

tràng ngang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Vân Yến.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, chẩn đoán trước và sau sinh các dị tật bẩm sinh ống tiêu hóa. Luận văn Tiến sỹ Y học. Hà nội. 2017.
2. **Sumikim et al.** Gastric duplication cyst in adults: A report of three cases. J Gastric Cancer 2015 Mar 31;15(1): 58-63.
3. **Yan-Hua Geng et al.** Gastric foregut cystic developmental malformation: Case series and

literature review. World J Gastroenterol, Jan 14, 2015; 21(2): 432-438.

4. **Matthew P et al.** Gastric duplication cyst: a rare entity. Journal of Surgical Case Reports, Volume 2016, Issue 5, May 2016.
5. **Thái Nguyên Hưng, Trần Xuân Dũng, Phan Văn Linh.** Điều trị phẫu thuật xuất huyết tiêu hóa do ung thư dạ dày-dạ dày đôi hình ống). Y học Việt Nam tập 538, tháng 7, số 1 2023.
6. **Chin JZ et al.** A symptomatic mesenteroaxial gastric volvulus and midgut malrotation in a 84 year old man. European Society of Radiology (ESR).

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM TRẺ TUỔI TẠI VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Mạnh Quân^{1,2}, Ngô Quang Tùng¹,
Nguyễn Thủy Trang², Nguyễn Thị Cẩm Tú²

TÓM TẮT

Tổng quan: Nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi là tình trạng ít gặp nhưng đang có xu hướng gia tăng. Nhóm bệnh nhân này có đặc điểm lâm sàng và tiên lượng khác biệt so với người lớn tuổi, song hiện nay dữ liệu tại Việt Nam còn hạn chế. Việc nghiên cứu đặc điểm và kết quả điều trị ban đầu có ý nghĩa trong theo dõi và phòng ngừa biến cố tim mạch về sau. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp mạch vành và kết quả điều trị ban đầu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu có theo dõi dọc, thực hiện trên 50 bệnh nhân dưới 45 tuổi, chẩn đoán nhồi máu cơ tim, được can thiệp động mạch vành qua da. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $39,3 \pm 4,9$ tuổi, nhỏ nhất 26 tuổi; nam giới chiếm 92%. Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là hút thuốc lá (84%). 74% bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (STEMI); 62% đến viện trong vòng 12 giờ đầu với triệu chứng chủ yếu là đau ngực (100%). Đa số được can thiệp qua đường động mạch quay (92%), tổn thương thường gặp là động mạch liên thất trước (80%), tổn thương một nhánh chiếm 58%. Hút huyết khối được thực hiện ở 56% trường hợp. Sau can thiệp, 91,7% nhánh mạch đạt dòng chảy TIMI 3; 96% cải thiện triệu chứng tại viện và tất cả bệnh nhân ổn định khi xuất viện. Trong 3 tháng theo dõi, chỉ ghi nhận 1 bệnh nhân tái nhập viện vì suy tim và 1 bệnh nhân cần tái can thiệp mạch vành (2%). **Kết luận:** Nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi thường gặp ở nam giới hút thuốc lá, tổn thương mạch vành chủ yếu ở một nhánh. Điều trị tái thông sớm bằng can thiệp mạch

vành đạt hiệu quả tốt, giúp cải thiện triệu chứng và biến cố ngắn hạn sau can thiệp. Kết quả ban đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam cho thấy tiên lượng ngắn hạn khá quan ở nhóm bệnh nhân này. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim, trẻ tuổi, can thiệp qua da, kết cục ngắn hạn.

SUMMARY

INITIAL MANAGEMENT OUTCOMES IN YOUNG ADULTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: A STUDY FROM THE VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL

Background: Acute myocardial infarction in young patients is relatively uncommon, and current data on clinical features, angiographic characteristics, and short-term prognosis in this population remain limited. Understanding these factors is essential to optimizing treatment strategies and preventing recurrent cardiovascular events. **Objective:** To evaluate the initial treatment outcomes in young patients with acute myocardial infarction (AMI) at the Vietnam National Heart Institute – Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective, cross-sectional study with short-term follow-up was conducted on 50 patients under 45 years old diagnosed with AMI. All patients underwent percutaneous coronary intervention (PCI). **Results:** The mean age was 39.3 ± 4.9 years (range: 26–45), with a predominance of males (92%). Smoking was the most common risk factor (84%), followed by hypertension (32%). STEMI accounted for 74% of admissions, with 62% presenting within 12 hours of symptom onset. All patients experienced chest pain on presentation. Most procedures were performed via the radial approach (92%), with thrombus aspiration used in 56% of cases. Single-vessel disease was found in 58%, predominantly involving the left anterior descending artery (80%). Post-PCI, TIMI 3 flow was achieved in 91.7% of target vessels, and 96% of patients showed clinical improvement during hospitalization. All patients were stable at discharge. At 3-month follow-up, one patient (2%) was re-

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Quân

Email: quanntttm@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

hospitalized for heart failure, and one (2%) required repeat PCI. **Conclusion:** Young patients with AMI were predominantly male smokers with single-vessel disease, mostly affecting the LAD. Early revascularization with PCI led to high rates of successful reperfusion and symptom improvement. Initial outcomes were favorable, with low short-term cardiovascular event rates following discharge.

Keywords: Acute myocardial infarction; young patients; percutaneous coronary intervention; short-term outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim là một biểu hiện nặng của bệnh tim thiếu máu cục bộ, chiếm tỷ lệ tử vong cao trong các bệnh lý tim mạch. Theo thống kê toàn cầu, bệnh tim mạch (CVD) đã gây ra khoảng 19,91 triệu ca tử vong trong năm 2021, trong đó bệnh tim thiếu máu cục bộ (CHD) là nguyên nhân hàng đầu với hơn 375.000 ca tử vong tại Hoa Kỳ cùng năm đó. Ước tính mỗi 40 giây lại có một người tại Hoa Kỳ bị nhồi máu cơ tim, với độ tuổi trung bình khởi phát lần đầu là 65,6 ở nam giới và 72,0 ở nữ giới⁸. Tại Việt Nam, cùng với sự gia tăng về tỷ lệ các yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và lối sống thiếu vận động, số lượng bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim đang có xu hướng tăng, đặc biệt là ở nhóm người trẻ tuổi. Tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam, mỗi năm thực hiện khoảng 3.500–4.000 ca can thiệp tim mạch, trong đó 15–17% là bệnh nhân dưới 40 tuổi. Mặc dù vậy, hiện còn thiếu các dữ liệu cụ thể về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và tiên lượng ngắn hạn ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi này. Việc nhận diện sớm các yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị ban đầu có vai trò quan trọng trong xây dựng chiến lược theo dõi và phòng ngừa biến cố tim mạch lâu dài. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh chụp mạch của bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi tại Viện tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm các bệnh nhân nhồi máu cơ tim, dưới 45 tuổi, được can thiệp mạch vành qua da và điều trị nội khoa tối ưu, đồng ý tham gia nghiên cứu tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2023 đến 31/12/2023. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, đang trong bệnh cảnh sốc tim, suy tim nặng, không đồng ý can thiệp mạch vành.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế là nghiên cứu mô tả cắt ngang

có theo dõi dọc.

2.2.1. Các bước tiến hành nghiên cứu

- 50 bệnh nhân nghiên cứu được lựa chọn bằng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, theo trình tự thời gian. Các thông tin về hành chính, phần hỏi bệnh, phần khám bệnh, đặc điểm hình ảnh chụp mạch vành, kết quả và biến chứng sau điều trị được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.2.2. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS 20.0 và các test thống kê thường dùng trong y học.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào quá trình điều trị, được tiến hành trên tinh thần tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật thông tin và chỉ vì mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

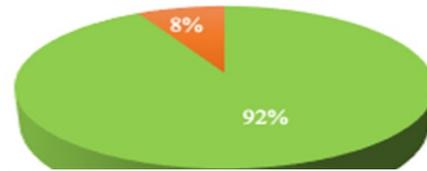
3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp mạch của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi của nhóm nghiên cứu

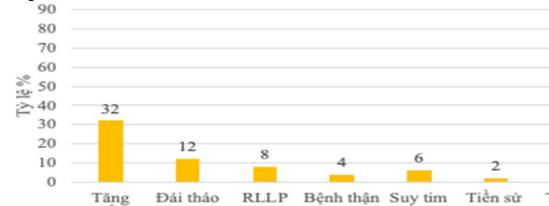
Tuổi (năm)	X ± SD	Min	Max
Giá trị	39,3 ± 4,9	26	45

3.1.2. Giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố giới tính nhóm nghiên cứu

3.1.3. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ và bệnh kèm theo



Biểu đồ 3.2. Các yếu tố nguy cơ và bệnh kèm theo

Chú thích: RLLP: Rối loạn lipid máu; NMCT: Nhồi máu cơ tim

3.1.4. Chẩn đoán nhập viện



Biểu đồ 3.3: Chẩn đoán khi nhập viện

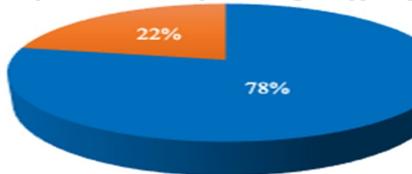
Chú thích: STEMI: Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên NSTEMI: Nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên

3.1.5. Thời gian nhập viện



Biểu đồ 3.4. Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện

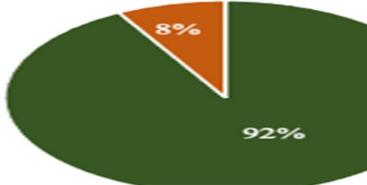
3.1.5. Đặc điểm về triệu chứng nhập viện



Biểu đồ 3.5: Triệu chứng đau ngực khi nhập viện

3.2. Đặc điểm chụp và can thiệp động mạch vành qua da

3.2.1 Đường vào động mạch



Biểu đồ 3.6. Phân bố tỉ lệ đường vào can thiệp động mạch vành

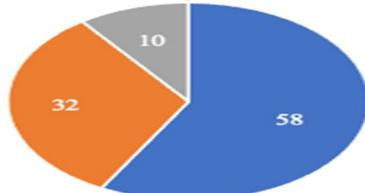
Chú thích: ĐM: Động mạch

3.2.2. Hút huyết khối



Biểu đồ 3.7: Tỉ lệ cần hút huyết khối trong quá trình can thiệp

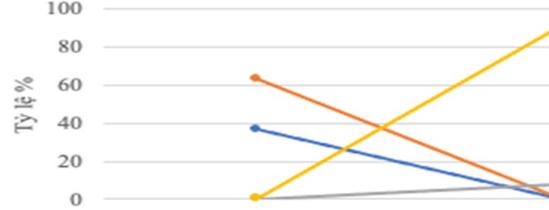
3.2.3. Số nhánh ĐMV bị tổn thương



Biểu đồ 3.8: Số nhánh động mạch vành tổn thương

Chú thích: ĐMV: Động mạch vành

3.2.4. Kết quả chụp và can thiệp động mạch vành

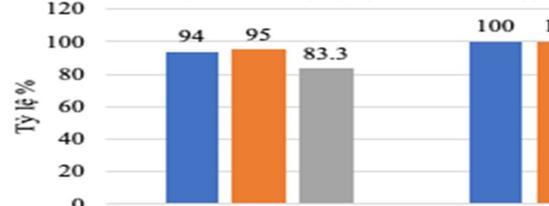


Biểu đồ 3.9: Dòng chảy TIMI trước và sau can thiệp

Chú thích: TIMI: Thrombolysis In Myocardial Infarction

3.3. Kết quả điều trị ban đầu và sau theo dõi 3 tháng

3.3.1. Kết quả điều trị ngay sau can thiệp



Biểu đồ 3.10: Kết quả điều trị ngay sau can thiệp

3.3.2. Kết quả theo dõi trong vòng 3 tháng can thiệp. Các biến cố tim mạch chính trong quá trình theo dõi

Bảng 3.2. Các biến cố tim mạch chính trong thời gian theo dõi

Biến cố tim mạch chính	Tỷ lệ % (N=50)
Tử vong do tim mạch	0
NMCT	0
Suy tim tái nhập viện	2
Tái can thiệp mạch vành	2
Xuất huyết tiêu hoá	0

Chú thích: NMCT: Nhồi máu cơ tim

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Về tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ tim mạch. Về tuổi và giới, bệnh nhân trẻ tuổi nhất trong nhóm nghiên cứu là 26 tuổi. Biểu đồ 3.1 cho thấy nam giới chiếm hầu hết các trường hợp NMCT trẻ tuổi. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự với tỉ lệ mắc bệnh cao vượt trội ở nam giới, dao động từ 79-95% tùy theo các nghiên cứu⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hút thuốc là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 84%, điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu của Thomas Alexander² là

57%, nghiên cứu của Yandrapalli là 56,8% và nghiên cứu của Yunjuan Sun lên đến 80 - 90% bệnh nhân NMCT trẻ tuổi⁷.

4.1.2. Chẩn đoán và thời gian. Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy hầu hết bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên và nhập viện trong vòng 12 giờ đầu sau khi khởi phát triệu chứng, chiếm 62%. Thời gian là cơ tim' điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giảm thiểu thời gian trì hoãn từ khi tiếp xúc nhân viên y tế ban đầu (First Medical Contact-FMC) tới thời gian đưa dây dẫn qua tổn thương vì điều này liên quan tới tiên lượng cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đau ngực đến khi nhập viện trung bình là $19,3 \pm 20,1$ (giờ). Kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Thomas Alexander⁴ là 2,75 (giờ). Mặc dù vẫn trong khoảng thời gian vàng (<12 tiếng) chiếm đa số, nhưng điều này vẫn còn cần cải thiện. Một số lí do có thể là các bệnh nhân trẻ còn chủ quan, khả năng tiếp cận y tế của từng cơ sở khác nhau.

4.1.3. Các triệu chứng nhập viện. Đau ngực là một dấu hiệu lâm sàng quan trọng, vừa là nguyên nhân chính đưa bệnh nhân đến viện, vừa là dấu hiệu để chỉ định và đánh giá hiệu quả của các biện pháp tái tưới máu. Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân khi vào viện (100%) đều khởi phát với triệu chứng đau ngực, tương tự như nghiên cứu của MA Habib (91,8%); trong đó đau ngực kiểu điển hình chiếm tỉ lệ rất cao là 78%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu chung cho mọi lứa tuổi của tác giả Ngô Đức Kỳ 1 với 100% bệnh nhân khởi phát triệu chứng đau ngực và 78,3% là đau ngực điển hình. Có thể thấy đau ngực vẫn là triệu chứng cơ năng hay gặp của NMCT trẻ tuổi với chủ yếu là đau ngực kiểu điển hình.

4.2. Đặc điểm chụp mạch của nhóm nghiên cứu. Tổn thương động mạch vành thông qua chụp mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim nhóm ≤ 45 tuổi chủ yếu là một nhánh (78%), tổn thương hai nhánh là 18% và có rất ít trường hợp tổn thương ba nhánh (4%); trong đó nhánh ĐMV thủ phạm hay gặp nhất là LAD chiếm tỉ lệ 74%. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu nước ngoài^{3,4}. Trái ngược với nhóm người cao tuổi với tổn thương thường gặp là đa nhánh và hình thành tuần hoàn bàng hệ cao hơn so với bệnh nhân trẻ tuổi³. Điều này có thể liên quan đến tình trạng xơ vữa mạch gia tăng dần theo tuổi tác.

Sự có mặt của huyết khối các mức độ là tình huống thường thấy trong NMCT ST chênh lên.

Năm 2017 trong Guidelines Hội tim mạch châu âu không khuyến cáo tiến hành hút huyết khối thường quy can thiệp mạch vành. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi có 56% bệnh nhân được hút huyết khối trước đặt stent, thấp hơn so với những nghiên cứu khác chung cho mọi lứa tuổi như: 66,7% trong thử nghiệm CVLPRIT⁵ (2015), 58,1% trong nghiên cứu về huyết khối ĐMV của tác giả Nguyễn Hoàng Khánh. Điều này cũng phù hợp với sinh lý bệnh STEMI là có sự nứt vỡ mảng xơ vữa và hình thành huyết khối lấp tắc toàn bộ mạch vành.

4.3. Thành công về mặt kỹ thuật và lâm sàng sau can thiệp. Từ kết quả bảng 3.9 và 3.10, chúng tôi thấy rằng trong 50 bệnh nhân được nghiên cứu có 91,7% số tổn thương đạt dòng chảy tốt TIMI 3 sau can thiệp. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Thomas Alexander² với tỉ lệ đạt TIMI 3 sau can thiệp là 93% và cao hơn so với nhóm lớn tuổi (88%). Ngay sau can thiệp có 96% bệnh nhân có cải thiện các triệu chứng lâm sàng. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân về nhóm cao tuổi (92,1%) và nhóm rất cao tuổi (87,3%).

4.4. Kết quả theo dõi trong 3 tháng sau can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được theo dõi biến cố tim mạch chính sau ra viện với thời gian theo dõi là 3 tháng, trong đó không có bệnh nhân nào tử vong trong quá trình theo dõi, có 1 bệnh nhân tái can thiệp mạch vành và 1 bệnh nhân suy tim tái nhập viện. Kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu của Yunjuan Sun và Thomas Alexander^{4,3}. Tuy nhiên tỉ lệ có sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, hay vùng miền và thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn.

Phân tích sâu hơn các bệnh nhân có biến cố, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân tái can thiệp mạch vành có tổn thương phức tạp và tắc hoàn toàn nhánh ĐMV trước can thiệp, sau can thiệp dòng chảy trong ĐMV chỉ đạt TIMI 2, ngoài ra bệnh nhân có kèm theo các yếu tố nguy cơ THA và rối loạn lipid máu; bệnh nhân suy tim tái nhập viện có tình trạng sốc tim khi nhập viện, trước can thiệp có hẹp cả 3 thân ĐMV $\geq 90\%$ và chỉ can thiệp 1 nhánh ĐMV, ngay sau can thiệp bệnh nhân vẫn còn đau ngực và dòng chảy trong ĐMV cũng chỉ đạt TIMI 2.

V. KẾT LUẬN

- Nhồi máu cơ tim trẻ tuổi gặp chủ yếu ở nam giới (92%), nhập viện phần lớn trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (74%)

và trong vòng 12 tiếng từ khi triệu chứng khởi phát (chiếm 62%).

- Yếu tố nguy cơ tim mạch chủ yếu là hút thuốc lá (chiếm 84%).

- Bệnh nhân được can thiệp chủ yếu qua đường động mạch quay (92%) với tỉ lệ 56% có sử dụng thủ thuật huyết khối. Phần lớn bệnh nhân có tổn thương 1 nhánh mạch vành, chủ yếu là nhánh động mạch liên thất trước (LAD).

- Sau can thiệp, hầu hết các nhánh mạch vành can thiệp có dòng chảy tốt TIMI 3 và 96% bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng và tất cả bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng khi ra viện.

- Trong quá trình theo dõi 3 tháng sau ra viện chỉ có 1 bệnh nhân (2%) suy tim tái nhập viện và 1 bệnh nhân (2%) tái can thiệp mạch vành. Các ca này đều có tình trạng suy tim nặng trước can thiệp, tổn thương ba thân mạch vành chưa tái thông toàn bộ các nhánh và dòng chảy không tối ưu sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô ĐK, Nguyễn HL, Trần TAT, Lê TT.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;503(2):84-89.

2. **Alexander T, Kumbhani DJ, Subban V, Sundar H, Nallamothu BK, Mulasari AS.** Acute ST-elevation myocardial infarction in the young compared with older patients in the Tamil Nadu STEMI Program. Heart Lung Circ. 2021;30(12):1876-1882.

3. **Belle L, Cayla G, Cottin Y, et al.** French Registry on Acute ST-elevation and non-ST-elevation myocardial infarction 2015 (FAST-MI 2015): design and baseline data. Arch Cardiovasc Dis. 2017;110(6-7):366-378.

4. **Gao H, Wang Y, Shen A, Chen H, Li H.** Acute myocardial infarction in young men under 50 years of age: clinical characteristics, treatment, and long-term prognosis. Int J Gen Med. 2021;14:9321-9331.

5. **Gershlick AH, Khan JN, Kelly DJ, et al.** Randomized trial of complete versus lesion-only revascularization in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for STEMI and multivessel disease: the CvLPRIT trial. J Am Coll Cardiol. 2015;65(10):963-972.

6. **Gulati R, Behfar A, Narula J, et al.** Acute myocardial infarction in young individuals. Mayo Clin Proc. 2020;95(1):136-156.

7. **Sun Y, Xu J, He Z, Cheng X, Jiang T.** Clinical features of ST-segment elevation myocardial infarction in young Chinese patients. Cardiol J. 2023;30(4):627-635.

8. **Tsao CW, Aday AW, Almarzooq ZI, et al.** Heart disease and stroke statistics—2022 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2022;145(8):e153-e639.

ĐÁNH GIÁ BAN ĐẦU VỀ HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG TRONG GIẢM ĐAU SAU MỔ Ở BỆNH NHÂN GHÉP GAN TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Vũ Tuấn Việt^{1,2}, Quách Minh Chính^{1,2}, Đặng Vũ Anh¹,
Ngô Lương Nghĩa¹, Lê Anh Tuấn¹, Phan Thùy Chi^{1,2},
Nguyễn Ngọc Quang^{1,2}, Lê Văn Thành^{1,3}, Đào Đức Dũng^{1,2},
Lê Văn Bình^{1,2}, Đoàn Quốc Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Kiểm soát đau hiệu quả sau ghép gan là điều cần thiết nhưng gặp nhiều thách thức do được động học thay đổi và tình trạng rối loạn đông máu thường gặp ở bệnh nhân sau ghép. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (Erector Spinae Plane: ESP) liên tục

trong kiểm soát đau sau mổ cho bệnh nhân ghép gan. Mười bốn bệnh nhân được thực hiện ghép gan tại bệnh viện Vinmec Times City (VMTC) giai đoạn tháng 01/2024 đến tháng 05/2025 được gây tê ESP hai bên với ropivacain truyền liên tục qua catheter. Điểm đau được ghi nhận khi nghỉ và khi vận động từ ngày hậu phẫu thứ 0 đến ngày thứ 3. Các thông số khác được theo dõi bao gồm nồng độ ropivacain trong huyết tương, các vấn đề kỹ thuật liên quan đến catheter, và mức độ hài lòng của người bệnh thông qua thang điểm QoR15. Điểm đau trung vị khi nghỉ duy trì ở mức rất thấp (0,5–0,8), trong khi điểm đau khi vận động đạt đỉnh vào ngày hậu phẫu thứ nhất (trung vị 2,0) và ổn định sau đó. Bảy bệnh nhân cần điều chỉnh phác đồ giảm đau (tăng nồng độ ropivacain hoặc rút ngắn khoảng cách liều). Chỉ 01 bệnh nhân phải sử dụng morphin liều cứu do tắc catheter. 13 bệnh nhân còn lại được xét nghiệm đều có nồng độ ropivacain trong

¹Bệnh viện Vinmec Times City

²Đại học VinUni, Trường khoa học sức khỏe

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Quách Minh Chính

Email: v.chinhqm@vinmec.com

Ngày nhận bài: 19.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025