

4. **Sở Y tế**, Sở Kế hoạch và Đầu tư tỉnh Gia Lai (2016) Báo cáo khảo sát sự hài lòng của người dân đối với dịch vụ y tế cho bà mẹ và trẻ em tại một số xã thuộc địa bàn khó khăn tỉnh Gia Lai, thành phố Pleiku, Tr. 45 - 50.
5. **Nguyễn Tiên Tuệ Tú (2018)**, "Thực trạng nhân lực tại các trạm y tế và sự hài lòng của người dân

đến khám chữa bệnh tại các trạm y tế thuộc Quận 6, thành phố Hồ Chí Minh", Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Y học dự phòng, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Tr.67 – 88.

6. **Donabedian Avedis (1966)** "Evaluating the quality of medical care", The Milbank memorial fund quarterly, 166-206.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Vũ Thanh Bình*, Mai Văn Toàn*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ tim mạch ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, tiền cứu ở 51 BN rung nhĩ không do bệnh van tim. **Kết quả:** Rung nhĩ gặp độ tuổi trên 65 là 55,0%, tỷ lệ nữ/nam = 2/1. Rung nhĩ mạn tính chiếm 90% số trường hợp. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là hồi hộp 27 BN (chiếm 52,9%); khó thở 20 BN (chiếm 39,2%). BN rung nhĩ ERHA 1 chiếm tỷ lệ nhiều nhất, 54,9%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm 88% số BN có tăng lipid máu, 55,0% BN thuộc độ tuổi ≥ 65 ; tỷ lệ THA là 56,9%; thừa cân chiếm 47,0%; đái tháo đường chiếm 33,3%; yếu tố nguy cơ TM thấp nhất là suy tim và hút thuốc lá (17,6 và 19,6%). Điểm CHA2DS2 – VASc của BN nghiên cứu cao nhất là 6, trung bình là $2,92 \pm 1,77$. Nguy cơ xuất huyết theo thang điểm HAS - BLED > 2 chiếm 7,8%. Kết quả điện tim cho thấy đáp ứng thất của BN trung bình $92,2 \pm 18,8$ ck/p. Siêu âm tim thấy 25,5% số BN có Dd tăng; 11,8% số BN có EF giảm, nhĩ trái giãn trong 62,8% số trường hợp, có 7 BN có huyết khối nhĩ trái chiếm 13,7%. **Kết luận:** Cần chú ý kiểm soát kịp thời các yếu tố nguy cơ và phòng huyết khối ở các BN rung nhĩ.

Các chữ viết tắt: BN: Bệnh nhân

EF: Ejection Fraction of left ventricular (phân suất tổng máu thất trái); ERHA: European Rhythm Heart Association (Hội Nhịp tim châu Âu)

RN: Rung nhĩ; THA: Tăng huyết áp

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, RISK FACTORS OF PATIENTS WITH NON-VALVULAR ATRIAL FIBRILLATION TREATED AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe clinical characteristics and cardiovascular risk factors in patients with

nonvalvular atrial fibrillation (AF) treated at Thai Binh Medical University Hospital. **Methods:** A descriptive, cross-sectional, prospective study in 51 nonvalvular AF patients. **Results:** 55.0% AF patients were over 65-year-old, female/male ratio = 2/1. Chronic AF accounted for 90% of cases. The most common clinical symptoms were nervousness in 27 patients (accounted for 52.9%); dyspnea in 20 patients (accounting for 39.2%). Patients with atrial fibrillation ERHA 1 accounts for the most rate, 54.9%. Cardiovascular risk factors include 88% of patients with hyperlipidemia, 55.0% of patients aged ≥ 65 years; the rate of hypertension was 56.9%; overweight accounted for 47.0%; diabetes accounted for 33.3%; The lowest CVD risk factors were heart failure and smoking (17.6 and 19.6%). The CHA2DS2 – VASc score of the highest study patient was 6, average score was 2.92 ± 1.77 . The risk of bleeding according to the HAS - BLED scale > 2 accounted for 7.8%. The results of the electrocardiogram showed that the patient's ventricular response averaged 92.2 ± 18.8 beats/min. Echocardiography showed that 25.5% of patients had increased Dd; 11.8% of patients had reduced EF, dilated left atrium in 62.8% of cases, 7 patients had left atrial thrombosis, accounting for 13.7%. **Conclusion:** Attention should be paid to timely control of risk factors and prevention of thrombosis in patients with atrial fibrillation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là một kiểu rối loạn nhịp tim thường gặp có khả năng gây ra những hậu quả nặng nề. Rung nhĩ không do bệnh van tim rất phổ biến ở các nước phát triển. Khoảng 5% những người trên 65 tuổi và 10% những người trên 80 tuổi bị rung nhĩ tương đương với khoảng 3,5 triệu người và ước tính đến năm 2050 con số này sẽ tăng lên nhanh chóng sẽ có hơn 8 triệu người Hoa Kỳ bị rung nhĩ. Ngày nay dạng bệnh lý này có xu hướng ngày càng tăng lên ở các nước đang phát triển. Ở nước ta, trước đây chưa có đơn vị thăm phòng thấp thì rung nhĩ hầu như do bệnh van tim gây nên. Hiện nay, tỷ lệ lớn rung nhĩ không do bệnh van tim. Việc mô tả các đặc điểm về BN

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình

Email: binhvt@tbump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2022

Ngày duyệt bài: 10.5.2022

rung nhĩ giúp cho việc phòng ngừa và điều trị các biến cố tim mạch.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ tim mạch ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ. Cỡ mẫu này được tính theo công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu mô tả.

*Tiêu chuẩn chọn BN:

- + Rung nhĩ không do bệnh van tim
- + Thuộc mọi lứa tuổi và giới tính
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Rung nhĩ do bệnh van tim: hẹp hai lá, van nhân tạo, vòng van nhân tạo.
- + Có chống chỉ định với các thuốc chống đông: các bệnh về máu, xơ gan mất bù, suy thận mạn có rối loạn đông cầm máu...

- + Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:
- + Chẩn đoán rung nhĩ dựa vào điện tâm đồ bề mặt theo Trần Đỗ Chinh 2007 [1].

- + Đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ tim mạch, phân loại triệu chứng lâm sàng của rung nhĩ theo ERHA [8].

- + Đánh giá nguy cơ huyết khối theo thang điểm CHA2DS2 – VASc [7].

- + Nghiên cứu cận lâm sàng: đáp ứng thất trên điện tim [1]. Các chỉ số đánh giá chức năng tim trên siêu âm theo hướng dẫn của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ [8].

- Thời gian nghiên cứu: tháng 7/2019 – 6/2020

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm Epi.info 3.3.2, EPICALC 2000.

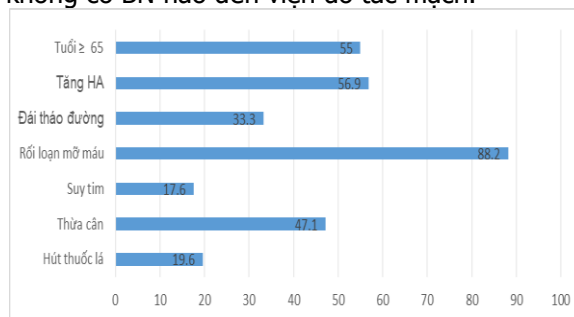
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Trong 51 BN nghiên cứu có 23 BN tuổi dưới 65 chiếm 45%; 19 BN tuổi từ 65-75 chiếm 37%; có 9 BN tuổi trên 75 chiếm 18%. Số BN nam là 20 người chiếm 39%; số BN nữ 31 người chiếm 61%. Tỷ lệ BN nữ lớn hơn BN nam có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 46 BN rung nhĩ mạn tính chiếm 90,2%; 5 BN rung nhĩ cơn chiếm 9,8%.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân nghiên cứu (n = 51)

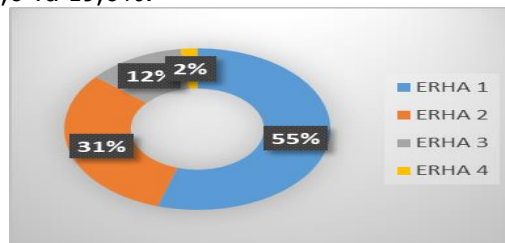
Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau ngực	7	13,7
Khó thở	20	39,2
Hồi hộp	27	52,9
Ngất, choáng	11	21,6
Tắc mạch	0	0

Triệu chứng hay gặp nhất là hồi hộp 27 BN (52,9%); khó thở 20 BN (39,2%), ngoài ra choáng, ngất, đau ngực ít gặp hơn. Trong số này không có BN nào đến viện do tắc mạch.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân nghiên cứu (n = 51)

Có 45 BN có kèm theo rối loạn mỡ máu chiếm 88,2%, các yếu tố nguy cơ tim mạch tiếp theo là tuổi ≥ 65; THA lần lượt chiếm 55,0% và 56,9%; thừa cân 47,1%; đái tháo đường 33,3%; yếu tố nguy cơ TM thấp nhất là suy tim và hút thuốc lá 17,6 và 19,6%.



Biểu đồ 2. Phân bố triệu chứng rung nhĩ theo ERHA

BN nghiên cứu chủ yếu là ERHA 1 là 28 BN (chiếm 54,9%), ERHA 2 là 16 BN (chiếm 31,4%); giảm dần ERHA 3, ERHA 4.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo thang điểm CHA2DS2 – VASc (n = 51)

Điểm CHA2DS2- VASc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
0	6	11,8
1	7	13,7
2	5	9,8
3	13	25,5
4	12	23,5
≥ 5	8	15,7
X + SD = 2,92 ± 1,77	Tổng = 51	Tổng=100

Điểm CHA2DS2 – VASc cao nhất là 6, trung bình là 2,92 ± 1,77. Trong đó điểm CHA2DS2 – VASc gặp nhiều nhất là 3 điểm thấy ở 13BN (25,5%); sau đó là CHA2DS2 – VASc 4 (12 BN

chiếm 23,5%). Có 8 BN (chiếm 15,7%) có CHA2DS2 – VASc ≥ 5 điểm.

Bảng 3. Phân tầng nguy cơ xuất huyết theo thang điểm HAS-BLED

Điểm HAS-BLED	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 2	47	92,2
> 2	4	7,8
Tổng	51	100

Có 47 BN (chiếm 92,2%) có thang điểm HAS-BLED ≤ 2. Có 4 BN (chiếm 7,8%) có HAS-BLED > 2.

Bảng 4. Phân bố bệnh nhân rung nhĩ theo tình trạng suy tim

Tình trạng suy tim	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	9	17,6

Bảng 6. Đặc điểm siêu âm tim của đối tượng nghiên cứu (n = 51)

Chỉ số	Số lượng (Tỷ lệ %)	X + SD	Max	Min	
EF (%)	<55	6 (11,8)	62,2 ± 9,4	78	33
	55 - 75	44 (86,2)			
	>75	2 (2,0)			
Dd (mm)	≤ 50	38 (74,5)	46,3 ± 9,5	72	25
	>50	13 (25,5)			
Nhĩ trái (mm)	< 35	19 (37,3)	40,4 ± 10,9	75	27
	35 - 50	24 (47,1)			
	>50	8 (15,7)			
Huyết khối buồng tim	Có	7 (13,7)	Không		
			44 (86,3)		

Có 7 BN có huyết khối nhĩ trái trên siêu âm tim (chiếm 13,7%); Kích thước nhĩ trái nhỏ nhất là 27mm, lớn nhất là 75mm, chức năng thất trái EF thấp nhất 33%, cao nhất 72%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về tuổi và giới. Tuổi có liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ mắc rung nhĩ, tỷ lệ rung nhĩ ở tuổi dưới 55% chiếm tỷ lệ 0,1% và khoảng 9% ở lứa tuổi trên 85. Theo Iwasaki 2011, tỷ lệ mắc RN tăng theo tuổi, chiếm từ < 0,5% ở lứa tuổi 40-50, đến 5-15% ở lứa tuổi 80 [4]. Theo nghiên cứu năm 2010, tỷ lệ ước tính hiện tại là 1-2% dân số chung, tuổi trung bình là 75-85, năm 2016, tất cả các bệnh nhân ở tuổi trên 40, thì nhóm tuổi trên 80 tuổi có thể mắc RN từ 23-26% [2]. Thống kê bệnh nhân rung nhĩ trên thế giới, 70% bệnh nhân tập trung ở lứa tuổi trên 65 và 45% bệnh nhân là trên 75 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam chiếm 39% thấp hơn nữ chiếm tỷ lệ 61%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Iwasaki và cộng sự công bố năm 2014, ước tính vào năm 2010, toàn thế giới có khoảng 21 triệu bệnh nhân nữ và 12,6 triệu bệnh nhân nam bị rung nhĩ [4]. Trong nghiên cứu, người ta thấy rằng nữ giới có nguy cơ mắc rung nhĩ cao gấp 1,5 lần so với nam giới.

2. Đặc điểm lâm sàng

2.1. Phân loại rung nhĩ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi phân bệnh nhân thành

Không	42	82,4
Tổng	51	100

BN rung nhĩ có kèm suy tim là 9 BN (chiếm 17,6%); còn phần lớn BN rung nhĩ không kèm suy tim là 42 BN (chiếm 82,4%).

Bảng 5. Tần số đáp ứng thất của bệnh nhân nghiên cứu

Giới hạn	Thấp nhất
Thấp nhất	48
Cao nhất	140
X + SD	92,2 ± 18,8

Đáp ứng thất cao nhất là 140 chu kì/phút, thấp nhất là 48 chu kì/phút. Tần số thất trung bình là 92 chu kì/phút.

2 nhóm: rung nhĩ kịch phát, rung nhĩ mạn tính. Trong đó rung nhĩ kịch phát chiếm 10 % bệnh nhân, rung nhĩ mạn tính chiếm 90% bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ mạn tính của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Chien và cs, sự khác nhau giữa hai nghiên cứu là ở tần suất gặp rung nhĩ kịch phát với tỷ lệ gặp trong nghiên cứu trên là 28,8% [2]. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này là do quần thể bệnh nhân của hai nghiên cứu là khác nhau cùng với việc nghiên cứu của chúng tôi tiến hành cắt ngang dựa trên điện tâm đồ mà không có holter huyết áp nên sẽ bỏ sót một tỉ lệ nhất định bệnh nhân có rung nhĩ cơn hay rung nhĩ kịch phát trong cộng đồng.

2.2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân rung nhĩ

- Đái tháo đường là một trong những bệnh lý hay đi kèm với rung nhĩ nhất. Trong một nghiên cứu với những bệnh nhân nội trú, rung nhĩ xuất hiện ở 14,9% bệnh nhân đái tháo đường, trong khi chỉ rung nhĩ chỉ được tìm thấy ở 10,3% bệnh nhân có tăng huyết áp nhưng không có đái tháo đường. Nghiên cứu Steingberg đã cho thấy đái tháo đường là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh nhân rung nhĩ với OR = 1,4 đối với nam và 1,6 đối với nữ giới. Nghiên cứu của chúng tôi có

18,7% bệnh nhân có đái tháo đường. Hiện tại, theo thống kê năm 2013, tỷ lệ đái tháo đường của Việt Nam là khoảng 6%, quần thể nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mắc đái tháo đường cao hơn do tuổi của bệnh nhân trong quần thể cao.

- Tăng huyết áp từ lâu đã được xem là một yếu tố nguy cơ của rung nhĩ. Trong một nghiên cứu, khi theo dõi hơn 3000 bệnh nhân nam trong nhiều năm, người ta đã rút ra kết luận tăng huyết áp làm tăng nguy cơ mắc rung nhĩ lên 1,42 lần [3]. Con số không phải quá lớn, nhưng trên thực tế, với số lượng người mắc tăng huyết áp nhiều như hiện nay, tăng huyết áp và phì đại thất trái do tăng huyết áp chính là nguyên nhân hàng đầu gây rung nhĩ.

- Rối loạn mỡ máu là yếu tố nguy cơ tim mạch đặc biệt của bệnh lí tim mạch nói chung, bệnh lí mạch vành nói riêng. Do rối loạn mỡ máu làm tăng lắng đọng Cholesterol vào thành mạch, gây ra tăng huyết áp, bệnh lí mạch vành, bệnh lí mạch não. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, thấy rằng tình trạng rối loạn mỡ máu chiếm tỉ lệ rất cao, chiếm đến 88,2% số bệnh nhân nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Iguchi và cộng sự năm 2008 là 54,8% [3].

2.3. Triệu chứng của rung nhĩ. Trong số 51 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng hồi hộp trống ngực, đau ngực, khó thở, choáng hoặc ngất đều có. Không có triệu chứng tắc mạch chi, tai biến mạch não. Tuy nhiên tỷ lệ gặp cao nhất là triệu chứng hồi hộp với 52,9% bệnh nhân, các triệu chứng khó thở, ngất, choáng chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,2% và 21,6%. Triệu chứng đau ngực chỉ gặp ở 7 bệnh nhân chiếm 13,7%. Về mức độ triệu chứng phân theo thang điểm EHRA, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần có mức triệu chứng ERHA I và ERHA II (tương ứng là 55% và 31%).

2.4. Phân bố BN theo điểm CHA2DS2 – VASc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm CHA2DS2 –Vasc trung bình là $2,92 \pm 1,77$ điểm, với số bệnh nhân có điểm CHA2DS2 –VASc 3, 4, 5 chiếm đa phần với tỷ lệ lần lượt là 25,5%; 23,5%, 15,7%. Kết quả này của chúng tôi khá khác với nghiên cứu của Grond và cộng sự. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có CHA2DS2 – VASc từ 0-1 chiếm 31,7%, điểm 2-3 chiếm 2-3%, điểm 4-5 chiếm 25%, điểm trên 5 chiếm 7,6% [5]. Sự khác biệt này có lẽ chủ yếu do cách chọn quần thể bệnh nhân.

2.5. Phân tầng nguy cơ xuất huyết theo thang điểm HAS – BLED. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy rằng phần lớn bệnh nhân rung nhĩ thuộc thang điểm HAS – BLED ≤ 2

(chiếm 92,2%). Như vậy đây là nhóm nguy cơ chảy máu thấp. Do CHA2DS – VASc của nhóm nghiên cứu trong đề tài chúng tôi tương đối cao, nên việc thang điểm HAS – BLED thấp sẽ thích hợp cho việc bệnh nhân sử dụng các thuốc kháng đông kháng vitamin K, tránh được nguy cơ chảy máu.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

2.1. Đáp ứng thất trên điện tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy rằng tần số tim ở những bệnh nhân rung nhĩ tương đối nhanh, tần số tim trung bình là 92 ck/p; nhanh nhất là 140 ck/p; chậm nhất là 48 ck/p. Như vậy đa số bệnh nhân có tần số tim cao hơn bình thường. Đây là một trong những thông số tiên lượng mức độ nặng của rung nhĩ khi nhịp tim tăng lên, đồng thời khả năng suy tim của BN cũng tăng lên. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng kết quả với nghiên cứu của Michael và Iwasaki [6].

2.2. Đặc điểm siêu âm tim. Chúng tôi đã phân tích mối liên quan giữa loại rung nhĩ và kích thước nhĩ trái. Chúng tôi nhận thấy kích thước nhĩ trái ở bệnh nhân rung nhĩ mạn tính lớn hơn có ý nghĩa so với kích thước nhĩ trái ở bệnh nhân rung nhĩ kịch phát. Quả thực, rung nhĩ kéo dài là một nguyên nhân gây tái cấu trúc nhĩ trái, và ngược lại sự tái cấu trúc này lại làm tăng tần suất xuất hiện rung nhĩ.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy rằng, phân suất tống máu EF trung bình là $62,2 \pm 9,4$, thấp nhất là 33%. Về kích thước nhĩ trái trung bình $40,4 \pm 10,9$; to nhất là 75mm, thấp nhất là 27 mm. Như vậy có một số ít bệnh nhân có tình trạng suy tim cung lượng tim thấp. Cũng theo nghiên cứu này, có 7 BN tương ứng 13,7% bệnh nhân có huyết khối nhĩ trái trên siêu âm thành ngực. Tuy nhiên nếu như bệnh nhân được siêu âm qua thực quản, thì tỉ lệ gặp huyết khối nhĩ trái sẽ còn cao hơn. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng nghiên cứu của tác giả Iguchi và cs thấy rằng EF trung bình là $68,4 \pm 5,9$ [3].

V. KẾT LUẬN

Tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình, BN rung nhĩ không do bệnh van tim có nguy cơ huyết khối cao, cần chú ý kiểm soát kịp thời các yếu tố nguy cơ để phòng huyết khối hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đỗ Chinh, Trần Văn Đồng** (2007), Hướng dẫn đọc điện tim, Nhà xuất bản Y Học.
2. **Chien KL, S.T., Hsu HC, et al** (2010), Atrial fibrillation prevalence, incidence and risk of stroke and all-cause death among Chinese. *Int J. Cardiol*, 2010. 139 (2): p. 173-180.
3. **Iguchi Y, K.K., Aoki J. et al** (2008), Prevalence

- of atrial fibrillation in community-dwelling Japanese aged 40 years or older in Japan: analysis of 41,436 non-employee residents in Kurashiki-city. , *Circ J.* 72(6): p. 909-913.
4. **Iwasaki, Y.k., et al** (2011), Atrial Fibrillation Pathophysiology. *Circulation*, 124: p. 2264-2274.
 5. **Grond, M., et al** (2013) Improved Detection of Silent Atrial Fibrillation Using 72-Hour Holter ECG in Patients With Ischemic Stroke. A Prospective Multicenter Cohort Study, 2013. 44 (12): p. 3357-3364.
 6. **Menke, J. et al** (2012), Thromboembolism in Atrial Fibrillation. *American Journal of Cardiology*, 105 (4): p. 502-510.
 7. **Olesen, J. B., Torp-Pedersen, C., Hansen, M. L. et al** (2012), The value of the CHA2DS2-VASc score for refining stroke risk stratification in patients with atrial fibrillation with a CHADS2 score 0–1: a nationwide cohort study. *Thrombosis and haemostasis*, 107(06), 1172-1179.
 8. **Piepoli, M.F. et al** (2016) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts), Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR), 2016. 37(29): p. 2315-2381.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN CỔ PHẪU THUẬT XƯƠNG CÁNH TAY BẰNG NỆP VÍT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH

Trần Hữu Hiếu*, Nguyễn Trung Văn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X-quang và nhận xét kết quả bước đầu điều trị gãy kín cổ phẫu thuật xương cánh tay bằng nẹp vít tại bệnh viện đa khoa Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, không đối chứng trong thời gian từ tháng 10 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021. **Kết quả:** 24 bệnh nhân được điều trị đều liền vết mổ kỳ đầu, X-quang sau mổ góc chỏm – thân xương cánh tay sau nắn chỉnh đạt kết quả tốt chiếm 66,67%. Đánh giá phục hồi chức năng sau mổ theo thang điểm Neer sau ít nhất 3 tháng kết quả tốt là 20,83%; khá là 66,67% và trung bình là 12,5%, không có trường hợp nào cho kết quả xấu. **Kết luận:** Qua điều trị phẫu thuật kết hợp xương cho bệnh nhân gãy cổ phẫu thuật xương cánh tay bằng nẹp vít tại Khoa chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định, mặc dù cỡ mẫu chưa đủ lớn, thời gian theo dõi chưa được dài, trang thiết bị hỗ trợ phẫu thuật còn hạn chế nhưng với tinh thần cầu thị, ham học hỏi cộng với quyết tâm cao độ trả lại cơ năng khớp vai cho bệnh nhân.

Từ khóa: kết hợp xương, cổ phẫu thuật, phẫu thuật.

SUMMARY

COMMENT ON INITIAL RESULTS OF TREATMENT OF HUMERUS SURGICAL CLOSED NECK FRACTURE WITH SCREW

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

**Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Hiếu

Email: hieundun@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 5.5.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022

BRACE AT NAM DINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Describe clinical characteristics, X-ray images and comment on initial results of treatment of humerus surgical closed neck fracture with screw brace at Nam Dinh General Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional, prospective, uncontrolled study from October 2020 to June 2021. **Results:** 24 patients who were treated all the way to the first surgery, the X-ray after surgery of the humerus - humerus angle after manipulation achieved good results, accounting for 66.67%. Evaluation of post-operative rehabilitation according to the Neer scale after at least 3 months, good results were 20.83%; quite 66.67% and average 12.5%, in no case bad results. **Conclusion:** Through surgical treatment of bone grafts for patients with neck fracture, humeral surgery with screw splints at the Department of Orthopedics, Nam Dinh Provincial General Hospital, although the sample size was not large enough, the follow-up time was The follow-up is not long, the equipment to support surgery is still limited, but with the spirit of curiosity, eagerness to learn, and a high determination to return the shoulder joint function to the patient.

Keywords: bone fusion, surgical neck, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy cổ phẫu thuật (CPT) xương cánh tay chiếm khoảng 6% đến 10% các loại gãy xương và là loại gãy xương đứng thứ ba ở những bệnh nhân trên 60 tuổi, xếp sau gãy xương đùi và gãy đầu dưới xương quay [4],[6]. Cơ chế chấn thương trực tiếp như té ngã là nguyên nhân phổ biến nhất của gãy CPT xương cánh tay hay gặp ở người lớn tuổi, ở độ tuổi trẻ hơn thì hay gặp nguyên nhân do tai nạn giao thông hoặc chấn thương thể thao [3], [5].