

MỐI LIÊN QUAN GIỮA SA SÚT TRÍ TUỆ VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP Ở NGƯỜI RẤT CAO TUỔI

Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên^{1,2}, Dương Trường Sơn³, Thân Hà Ngọc Thê¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa sút trí tuệ (SSTT) trên bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC) rất cao tuổi đang trở nên phổ biến và đáng lo ngại bởi tác động bất lợi đến tiên lượng ngắn hạn cũng như dài hạn. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện tại không có nhiều nghiên cứu hay dữ liệu về vấn đề này.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối liên quan của SSTT với các kết cục lâm sàng ngắn hạn trên người bệnh HCVC rất cao tuổi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, trên người rất cao tuổi (≥ 80 tuổi) nhập viện vì HCVC tại Khoa Tim mạch cấp cứu can thiệp - Bệnh viện Thống Nhất và Khoa Tim mạch can thiệp - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Đánh giá nhận thức bằng thang MMSE, điểm cắt chẩn đoán SSTT là khi điểm MMSE < 20 . Phân tích hồi quy Cox để khảo sát mối liên quan của SSTT với các biến số kết cục ngắn hạn.

Kết quả: Nghiên cứu bao gồm 212 bệnh nhân HCVC rất cao tuổi, trong đó tỷ lệ SSTT là 44%. Bệnh nhân có SSTT có nguy cơ tử vong sau 3 tháng cao hơn so với nhóm không SSTT (HR=3,7; KTC95%: 1,5–9,5; $p=0,006$). SSTT cũng liên quan với tăng nguy cơ tái nhập viện mọi nguyên nhân, tái nhập viện do tim mạch, với HR lần lượt là 2,7 (KTC95%: 1,6–4,4) và 2,6 (KTC95%: 1,5–4,3). Tuy nhiên, các mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê sau khi hiệu chỉnh các yếu tố nguy cơ trong mô hình đa biến. Không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ điều trị tái tưới máu mạch vành xâm lấn giữa hai nhóm.

Kết luận: Tỷ lệ SSTT ở bệnh nhân HCVC rất cao

tuổi trong nghiên cứu là 44%. SSTT liên quan với xu hướng gia tăng nguy cơ tử vong, tái nhập viện ngắn hạn, gợi ý đây là một yếu tố tiên lượng bất lợi cần được lưu ý trong đánh giá, quản lý toàn diện bệnh nhân HCVC rất cao tuổi.

Từ khóa: Sa sút trí tuệ, người rất cao tuổi, hội chứng vành cấp

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN DEMENTIA AND SHORT-TERM OUTCOMES OF ACUTE CORONARY SYNDROME IN VERY ELDERLY PATIENTS

Background: Dementia in very elderly patients with acute coronary syndrome (ACS) is becoming increasingly prevalent and concerning because of its adverse impact on both short- and long-term prognosis. However, to date, there have been limited studies and data regarding this issue..

Objectives: To investigate the association between cognitive impairment and short-term clinical outcomes in very elderly patients with ACS.

Methods: This prospective cohort study enrolled very elderly patients (≥ 80 years) hospitalized for ACS at the Department of Interventional Emergency Cardiology, Thong Nhat Hospital and the Department of Interventional Cardiology, University Medical Center Ho Chi Minh City. Cognitive function was assessed using the Mini-Mental State Examination (MMSE), with cognitive impairment defined as an MMSE score < 20 . Cox proportional hazards regression analysis was performed to evaluate the association between cognitive impairment and short-term outcomes.

Results: A total of 212 very elderly patients with ACS were included, of whom 44% had cognitive impairment. Patients with cognitive impairment had a significantly higher 3-month mortality risk compared with those without cognitive impairment (HR = 3.7; 95% CI: 1.5–9.5; $p = 0.006$). Cognitive impairment was also associated with an increased risk of all-cause rehospitalization and cardiovascular rehospitalization, with hazard ratios of 2.7 (95% CI: 1.6–4.4) and 2.6 (95% CI: 1.5–4.3), respectively. However, these associations lost statistical

¹Trường Y, Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Phòng khám Đa Khoa Medical Sài Gòn

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hoàn Mỹ Tiên

Email: tien.nnhm@umc.edu.vn

Mã bài: N779

Ngày nhận bài: 11/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 11/4/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026

significance after adjustment for confounding factors in the multivariable models. No significant difference in invasive coronary revascularization rates was observed between the two groups.

Conclusions: The prevalence of cognitive impairment among very elderly patients with ACS in this study was 44%. Cognitive impairment was associated with a trend toward increased risks of short-term mortality and rehospitalization, suggesting that it may represent an unfavorable prognostic factor that should be considered in the comprehensive assessment and management of very elderly patients with ACS.

Keywords: Dementia, very elderly patient, acute coronary syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số thế giới đang già hóa nhanh chóng, kéo theo sự gia tăng các bệnh lý mạn tính và hội chứng lão khoa, SSTT là một vấn đề nổi bật với tỷ lệ mắc ngày càng cao, gánh nặng đáng kể về y tế cũng như kinh tế [1,2]. HCVC là nguyên nhân đơn lẻ gây tử vong nhiều nhất chiếm khoảng 7 triệu ca mỗi năm trên toàn thế giới [3]. SSTT và bệnh mạch vành thường đồng thời tồn tại ở nhóm bệnh nhân này, tạo nên mối tương tác phức tạp ảnh hưởng đến quá trình điều trị, tiên lượng.

Ở người bệnh rất cao tuổi mắc HCVC, SSTT không chỉ làm khó khăn trong đánh giá triệu chứng, tuân thủ điều trị mà còn có thể liên quan đến kết cục lâm sàng bất lợi. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu về tình trạng SSTT trên bệnh nhân HCVC, đặc biệt ở nhóm rất cao tuổi, còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa SSTT và các kết cục lâm sàng ngắn hạn trên người bệnh HCVC rất cao tuổi, góp phần cung cấp thêm bằng chứng cho thực hành lâm sàng, định hướng các nghiên cứu tiếp theo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả người rất cao tuổi (≥ 80 tuổi) thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán HCVC đang điều trị nội trú tại khoa Tim mạch cấp cứu và can thiệp, bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh

và khoa Tim mạch can thiệp, bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh được chẩn đoán trầm cảm, bệnh động kinh, bệnh Parkinson, mất ngôn ngữ, bệnh tâm thần phân liệt..., không thể giao tiếp để hoàn thành bảng khảo sát.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu.

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức:

$$n_{\text{biến cố}} = (Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2 \times \frac{(r+1)^2}{r} \times \frac{1}{(\ln(HR))^2}, N = \frac{n_{\text{biến cố}}}{p}$$

Wonjae Lee [4], nghiên cứu trên người bệnh ≥ 60 tuổi nhồi máu cơ tim cấp, ghi nhận tỷ lệ SSTT là 12%, tỷ lệ tử vong mọi nguyên nhân 37,6%, SSTT có liên quan đến biến cố tử vong với HR là 2,49. Ước tính cần tối thiểu 30 biến cố, tương ứng cỡ mẫu 82 bệnh nhân, dự trừ 15% mất theo dõi, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 123 trường hợp.

Biến số nghiên cứu

Thông tin nhân trắc học, xã hội, bệnh lý được thu thập qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi chuẩn, hồ sơ bệnh án. Suy yếu là biến danh định, gồm nhị giá theo thang suy yếu lâm sàng. Hạn chế hoạt động cơ bản hàng ngày, là biến nhị giá, theo thang Katz (có suy giảm ADL khi < 6 điểm). Đa bệnh khi ≥ 2 bệnh mạn tính, đa thuốc khi ≥ 5 thuốc đang dùng mạn tính. SSTT theo thang MMSE (Mini Mental Status Examination), là biến nhị giá, có SSTT khi MMSE < 20 điểm.

2.2. Phương pháp thu thập số liệu

Người bệnh HCVC thỏa tiêu chuẩn, đồng thuận tham gia, được thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu nghiên cứu. Đánh giá nhận thức bằng thang MMSE, theo dõi trong 3 tháng về tái nhập viện, tử vong thông qua hệ thống quản lý bệnh viện, liên hệ trực tiếp qua điện thoại.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập bằng EpiData 4.6.0.6 và phân tích bằng R 4.4.0. Các biến định tính được so sánh bằng phép kiểm Chi-square hoặc Fisher khi thích hợp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phân tích sống còn được

thực hiện bằng đường cong Kaplan–Meier và mô hình hồi quy Cox đơn biến, đa biến để đánh giá mối liên quan giữa SSTT và tử vong.

2.3. Y đức: Nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y

sinh học Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh số 672/HĐĐĐ-ĐHYD 20/07/2023 và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh của bệnh viện Thống Nhất số 785/QĐ-BVTN ngày 15/06/2023.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, trong số 234 bệnh nhân HCVC rất cao tuổi, 212 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu và 183 bệnh nhân hoàn thành theo dõi 3 tháng (Trong đó 98 bệnh nhân ở BV Thống Nhất, 85 bệnh nhân ở BV ĐHYD TPHCM).

Bảng 1: Đặc điểm nhân trắc, lâm sàng mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng (n = 212)	Có SSTT (n = 93)	Không SSTT (n = 119)	Giá trị p
Đặc điểm nhân trắc				
Tuổi, năm (SD)	85,3 (4,9)	87,9 (5,4)	83,4 (3,4)	0,000**
Nam giới, n (%)	104 (49)	37 (40,0)	67 (56,3)	0,03*
Nơi lấy mẫu, n (%)				0,8*
BVTN	115 (54)	50 (53,7)	65 (54,6)	
ĐHYD	97 (46)	43 (46,3)	54 (45,4)	
Trình độ học vấn, n (%)				0,0003*
Cao (THPT trở lên)	64 (30)	15 (16,1)	49 (41,2)	
Thấp (THCS trở xuống)	148 (70)	78 (83,9)	70 (58,8)	
Sống ở nông thôn, n (%)	85 (40)	45 (48,4)	40 (33,6)	0,043*
Tiền sử, bệnh hiện mắc				
Bệnh động mạch ngoại biên, n(%)	43 (20,3)	22 (23,7)	21 (17,6)	0,3*
Tiền sử đột quỵ, n (%)	46 (21,7)	30 (32,3)	16 (13,4)	0,002*
Viêm khớp, n (%)	91 (42,9)	43 (46,2)	48 (40,3)	0,4*
COPD, n (%)	22 (10,4)	16 (17,2)	6 (5,0)	0,005*
Loét dạ dày, n (%)	40 (18,9)	20 (21,5)	20 (16,8)	0,52*
Bệnh lý ác tính, n (%)	15 (7,1)	9 (9,7)	6 (5,0)	0,2***
Xuất huyết, n (%)	15 (7,1)	9 (9,7)	6 (5,0)	0,25***
Thiếu máu, n (%)	75 (35,4)	44 (47,3)	31 (26,1)	0,003*
Suy tim, n (%)	102 (48,1)	60 (64,5)	42 (35,3)	0,000*
Rung nhĩ, n (%)	35 (16,5)	22 (23,7)	13 (10,9)	0,02*
Bệnh thận mạn, n (%)	37 (17,5)	23 (24,7)	14 (11,8)	0,02*
NMCT cũ, n (%)	68 (32,1)	33 (35,5)	35 (29,4)	0,48*
Tiền sử nhiễm Covid-19	82 (38,7)	32 (34,4)	50 (42,0)	0,35*

Yếu tố nguy cơ tim mạch				
Đặc điểm	Tổng (n = 212)	Có SSTT (n = 93)	Không SSTT (n = 119)	Giá trị p
Tăng huyết áp, n(%)	178 (84,0)	81 (87,1)	97 (81,5)	0,27*
Đái tháo đường, n (%)	97 (45,7)	46 (49,5)	51 (42,8)	0,32*
Rối loạn lipid máu, n (%)	144 (67,9)	67 (72,0)	77 (64,7)	0,37*
Hút thuốc lá, n (%)	79 (37,2)	37 (39,8)	42 (35,3)	0,48*
Uống rượu nhiều, n (%)	18 (8,5)	7 (7,5)	11 (9,2)	0,76*
Béo phì, n (%)	37 (17,5)	15 (16,1)	22 (18,5)	0,7*
Tiền sử gia đình mắc bệnh mạch vành, n (%)	50 (23,5)	29 (31,2)	21 (17,6)	0,03*
Yếu tố lão khoa				
Dinh dưỡng kém, n (%)	105 (49,5)	56 (60,2)	49 (41,2)	0,014*
Suy yếu theo CFS, n (%)	163 (77,0)	88 (94,6)	75 (63,0)	0,000***
Tiền sử té ngã, n (%)	87 (41,0)	55 (59,1)	32 (26,9)	0,000*
Đa bệnh, n (%)	161 (76,0)	77 (82,8)	84 (70,6)	0,07*
Đa thuốc, n (%)	153 (72,1)	74 (79,6)	79 (66,4)	0,036*
Cận lâm sàng				
Kali máu, mmol/L (SD)	3,9 (0,5)	3,83 (0,56)	3,94 (0,52)	0,162****
Troponin Ths, pg/mL (SD)	1120 (2514)	1845 (1079)	1152 (2939)	0,006**
NT-proBNP, pg/mL (SD)	6930 (8943)	8718 (9404)	5232 (8184)	0,007**
ST chênh, n (%)	66 (31,1)	34 (36,6)	32 (26,9)	0,189*
Kết quả chụp mạch vành, n (%)				0,08*
Bệnh 3 nhánh hoặc thân chung	157 (74,0)	76 (81,7)	81 (68,1)	
Không	55 (26,0)	17 (18,3)	38 (31,9)	
Được chụp DSA mạch vành, n(%)	145 (68,4)	62 (66,7)	83 (69,7)	0,598*
Đặt stent mạch vành, n (%)	114 (53,8)	53 (57,0)	61 (51,3)	0,345*

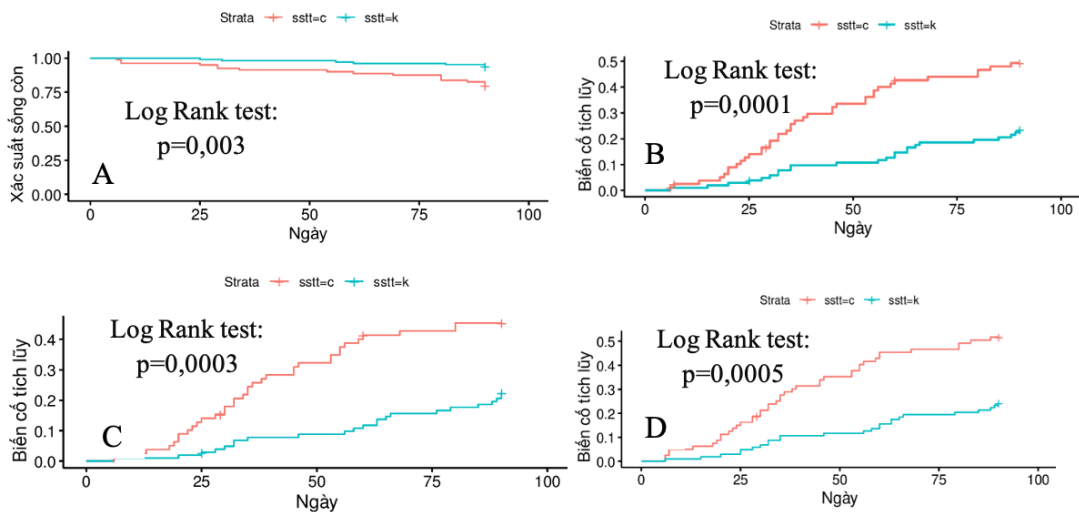
*phép kiểm chi bình phương; **phép kiểm Wilcoxon; ***phép kiểm Fisher's Exact; ****Phép kiểm t

Tuổi trung vị của bệnh nhân là 84 (KTPV: 81,5–88), 49% là nam. Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên 50%, ST chênh lên 18%, đau thắt ngực không ổn định 32%. Tỷ lệ chụp mạch vành, đặt stent lần lượt là 68,4%; 53,8%. Có 44% SSTT (MMSE < 20). Bệnh nhân SSTT có tuổi cao hơn, tỷ lệ nữ cao hơn, trình độ học vấn thấp, sống ở nông thôn và tiền sử gia đình bệnh mạch vành nhiều hơn so với nhóm không SSTT ($p < 0,05$). Nhóm SSTT có tỷ lệ cao hơn các bệnh lý đi kèm như đột quỵ, COPD, thiếu máu, suy tim, rung nhĩ, bệnh thận mạn, dinh dưỡng kém, suy yếu, tiền sử té ngã và đa thuốc ($p < 0,05$). Chỉ số cận lâm sàng như Troponin, NT-proBNP cũng cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm SSTT ($p < 0,01$). Không ghi nhận sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ tim mạch và can thiệp mạch vành giữa hai nhóm.

Bảng 2: Kết quả sau 3 tháng theo dõi, phân tầng theo tình trạng nhận thức

Kết cục	Tổng (n = 183)	Có SSTT (n = 80)	Không SSTT (n = 103)	Giá trị P
Tử vong, n (%)	22 (12)	16 (20)	6 (5,8)	0,007*
Tái nhập viện mọi nguyên nhân	62 (33,9)	38 (47,5)	24 (23,3)	0,0006*
Tái nhập viện nguyên nhân tim mạch	58 (31,7)	35 (43,8)	23 (22,3)	0,002*
Biến cố gộp	36,1 (66)	41 (51,2)	25 (24,3)	0,00016*
Được nhận điều trị tái tưới máu xâm lấn (PCI hoặc CABG)	106 (57,9)	49 (61,3)	57 (55,3)	0,422*

Sau 3 tháng theo dõi, bệnh nhân SSTT có tỷ lệ tử vong, tái nhập viện mọi nguyên nhân, tái nhập viện do tim mạch, biến cố gộp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không SSTT (lần lượt 20% so với 5,8%; 47,5% với 23,3%; 43,8% với 22,3%; 51,2% với 24,3%; tất cả $p < 0,01$). Không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ tái tưới máu mạch vành xâm lấn giữa hai nhóm ($p = 0,422$).



Hình 1: Phân tích sống còn đánh giá ảnh hưởng sa sút trí tuệ đến các kết cục

A: Ảnh hưởng SSTT đến kết cục tử vong. B: Ảnh hưởng SSTT đến kết cục tái nhập viện mọi nguyên nhân. C: Ảnh hưởng SSTT đến kết cục tái nhập viện nguyên nhân tim mạch. D: Tác động SSTT đến kết cục xảy ra một biến cố bất kỳ.

Phân tích Kaplan–Meier cho thấy bệnh nhân SSTT có nguy cơ tử vong, tái nhập viện mọi nguyên nhân, tái nhập viện do tim mạch và biến cố gộp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không SSTT (log-rank p lần lượt = 0,003; 0,0001; 0,0003; 0,0005).

Mô hình hồi quy Cox đơn biến, SSTT làm tăng nguy cơ tử vong mọi nguyên nhân ($HR=3,7$;

$KTC95\%$ 1,5 – 9,5; $P=0,006$), tương tự, SSTT cũng làm tăng nguy cơ tái nhập viện mọi nguyên nhân, tái nhập viện nguyên nhân tim mạch với HR lần lượt là 2,7 ($KTC95\%$ 1,6 – 4,4) và 2,6 (1,5 – 4,3). Tuy nhiên, khi hiệu chỉnh trong mô hình hồi quy Cox đa biến không ghi nhận được mối liên quan của SSTT với các biến số kết cục.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy SSTT là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân HCVC rất cao tuổi và có xu hướng liên quan đến tiên lượng ngắn hạn bất lợi. Mặc dù mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh đa biến, xu hướng gia tăng nguy cơ tử vong và tái nhập viện ở nhóm SSTT vẫn phản ánh vai trò quan trọng của SSTT như một chỉ dấu của tình trạng dễ tổn thương toàn thân ở người rất cao tuổi.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tomioka và cs trên bệnh nhân ≥ 80 tuổi trải qua PCI tại Nhật Bản, ghi nhận tỷ lệ SSTT là 43,2% và nhóm SSTT có tỷ lệ tử vong do tim cũng như biến cố tim mạch bất lợi cao hơn đáng kể so với nhóm không SSTT. Tác giả cho rằng SSTT có thể phản ánh mức độ xơ vữa hệ thống, suy giảm dự trữ sinh lý, khả năng đáp ứng kém với stress cấp tính tim mạch [5]. Tương tự, Dirjayanto và cs trên bệnh nhân HCVC không ST chênh lên ≥ 75 tuổi cho thấy, SSTT làm tăng nguy cơ tử vong lâu dài độc lập, dù không liên quan rõ ràng với MACE sau hiệu chỉnh. Điều này gợi ý rằng tác động của SSTT có thể biểu hiện rõ hơn trên tiên lượng sống còn tổng thể thay vì riêng các biến cố tim mạch [6].

Trong khi đó, nghiên cứu của Gharacholou và cs ghi nhận bệnh nhân SSTT ít được thực hiện các chiến lược điều trị tích cực như thông tim can thiệp hay phục hồi chức năng tim, dù khác biệt về tử vong chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này cho thấy SSTT có thể ảnh hưởng gián tiếp đến tiên lượng thông qua việc hạn chế tiếp cận điều trị tối ưu [7].

Sophie Z. Gu và cs cũng ghi nhận SSTT liên quan với tăng nguy cơ MACE sau 1 năm, tuy nhiên không làm tăng tỷ lệ tái nhập viện. Nhìn chung, các nghiên cứu quốc tế đều cho thấy xu hướng nhất quán rằng suy giảm nhận thức hoặc SSTT đi kèm với kết cục xấu hơn ở bệnh nhân HCVC cao tuổi, mặc dù mức độ ảnh hưởng độc lập thay đổi giữa các nghiên cứu [8].

Sự khác biệt giữa kết quả nghiên cứu chúng tôi và y văn có thể được giải thích bởi nhiều yếu

tố. Trước hết, dân số nghiên cứu chúng tôi có tuổi cao hơn rõ rệt, đồng thời đa bệnh, suy yếu và giảm chức năng cao hơn, làm gia tăng vai trò các yếu tố nhiễu trong mô hình đa biến. Bên cạnh đó, công cụ đánh giá nhận thức không đồng nhất giữa các nghiên cứu cũng ảnh hưởng đến khả năng phát hiện SSTT; MMSE có thể kém nhạy hơn đối với suy giảm nhận thức nhẹ so với MoCA hoặc tiêu chuẩn DSM-5. Ngoài ra, thời gian theo dõi ngắn và cỡ mẫu còn hạn chế có thể làm giảm khả năng phát hiện mối liên quan độc lập giữa SSTT và các biến cố lâm sàng.

Về lâm sàng, kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của sàng lọc nhận thức ở bệnh nhân HCVC rất cao tuổi. SSTT không chỉ là bệnh đồng mắc mà còn phản ánh tình trạng suy giảm dự trữ sinh lý, tính dễ tổn thương toàn thân, từ đó ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, khả năng tự chăm sóc, phục hồi sau biến cố tim mạch cấp. Việc tích hợp đánh giá nhận thức vào chiến lược quản lý toàn diện cho bệnh nhân HCVC cao tuổi có thể góp phần cá thể hóa điều trị, cải thiện tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SSTT ở bệnh nhân HCVC rất cao tuổi trong nghiên cứu chúng tôi là 44%. Bệnh nhân có SSTT ghi nhận tỷ lệ tử vong, tái nhập viện cao hơn so với nhóm không SSTT. Dù mối liên quan này không còn ý nghĩa thống kê sau hiệu chỉnh đa biến, kết quả nghiên cứu cho thấy SSTT là một dấu hiệu tiên lượng bất lợi ở bệnh nhân rất cao tuổi sau HCVC. Những phát hiện này nhấn mạnh vai trò của đánh giá nhận thức trong tiếp cận toàn diện bệnh nhân cao tuổi, đồng thời gợi ý sự cần thiết của chiến lược theo dõi, hỗ trợ điều trị, chăm sóc đa chuyên ngành nhằm cải thiện tiên lượng.

LỜI CẢM ƠN

Xin trân trọng cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, "Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo Hợp đồng số 401/2025/HĐ-ĐHYD, ngày 30 tháng 09 năm 2025".

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Irwin K., Sexton C., Daniel T., et.al. Healthy Aging and Dementia: Two Roads Diverging in Midlife? Front Aging Neurosci. 2018; 10:275. doi:10.3389/fnagi.2018.00275.
2. World Health Organization. Dementia. World Health Organization. September 20,2022. February 22,2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
3. Collaborators GBD 2016 Causes of Death. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. Lancet. 2017; 390(10100):1151-1210. doi:10.1016/s0140-6736(17)32152-9.
4. Lee W., Kang S. H., Kim S. H., et.al. Impact of dementia and drug compliance on patients with acute myocardial infarction. Clin Cardiol. 2023; 46(10):1253-1259. doi:10.1002/clc.24091.
5. Tomioka T., Takahashi R., Ikumi Y., et.al. Influence of cognitive impairment on cardiac mortality after percutaneous coronary intervention in very elderly patients: a retrospective observational study. J Geriatr Cardiol. 2019; 16(10):733-740. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2019.10.005.
6. Dirjayanto V. J., Alkhalil M., Dodson J., et.al. Cognitive impairment and outcomes in older adults with non-ST-elevation acute coronary syndrome. Heart. 2024; 110(6):416-424. doi:10.1136/heartjnl-2023-323224.
7. Gharacholou S. M., Reid K. J., Arnold S. V., et.al. Cognitive impairment and outcomes in older adult survivors of acute myocardial infarction: findings from the translational research investigating underlying disparities in acute myocardial infarction patients' health status registry. Am Heart J. 2011; 162(5):860-869.e1. doi:10.1016/j.ahj.2011.08.005.
8. Gu S. Z., Beska B., Chan D., et.al. Cognitive Decline in Older Patients With Non- ST Elevation Acute Coronary Syndrome. J Am Heart Assoc. 2019; 8(4):e011218. doi:10.1161/jaha.118.011218.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ KÍN MONTEGGIA Ở NGƯỜI LỚN BẰNG KẾT HỢP XƯƠNG TRỤ BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Mai Đức Thuận¹, Nguyễn Bình Khương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gỡ kín Monteggia ở người trưởng thành bằng kết hợp xương trụ bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 31 bệnh nhân gãy kín Monteggia ở người trưởng thành được điều trị phẫu thuật bằng kết hợp xương trụ bằng nẹp vít tại

Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiếp từ 01/2020 đến 06/2024. Kết quả điều trị được đánh giá dựa trên tình trạng liền xương trên X quang và chức năng khớp khuỷu theo thang điểm Mayo Elbow Performance Score (MEPS).

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 36,68 ± 12,68 tuổi, nam chiếm 58,1%. Cơ chế chấn thương trực tiếp chiếm 71%. Phân loại theo Bado, đa số là loại I chiếm 61,3%. Sau phẫu thuật, tất cả các trường hợp chỏm xương quay được nắn chỉnh về vị trí giải phẫu, không ghi nhận trường hợp trật lại chỏm quay. Hầu hết bệnh nhân đạt liền xương tốt sau 6 – 12 tháng theo dõi và chức năng khớp khuỷu theo thang điểm MEPS đạt kết quả tốt và rất tốt ở đa số trường hợp.

Kết luận: Phẫu thuật kết hợp xương trụ bằng nẹp vít là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với gãy kín Monteggia ở người trưởng thành, giúp phục hồi giải phẫu ổ gãy và cải thiện chức năng khớp khuỷu.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108,

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận

Email: thuanmd108@gmail.com

Mã bài: N783

Ngày nhận bài: 7/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 6/4/2026

Ngày duyệt bài: 28/5/2026