biến chứng phẫu thuật và có thể gặp. Kết quả của chúng tôi có tăng tiết mồ hôi bù trừ chủ yếu ở vùng lưng (35,7%) và bụng (27,8%), ít ở các vùng khác nhưng đều ở mức độ nhẹ và trung bình. Không có bệnh nhân nào tăng tiết bù trừ ở mức độ nặng. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của một số tác giả khác. Các thống kê trên cho thấy có một vài chênh lệch, có lẽ tỷ lệ hài lòng một phần lớn là do chủ quan đánh giá và trả lời của người bệnh.

Trong nghiên cứu, hai bệnh nhân có tiền sử lao phổi cũ được phát hiện dính phổi phải trong mổ, chỉ phẫu thuật được bên trái. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của khai thác tiền sử và đánh giá phổi trước phẫu thuật, nhằm dự phòng các tình huống khó khăn trong thao tác nội soi.

Bảng 7. Biến chứng sớm và ngay sau khi phẫu thuật

Biến chứng sớm và ngay sau khi phẫu thuật	Tràn khí dưới da	Tràn khí màng phổi	Tràn máu màng phổi	Xẹp phổi
Trần Ngọc Lương và CS		1,53		
Yang SH, J.C. Tsai, et		0,25	,025	
Hồ Nam và CS	6,13	1,14		0,38
Chung Lê Khanh Trang		3,3	3,3	

Tỷ lệ biến chứng thấp, các biến chứng trên đều nhẹ, chỉ cần theo dõi mà không cần điều trị. Có 1 trường hợp chảy máu sau mổ, chụp phim X-quang có mờ nhẹ góc sườn hoành bên trái, không cần can thiệp. Không

có trường hợp nào xảy ra biến chứng nặng cần phải mở ngực để giải quyết thương tổn.

Mặc dù nghiên cứu cho kết quả gần rất tốt, gần như không có biến chứng với thời gian nằm viện ngắn, mức độ hài lòng, chất lượng cuộc sống đã được ghi nhận. Tuy nhiên, nghiên cứu này còn có một số hạn chế. Thứ nhất, chúng tôi chưa khảo sát được hiệu quả điều trị của từng chuỗi giao cảm được đốt. Thứ hai, kết quả theo dõi xa sau 1 năm, 2 năm và lâu hơn chưa được ghi nhận. Thứ ba, mức độ ảnh hưởng của ra mồ hôi bù đến chất lượng cuộc sống chưa được đánh giá một cách đầy đủ. Các hạn chế này cần được tiếp tục nghiên cứu trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt hạch giao cảm ngực (ETS) là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh tăng tiết mồ hôi nguyên phát. Giúp cải thiện rõ triệu chứng và chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ tai biến thấp, không có biến chứng nặng. Hiệu quả tối ưu đạt được khi lựa chọn đúng bệnh nhân, đánh giá kỹ tiền sử bệnh lý phổi và để bệnh nhân tham gia vào quyết định mức cắt hạch phù hợp.

Trong tương lai chúng tôi cần phải theo dõi lâu dài với cỡ mẫu lớn hơn để nâng cao độ chính xác của nghiên cứu và đánh giá kết quả phẫu thuật đầy đủ, có nhiều ý nghĩa hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Fouad.**, Management of essential hyperhidrosis of upper limbs by radiofrequency thermocoagulation of second thoracic ganglion. . Alexandria Journal of Medicine 47, 193 – 199 (2014).
2. **Chu D, Ran-Chou Chen, and e. al**, Incidence and frequency of endoscopic sympathectomy for the treatment of hyperhidrosis palmaris in Taiwan. . Kaohsiung J Med Sci 26, 123 – 128 (2010).
3. **Trần Ngọc Lương**, Kết quả bước đầu qua 131 trường hợp đốt hạch giao cảm ngực qua nội soi lồng ngực để chữa chứng ra mồ hôi tay. Y học thực hành số 491, 360-365 (2004)
4. **Kotzareff**, Cắt bỏ partielle du tronc Sympathique cổ tử cung do tăng tiết mồ hôi đơn phương. A.. Rev Med Suisse, 40, 111 (1920).
5. **Hughes J**, Phẫu thuật cắt bỏ thần kinh giao cảm nội ngực. Proc R Soc Med 35, 585-586 (19420).
6. **Vanaclocha V, Guijarro-Jorge R, and e.a. Saiz-Sapena N**, Selective T(3)-T(4) sympathectomy versus gray ramicotomy on outcome and quality of life in hyperhidrosis patients: a randomized clinical trial. . Sci Rep 11, 17628 (2021).
7. **Cerfolio, R.J., et al.**, The Society of Thoracic Surgeons expert consensus for the surgical treatment of hyperhidrosis 91, 1642-1648 (2011).
8. **Dogru, M.V., et al.**, Is there any relationship between quality of life and the level of sympathectomy in primary palmar hyperhidrosis? Single-center experience. 68, 273-279 (2020).

PHÂN TẦNG NGUY CƠ TIM MẠCH Ở CÁC NHÓM ĐỐI TƯỢNG KHÁC NHAU: NGƯỜI CÓ VÊ NGOÀI KHỎE MẠNH, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 VÀ BỆNH TIM MẠCH DO XƠ VỮA

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Lý Quang Sang^{1,2}, Trần Thị Ngọc Hà², Nguyễn Hoàng Hải³, Lê Thị Anh Hoa⁴, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh tim mạch do xơ vữa là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Phân tầng nguy cơ tim mạch đóng vai trò quan trọng trong dự phòng, tuy nhiên dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

⁴Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Mã bài: N505b

Ngày nhận bài: 1/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/3/2026

Ngày duyệt bài: 1/5/2026

Mục tiêu: (1) Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh và bệnh nhân đái tháo đường típ 2; (2) Đánh giá nguy cơ tim mạch tồn dư ở bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu đa trung tâm, cắt ngang mô tả có theo dõi dọc trên 481 bệnh nhân ≥ 40 tuổi tại ba bệnh viện. Nguy cơ tim mạch được đánh giá bằng SCORE2/SCORE2-OP ở người có vẻ ngoài khỏe mạnh, SCORE2-Diabetes ở bệnh nhân đái tháo đường và SMART ở bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa.

Kết quả: Ở nhóm người có vẻ ngoài khỏe mạnh, tỷ lệ nguy cơ rất cao, cao và thấp-trung bình lần lượt là 38,0%, 32,3% và 29,7%; SCORE2 làm tăng rõ tỷ lệ nguy cơ cao và rất cao so với SCORE. Ở nhóm đái tháo đường típ 2, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ rất cao (64,8%). Ở bệnh nhân có bệnh tim mạch do xơ vữa, nguy cơ tim mạch tồn dư