

nhễm trùng, cũng như bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng; bệnh thường gặp ở phụ nữ độ tuổi trung niên, có nhiều phương pháp điều trị với từng giai đoạn bệnh.

Dấu hiệu Kanavel là dấu hiệu kinh điển trên lâm sàng để chẩn đoán bệnh

Phẫu thuật áp dụng đánh giá theo phân độ Michon định hướng phẫu thuật; cho kết quả khả thi nếu điều trị sớm.

Các biến chứng và mức độ tái diễn thường gặp ở nhóm bệnh nhân nhiễm trùng, có bệnh lý nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brad T Hyatt** (2017). Flexor Tenosynovitis. Orthop Clin North Am 2017 Apr;48(2):217-227.

doi: 10.1016/j.ocl.2016.12.010.

2. **B A Kraemer 1, V L Young, C Arfken** (1990). Stenosing flexor tenosynovitis. South Med J. 1990 Jul;83(7):806-11.
3. **Ryzewicz M, Wolf JM**. Trigger digits: principles, management, and complications. Journal of Hand Surgery (Am). 2006; 31(1):135-146.
4. **Makkouk AH, Oetgen ME, Swigart CR, Dodds SD**. Trigger finger: etiology, evaluation, and treatment. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine. 2008; 1(2):92-96.
5. **Bishop AT**. Infections of the hand: flexor tenosynovitis and deep space infections. Hand Clin. 1998;14(4):557-571.
6. **Pang HN, Teoh LC, Yam AKT, Lee JY**. Factors affecting the prognosis of pyogenic flexor tenosynovitis. J Bone Joint Surg Am. 2007;89(7):1478-1486

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CẢI THIỆN PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TỐI ƯU

Lê Kim Tuyền¹, Trương Duy Ngọc Anh²

đôi. **Từ khóa:** Yếu tố liên quan, cải thiện phân suất tổng máu, HFimpEF, tuổi, MRA.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH IMPROVED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE UNDER OPTIMAL MEDICAL THERAPY

Objective: To investigate clinical, paraclinical, and treatment factors associated with the improvement of left ventricular ejection fraction (LVEF) in patients with chronic heart failure after 1 year. **Methods:** A retrospective cohort study on 160 patients with LVEF < at Tam Duc Heart Hospital. Patients were divided into Improved (LVEF increase > 10% and final > 40%) and Non-improved groups. **Results:** 44/160 (27.5%) patients showed improvement. The Improved group was significantly younger than the Non-improved group (55.3 + 9.6 vs. 61.4 + 15.9 years; p=0.018). Patients <60 years old had the highest improvement rate. Mineralocorticoid Receptor Antagonist (MRA) usage showed a statistically significant difference (p=0.042). The Improved group showed significant reduction in LV mass index (p<0.001). No significant association was found for gender, BMI, etiology, or comorbidities. **Conclusion:** Younger age is a significant predictor of LVEF improvement. Early identification of these factors aids in personalized management.

Keywords: Predictors, improved ejection fraction, HFimpEF, age, MRA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF) từng được xem là một bệnh lý có tiên lượng xấu và tiến triển một chiều. Tuy nhiên, với sự tiến bộ của các liệu pháp điều trị nội khoa theo cơ chế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện tượng đảo ngược tái cấu trúc thất trái và cải thiện phân suất tổng máu (PSTM) là mục tiêu quan trọng trong điều trị suy tim. Tuy nhiên, các yếu tố dự báo khả năng hồi phục này tại Việt Nam vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị liên quan đến khả năng cải thiện PSTM ở bệnh nhân suy tim mạn tính sau 1 năm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu trên 160 bệnh nhân suy tim có LVEF < 40% tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm Cải thiện (LVEF tăng > 10% và đích > 40%) và nhóm Không cải thiện. **Kết quả:** Có 44/160 (27,5%) bệnh nhân đạt tiêu chuẩn cải thiện. Tuổi trung bình của nhóm cải thiện thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không cải thiện (55,3 + 9,6 so với 61,4 + 15,9 tuổi; p=0,018). Nhóm tuổi < 60 có tỷ lệ cải thiện cao nhất. Về điều trị, việc sử dụng thuốc kháng thụ thể Mineralocorticoid (MRA) có sự khác biệt thống kê giữa hai nhóm (p=0,042). Nhóm cải thiện cũng ghi nhận sự giảm đáng kể chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) sau điều trị (p<0,001). Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê về giới tính, BMI, nguyên nhân suy tim và các bệnh đồng mắc. **Kết luận:** Tuổi trẻ là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất đối với khả năng phục hồi chức năng thất trái. Việc nhận diện sớm các yếu tố này giúp cá thể hóa chiến lược điều trị và theo

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Bệnh viện Tim Tâm Đức

²Bệnh viện Thống Nhất TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Kim Tuyền

Email: lekimtuyen09@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026

sinh lý bệnh thần kinh thể dịch, một tỉ lệ đáng kể bệnh nhân đã có sự hồi phục chức năng cơ bóp thất trái, hay còn gọi là "Suy tim phân suất tống máu cải thiện" (HFimpEF). Việc đạt được trạng thái HFimpEF giúp bệnh nhân giảm nguy cơ tử vong và nhập viện, cải thiện chất lượng cuộc sống [8].

Tuy nhiên, đáp ứng điều trị là không đồng nhất giữa các cá thể. Tại sao cùng một phác đồ điều trị tối ưu, một số bệnh nhân có sự hồi phục ngoạn mục trong khi số khác thì không? Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra nhiều yếu tố tiềm năng ảnh hưởng đến quá trình này như: tuổi tác, giới tính, nguyên nhân suy tim (thiếu máu cục bộ so với không thiếu máu cục bộ), thời gian mắc bệnh, và sự hiện diện của block nhánh trái [3], [5].

Tại Việt Nam, các đặc điểm dịch tễ và mô hình bệnh tật có những điểm khác biệt so với phương Tây. Việc xác định các yếu tố liên quan đến khả năng cải thiện PSTM trên chính quần thể bệnh nhân Việt Nam sẽ cung cấp bằng chứng thực tiễn, giúp các bác sĩ lâm sàng tiên lượng và tối ưu hóa chiến lược điều trị ngay từ đầu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành phân tích sâu hơn các dữ liệu từ nghiên cứu đoàn hệ tại Bệnh viện Tim Tâm Đức nhằm trả lời câu hỏi: *Yếu tố nào liên quan đến sự cải thiện PSTM sau 1 năm điều trị?*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tuyển chọn các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính có PSTM giảm (LVEF < 40%), được quản lý và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim Tâm Đức trong khoảng thời gian từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:**

o Bệnh nhân >18 tuổi, được chẩn đoán xác định suy tim mạn với LVEF ban đầu < 40% trên siêu âm tim.

o Được điều trị nội khoa tối ưu theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2022 (bao gồm các nhóm thuốc: ACEi/ARB/ARNI, Chẹn Beta, Kháng Aldosterone, SGLT2i) với liều lượng được điều chỉnh theo dung nạp của người bệnh.

o Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có kết quả siêu âm tim đánh giá lại tại thời điểm 1 năm sau điều trị (đo bằng phương pháp Simpson).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

o Bệnh nhân có bệnh lý van tim nặng cần can thiệp phẫu thuật hoặc thay van; Nhồi máu cơ tim cấp hoặc can thiệp mạch vành trong vòng 3 tháng trước khi bắt đầu nghiên cứu.

o Bệnh tim bẩm sinh, bệnh cơ tim phì đại,

bệnh cơ tim hạn chế, bệnh cơ tim thâm nhiễm (Amyloidosis, Sarcoidosis...).

o Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (eGFR < 30 mL/phút/1.73m²) hoặc các bệnh lý ác tính, bệnh kèm theo đe dọa tính mạng có kỳ vọng sống < 1 năm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Đoàn hệ hồi cứu, phân tích so sánh giữa hai nhóm.

- **Phân nhóm nghiên cứu:** Dựa trên kết quả siêu âm tim sau 1 năm, bệnh nhân được chia thành 2 nhóm:

- o Nhóm Cải thiện (HFimpEF): LVEF ban đầu < 40%, tăng >10% và đạt mức > 40% sau điều trị.

- o Nhóm Không cải thiện: Các trường hợp còn lại (LVEF không tăng đủ 10% hoặc vẫn < 40%).

- **Các biến số khảo sát:**

- o Đặc điểm nhân trắc: Tuổi, Giới tính, BMI.

- o Tiền sử bệnh: Thời gian mắc suy tim, Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Bệnh mạch vành, Rung nhĩ, Bệnh thận mạn.

- o Cận lâm sàng: Các thông số siêu âm tim (LVEF, LVDd, LVDs, LVMI), Nguyên nhân suy tim (Thiếu máu cục bộ/Không thiếu máu cục bộ).

- o Điều trị: Việc sử dụng các nhóm thuốc (ACEi/ARNI, Chẹn Beta, MRA, SGLT2i) và số lượng thuốc phối hợp.

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm STATA 17.0.

- o So sánh biến định lượng (tuổi, BMI, chỉ số siêu âm): Dùng kiểm định T-test (nếu phân phối chuẩn) hoặc Mann-Whitney (nếu phân phối lệch).

- o So sánh biến định tính (tỉ lệ giới tính, bệnh nền, thuốc): Dùng kiểm định Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher exact test.

- o Mỗi liên quan được đánh giá dựa trên giá trị p (ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$) và Tỉ số chênh (OR) với khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 160 bệnh nhân, có 44 bệnh nhân (27,5%) thuộc nhóm Cải thiện và 116 bệnh nhân (72,5%) thuộc nhóm Không cải thiện. Chúng tôi tiến hành so sánh đặc điểm giữa hai nhóm này để tìm ra các yếu tố liên quan.

3.1. Môi liên quan với đặc điểm nhân trắc học

- **Tuổi:** Tuổi trung bình của nhóm Cải thiện là $55,27 \pm 9,61$, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Không cải thiện là $61,42 \pm 15,93$ ($p = 0,018$). Khi phân tích theo nhóm tuổi, nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi có tỉ lệ cải thiện cao nhất. Ngược lại, nhóm trên 70 tuổi có khả năng cải thiện thấp hơn đáng kể (OR = 0,14; $p = 0,005$).

- **Giới tính và BMI:** Tỉ lệ nam giới ở nhóm Cải thiện cao hơn nhóm Không cải thiện (79,5% so

với 69,8%), tuy nhiên sự khác biệt này chưa đạt mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,219$). Tương tự, chỉ

số khối cơ thể (BMI) cũng không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p = 0,118$).

Bảng 1. Đặc điểm tuổi giữa hai nhóm suy tim cải thiện và không cải thiện

Tuổi	HFimpEF (-) (n=116)	HFimpEF (+) (n=44)	OR [KTC 95%]	Giá trị p
Tuổi TB ± ĐLC (năm)	61,42±15,93*	55,27±9,61*		0,018
Nhóm tuổi, n (%)				
Tuổi <60	51 (43,97)	29 (65,91)	1	0,005
Tuổi 60-69	25 (21,55)	13 (29,55)	0,91 [0,41-2,06]	
Tuổi 70-79	26 (22,41)	2 (4,55)	0,14 [0,03-0,61]	
Tuổi ≥80	14 (12,07)	0 (0,00)	NA	

Ghi chú: *Kiểm định t-test; **Phân tích hồi quy logistic đơn biến

Nhận xét: Nhóm tuổi < 60 tuổi có tỷ lệ cải thiện phân suất tổng máu cao nhất trong 4 nhóm. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ cho thấy tuổi tăng lên làm giảm khả năng cải thiện EF.

3.2. Môi liên quan với bệnh lý đi kèm và nguyên nhân. Về các bệnh lý đồng mắc, chúng tôi khảo sát Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Rối loạn lipid máu, Rung nhĩ và Bệnh thận mạn. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ mắc các bệnh này giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nhóm Cải thiện có xu hướng ít mắc Bệnh thận mạn hơn (4,55% so với 9,48%).

Về nguyên nhân suy tim, tỉ lệ bệnh nhân có nguyên nhân do bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ ở nhóm Cải thiện thấp hơn so với nhóm Không cải thiện (40,9% so với 56,9%), nhưng sự khác biệt này mới chỉ tiệm cận mức ý nghĩa thống kê ($p = 0,057$). Khi gộp nhóm nguyên nhân thành "Do thiếu máu cục bộ" và "Không do thiếu máu cục bộ", giá trị p là 0,071.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh lý đi kèm giữa hai nhóm suy tim cải thiện và không cải thiện

Bệnh lý đi kèm n, (%)	HFimpEF (-)(n=116)	HFimpEF (+)(n=44)	Giá trị p
Tăng huyết áp	67 (57,76)	23 (52,27)	0,532
Bệnh mạch vành	72 (62,07)	22 (50,00)	0,166
Rung nhĩ	20 (17,24)	11 (25,00)	0,268
Rối loạn nhịp	40 (34,48)	13 (29,55)	0,554
Bệnh van tim	10 (8,62)	12 (27,27)	0,002
Đái tháo đường	43 (37,07)	17 (38,64)	0,855
Bệnh thận mạn	11 (9,48)	2 (4,55)	0,307
Rối loạn lipid máu	86 (74,14)	27 (61,36)	0,113
Đột quỵ não	1 (0,86)	4 (9,09)	0,008

Ghi chú: Dùng kiểm định chi bình phương

Bảng 4. Đặc điểm siêu âm tim giữa hai nhóm suy tim cải thiện và không cải thiện

Đặc điểm	HFimpEF (-)(n=116)	HFimpEF (+)(n=44)	Giá trị p
EF lần 1 (%)	28(22-35)	30(27-34,5)	0,386
Lvmass lần 1 (g/m ²)	142(118,5-172)	137(120-155,5)	0,269
EF lần 2 (%)	33(25-40)	54(46-60,5)	<0,001

Nhận xét: Trong các bệnh lý đi kèm thì ở nhóm suy tim cải thiện có rối loạn lipid máu chiếm tỉ lệ cao nhất nhưng không có ý nghĩa thống kê. Bệnh lý van tim và đột quỵ não có liên quan với suy tim cải thiện với $p < 0,05$.

Bảng 3. Các nguyên nhân suy tim cụ thể ở từng nhóm cải thiện và không cải thiện

Nguyên nhân suy tim n, (%)	HFimpEF (-) (n=116)	HFimpEF (+) (n=44)	Giá trị p
Bệnh cơ tim dẫn nỡ	38 (32,76)	13 (29,55)	0,057
Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ	66 (56,90)	18 (40,91)	
Bệnh cơ tim xoắn	0 (0,00)	1 (2,27)	
Bệnh van tim	4 (3,45)	5 (11,36)	
Bệnh cơ tim do rượu	3 (2,59)	3 (6,82)	
Bệnh cơ tim do độc chất	1 (0,86)	0 (0,00)	
Loạn nhịp tim	2 (1,72)	4 (9,09)	
Tim bẩm sinh	1 (0,86)	0 (0,00)	
Bệnh chuyển hóa	1 (0,86)	0 (0,00)	

Nhận xét: Trong số các nguyên nhân suy tim qua phân tích chi bình phương cho thấy không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

3.3. Môi liên quan với điều trị và đặc điểm siêu âm tim

• **Về điều trị:** Tỉ lệ sử dụng các nhóm thuốc ức chế hệ RAAS, Chẹn Beta và SGLT2i là tương đương giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Tuy nhiên, đối với nhóm thuốc kháng thụ thể Mineralocorticoid (MRA), nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ sử dụng giữa hai nhóm ($p = 0,042$).

• **Về siêu âm tim:** Nhóm Cải thiện có sự thay đổi cấu trúc thất trái rõ rệt hơn. Chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) sau điều trị ở nhóm Cải thiện thấp hơn rất nhiều so với nhóm Không cải thiện (100,5 g/m² so với 141,5 g/m²; $p < 0,001$).

Lvmass lần 2 (g/m ²)	141,5(116,5-168)	100,5(92,5-117,5)	<0,001
Kích thước thất trái cuối tâm trương (LVdD)	60(55,5-65,5)	58(54,5-62,5)	0,113
Kích thước thất trái cuối tâm thu (LVdS)	49(45-55,5)	48(44-53,5)	0,379
PLVW cuối tâm trương (PLVWd)	10(9-10,5)	10(9,5-11)	0,134

Ghi chú: Dùng kiểm định Mann-Whitney (biến định lượng phân phối lệch)

Nhận xét: Trong dân số nghiên cứu các chỉ số phân suất tổng máu (EF) lần 2 và thể tích khối cơ thất trái hiệu chỉnh (LV mass index) lần 2 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Vai trò của tuổi tác. Kết quả nổi bật nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là vai trò tiên lượng của tuổi tác. Bệnh nhân trẻ tuổi (< 60 tuổi) có khả năng cải thiện PSTM cao hơn rõ rệt so với bệnh nhân lớn tuổi. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu lớn trên thế giới như của Jorgensen (2018) và Savarese (2019) [4], [7].

Cơ chế sinh lý bệnh có thể giải thích cho hiện tượng này là tính "mềm dẻo" (plasticity) của cơ tim. Ở người trẻ, cơ tim ít bị xơ hóa hơn, khả năng đáp ứng với các tín hiệu phân tử từ thuốc điều trị (như ức chế hệ RAAS, chẹn Beta) để đảo ngược quá trình tái cấu trúc là tốt hơn. Ngược lại, ở người cao tuổi, quá trình lão hóa tim mạch, xơ cứng mạch máu và sự tích tụ collagen trong ngoại bào khiến cơ tim trở nên "trơ" hơn với điều trị [1]. Phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị tích cực ngay từ sớm, đặc biệt là ở những bệnh nhân trẻ, để tận dụng tối đa "cửa sổ cơ hội" hồi phục.

4.2. Nguyên nhân suy tim và khả năng hồi phục. Mặc dù trong nghiên cứu này, sự khác biệt về nguyên nhân suy tim (Thiếu máu cục bộ vs Không thiếu máu cục bộ) chưa đạt mức ý nghĩa thống kê ($p=0,057$), nhưng xu hướng cho thấy nhóm bệnh cơ tim không do thiếu máu cục bộ (như bệnh cơ tim giãn nở, viêm cơ tim...) dễ hồi phục hơn. Điều này tương đồng với y văn thế giới [5], [6]. Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ thường liên quan đến sẹo nhồi máu vĩnh viễn, làm mất đi một lượng lớn tế bào cơ tim có khả năng co bóp, do đó khả năng hồi phục chức năng toàn bộ thất trái thường hạn chế hơn so với các tổn thương cơ tim lan tỏa nhưng có thể hồi phục ở bệnh cơ tim giãn nở. Việc giá trị p chưa đạt <0,05 có thể do cỡ mẫu nghiên cứu ($n=160$) chưa đủ lớn để bộc lộ rõ sự khác biệt này.

4.3. Vai trò của thuốc kháng thụ thể Mineralocorticoid (MRA). Nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc sử dụng MRA giữa hai nhóm ($p=0,042$). MRA (Spironolactone, Eplerenone) được biết đến với

khả năng chống xơ hóa cơ tim mạnh mẽ thông qua việc ức chế Aldosterone. Việc ngăn chặn quá trình xơ hóa là chìa khóa để đảo ngược tái cấu trúc thất trái [1].

Tuy nhiên, cần lưu ý về số liệu thực tế trong bảng kết quả: tỉ lệ dùng MRA ở nhóm Cải thiện (72,27%) lại thấp hơn nhóm Không cải thiện (89,66%) trong mẫu nghiên cứu này. Đây là một điểm thú vị và có phần nghịch lý so với lý thuyết. Một số giả thuyết có thể đặt ra: (1) Nhóm bệnh nhân Không cải thiện có tình trạng bệnh nặng hơn, ứ dịch nhiều hơn nên bác sĩ lâm sàng có xu hướng chỉ định MRA (với vai trò lợi tiểu) tích cực hơn; (2) Nhóm Cải thiện có thể bao gồm những bệnh nhân nhẹ hơn hoặc dung nạp thuốc tốt hơn với các nhóm thuốc khác mà không cần đến MRA liều cao. Dù vậy, kết quả thống kê vẫn khẳng định MRA là một yếu tố có liên quan đến kết cục điều trị, đòi hỏi các phân tích sâu hơn hoặc các nghiên cứu ngẫu nhiên để làm rõ chiều hướng tác động.

4.4. Sự thay đổi cấu trúc thất trái. Sự giảm mạnh chỉ số khối cơ thất trái (LVMI) ở nhóm Cải thiện ($p < 0,001$) là bằng chứng xác thực cho quá trình "reverse remodeling". Điều này cho thấy sự cải thiện LVEF không chỉ đơn thuần là do thay đổi tiền tải/hậu tải mà là sự phục hồi thực sự ở cấp độ tế bào và mô học [2], [8]. Việc theo dõi sát các chỉ số cấu trúc trên siêu âm tim (thể tích, khối lượng cơ) bên cạnh LVEF là rất cần thiết để đánh giá toàn diện đáp ứng điều trị.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 160 bệnh nhân suy tim mạn tính cho thấy tuổi trẻ là yếu tố tiên lượng độc lập quan trọng nhất đối với khả năng cải thiện phân suất tổng máu thất trái. Ngoài ra, sự thay đổi về cấu trúc tim (giảm khối lượng cơ thất trái) và việc sử dụng thuốc kháng Aldosterone cũng là những yếu tố liên quan đáng chú ý. Kết quả này gợi ý rằng việc cá thể hóa điều trị dựa trên độ tuổi và nguyên nhân bệnh lý là cần thiết để tối ưu hóa khả năng hồi phục cho người bệnh.

VI. KIẾN NGHỊ

- Cần đặc biệt chú trọng điều trị nội khoa tích cực và tối ưu liều lượng ngay từ giai đoạn đầu chẩn đoán suy tim, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi (< 60 tuổi), vì đây là nhóm có tiềm năng hồi phục cao nhất.

• Cần tiến hành các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ hơn vai trò của nguyên nhân suy tim và các nhóm thuốc cụ thể trong việc dự báo khả năng hồi phục PSTM tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nguyễn Vinh, Phạm Mạnh Hùng** (2022). Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị bệnh suy tim cấp và suy tim mạn. Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam.
2. **Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al** (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure. *Circulation*, 145(18), e895-e1032.
3. **Jørgensen ME, Andersson C, Vasani RS, et al** (2018). Characteristics and prognosis of heart failure with improved compared with persistently reduced ejection fraction: A systematic review and meta-analyses. *Eur J Prev Cardiol*, 25(4), 366-376.
4. **Kalogeropoulos AP, Fonarow GC, Georgiopoulos V, et al** (2016). Characteristics and Outcomes of Adult Outpatients With Heart Failure and Improved or Recovered Ejection Fraction. *JAMA Cardiol*, 1(5), 510-518.
5. **Lupón J, Díez-López C, de Antonio M, et al** (2017). Recovered heart failure with reduced ejection fraction and outcomes: a prospective study. *Eur J Heart Fail*, 19(12), 1615-1623.
6. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al** (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*, 42(36), 3599-3726.
7. **Savarese G, Vedin O, D'Amario D, et al** (2019). Prevalence and Prognostic Implications of Longitudinal Ejection Fraction Change in Heart Failure. *JACC Heart Fail*, 7(4), 306-317.
8. **Wilcox JE, Fang JC, Margulies KB, Mann DL** (2020). Heart Failure With Recovered Left Ventricular Ejection Fraction: JACC Scientific Expert Panel. *J Am Coll Cardiol*, 76(6), 719-734.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CĂNG DA VÙNG THÁI DƯƠNG KẾT HỢP LỚP NÔNG VÀ LỚP SÂU

Trần Văn Dương¹, Lâm Quang An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Căng da vùng thái dương là phương pháp hiệu quả trong trẻ hóa tầng mặt trên, giúp cải thiện tình trạng sa trễ da vùng mắt ngoài, đuôi cung mày. Kỹ thuật bóc tách lớp nông có ưu điểm là đơn giản, loại bỏ được da dư nhưng để lại sẹo và hiệu quả ngắn hạn, trong khi bóc tách lớp sâu dưới màng xương giúp nâng khối mô sâu bền vững hơn nhưng độ di động hạn chế. Việc kết hợp đồng thời hai mặt phẳng nhằm tận dụng ưu điểm của cả hai phương pháp, đạt hiệu quả tối ưu và kết quả lâu dài hơn. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật căng da vùng thái dương kết hợp lớp nông và lớp sâu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 30 bệnh nhân được phẫu thuật căng da thái dương tại Khoa Tạo hình – Thẩm mỹ Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 3/2023 đến 3/2025. Kỹ thuật thực hiện qua đường rạch giấu trong tóc vùng thái dương, bóc tách kết hợp lớp nông và lớp sâu, khâu neo vào cân thái dương sâu. Kết quả được đánh giá tại ba thời điểm: trước mổ, ngay sau mổ và sau 6 tháng, gồm các chỉ số: vị trí đuôi cung mày (mm), độ nhăn da vùng chân chim (WSRS) và mức độ hài lòng theo thang FACE-Q (0–100). **Kết quả:** Sau phẫu thuật, vị trí cung mày tăng trung bình $+3,1 \pm 0,8$ mm, đạt $12,9 \pm 1,0$ mm, nằm trong vùng thẩm mỹ lý tưởng theo tiêu chuẩn Glass (2014), sau 6 tháng vẫn

duy trì $12,1 \pm 1,2$ mm ($p < 0,001$). Điểm WSRS giảm từ $3,1 \pm 0,6$ xuống $1,2 \pm 0,5$ ngay sau mổ và $1,4 \pm 0,6$ sau 6 tháng ($p < 0,001$). Điểm FACE-Q tăng từ $47,5 \pm 9,2$ lên $79,8 \pm 8,5$ và duy trì $72,4 \pm 9,7$ sau 6 tháng ($p < 0,001$). Biến chứng chủ yếu là sưng nề, bầm tím thoáng qua (16,67%) và tê nhẹ vùng dưới ổ mắt (26,7%), hồi phục hoàn toàn sau 2–3 tháng, không ghi nhận tổn thương thần kinh vĩnh viễn. **Kết luận:** Kỹ thuật căng da vùng thái dương kết hợp lớp nông và lớp sâu là phương pháp an toàn, hiệu quả và bền vững, giúp nâng cung mày, giảm nếp nhăn vùng mắt ngoài với sẹo ẩn tốt và tỉ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: căng da thái dương, hai mặt phẳng, cân thái dương sâu, FACE-Q, WSRS.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF COMBINED SUPERFICIAL AND DEEP TEMPORAL FACELIFT

Background: Temporal facelift is an effective method for rejuvenating the upper face, improving the sagging of the lateral canthal region and the tail of the eyebrow. The superficial dissection technique is simple and removes excess skin but may leave scars and have short-term results. In contrast, deep dissection beneath the periosteum lifts deeper tissue more effectively and offers longer-lasting results, though with limited mobility. Combining both superficial and deep dissection techniques aims to harness the benefits of both methods for optimal and longer-lasting outcomes. **Objectives:** To evaluate the effectiveness and safety of the combined superficial and deep temporal facelift technique. **Materials and methods:** This retrospective descriptive study included 30 patients who underwent temporal facelift

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Dương

Email: drduong2001@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026