

- Tỷ lệ giảm TIBC ở nam là 36,1%, cao hơn ở nữ là 20,3% với  $p < 0,05$ . Nồng độ TIBC liên quan đến tuổi, tuổi  $\geq 60$  tỷ lệ giảm TIBC cao nhất với  $p < 0,05$ . Nồng độ TIBC tương quan thuận với nồng độ Protein ( $r = 0,213$ ,  $p < 0,01$ ). Nồng độ TIBC tương quan thuận với số lượng Hồng cầu ( $r = 0,192$ ,  $p < 0,05$ ), Hemoglobin ( $r = 0,229$ ,  $p < 0,005$ ) và với Hematocrit ( $r = 0,215$ ,  $p < 0,01$ ).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gluba-Brzózka, A., et al** (2020), The Influence of Inflammation on Anemia in CKD Patients. 21(3): p. 725.
2. **Portolés, J., et al** (2021), Anemia in Chronic Kidney Disease: From Pathophysiology and Current Treatments, to Future Agents. Front Med (Lausanne), 8: p. 642296.
3. **KDIGO** (2012), Clinical Practice Guideline for anemia in chronic kidney disease. Kidney International, 2: p. 279-335.
4. **KDIGO** (2012), Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney-international, 3: p. 5-8.
5. **Li, J., et al** (2015), Genome-wide admixture and association study of serum iron, ferritin, transferrin saturation and total iron binding capacity in African Americans. Hum Mol Genet, 24(2): p. 572-81.
6. **Nguyễn Văn Hùng và cs** (2018), Nghiên cứu nồng độ sắt, ferritin và khả năng gắn sắt toàn phần trong huyết tương ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế thận. Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
7. **Goyal, H., et al** (2017), Study of anemia in nondialysis dependent chronic kidney disease with special reference to serum hepcidin. Indian J Nephrol, 27(1): p. 44-50.
8. **Phan Thế Cường và cs** (2015), Đánh giá biến đổi nồng độ ferritin và độ bão hòa transferrin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn tính có chỉ định lọc máu chu kỳ. Tạp chí Y học Việt Nam, 433(2): p. 18-23.
9. **Trần Thị Thuận** (2010), Nghiên cứu sự thay đổi nồng độ sắt, ferritin, transferrin huyết thanh ở bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn III - IV. Luận án Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
10. **Ikeda-Taniguchi, M., et al** (2022), Total iron binding capacity is a predictor for muscle loss in maintenance hemodialysis patients. Clin Exp Nephrol, 26(6): p. 583-592.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NẮN CHỈNH SAU PHẪU THUẬT GỠ KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐÓNG ĐINH NỘI TỦY CÓ CHỐT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Trần Hoàng Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Tú<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật gờ kín thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ 02/2023 đến 12/2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi và được phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ 2/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm: Phương pháp vô cảm: có 92,5% tê tủy sống. Phương pháp nắn chỉnh: 67,5% nắn kín, 32,5% nắn hở. Kết quả nắn chỉnh theo Larson-Bostman: 87,5% rất tốt, 12,5% tốt. Tại biến - biến chứng sớm sau phẫu thuật: 2,5% nhiễm trùng sâu vết mổ. Liên vết mổ: 97,5% liền vết mổ kỳ đầu. Thời gian nằm viện trung bình:  $11,4 \pm 4,41$  ngày. **Từ khóa:** gãy xương, đóng đinh nội tủy, kết quả, phẫu thuật.

#### SUMMARY

#### EVALUATION OF POST-SURGERY CORRECTION RESULTS CLOSE FRACTURE OF THE FEBRUARY BODY BY METHOD INTRAMEDAL NAILING WITH PLATE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Objective:** The study has objectives: Evaluate the results of correction after closed femoral shaft fracture surgery using intramedullary nailing with pins at Can Tho Central General Hospital from February 2023 to December 2023. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 32 patients diagnosed with closed femoral shaft fractures and underwent intramedullary nailing surgery with pins at Can Tho Central General Hospital from February 2023 to December 2023. **Result:** Evaluation of early surgical results: Anesthesia method: 92.5% spinal anesthesia. Correction method: 67.5% closed correction, 32.5% open correction. Orthopedic results according to Larson-Bostman: 87.5% very good, 12.5% good. Accidents - early complications after surgery: 2.5% of deep surgical wound infections. Surgical wound healing: 97.5% of first-term surgical wound healing. Average hospital stay:  $11.4 \pm 4.41$  days. **Keywords:** fracture, intramedullary nailing, results, surgery.

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: thanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy thân xương đùi có thể gặp ở mọi lứa tuổi từ trẻ sơ sinh đến người lớn tuổi. Xương đùi là một xương lớn, khi gãy làm mất máu nhiều có thể mất từ 1 - 1,5 lít máu. Vì vậy, bệnh nhân gãy xương đùi dễ bị sốc do đau và mất máu [1],[2]. Ngày nay gãy thân xương đùi chủ yếu điều trị bằng phẫu thuật để chỉnh hình ổ gãy, cố định vững chắc cho phép bệnh nhân vận động sớm phục hồi chức năng. Trước đây, gãy xương đùi có tỉ lệ tử vong cao do điều trị bảo tồn [3]. Hiện nay, tại Việt Nam cũng như trên thế giới, hầu hết các trường hợp gãy xương đùi ở người lớn đều được chỉ định phẫu thuật. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc vào vị trí, mức độ, tình trạng bệnh nhân, nhân lực và trang thiết bị y tế [55]. Tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, đóng đinh nội tủy có chốt xương đùi được áp dụng điều trị cách đây nhiều năm và thu được kết quả rất khả quan bên cạnh những phương pháp điều trị khác. Do đó, nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng đóng đinh nội tủy có chốt và nâng cao chất lượng điều trị gãy thân xương đùi, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật gãy kín thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ từ 02/2023 đến 12/2023.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín thân xương đùi và được phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ 2/2023 đến 12/2023.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân thỏa các điều kiện sau: Gãy kín thân xương đùi, có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng đinh nội tủy có chốt, tổng trạng bệnh nhân cho phép phẫu thuật, bệnh nhân và gia đình được đồng ý phương pháp điều trị và tham gia vào nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có một trong các đặc điểm sau: Gãy xương bệnh lý, các trường hợp gãy xương đùi kèm theo gãy cổ xương đùi hoặc gãy liên mấu chuyển, gãy xương cùng bên, tổn thương dây chằng chéo trước, chéo sau, các trường hợp gãy xương có tổn thương mạch máu, thần kinh chính, đang điều trị tổn thương phối hợp như: chấn thương sọ não nặng, chấn thương bụng kín, chấn thương ngực kín, đợt diễn biến cấp của bệnh mạn tính như: đái tháo đường, lao phổi, suy thận cấp, bệnh lý vùng gối: viêm, thoái hóa khớp gối.

### **Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Nghiên cứu được thực hiện Trung tâm Chấn thương chỉnh hình, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

**Cỡ mẫu:** tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \cdot p(1-p)}{d^2}$$

*Trong đó:* - n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

-  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối,  $d = 0,05$ .

- p: bệnh nhân được phẫu thuật điều trị thành công, chúng tôi chọn  $p = 0,975$  (theo kết quả nắn chỉnh sau mổ của Larson - Botsman, kết quả chung rất tốt và tốt đạt 97,5%), nên chúng tôi chọn p là 0,975 [5]. Thay vào công thức trên:  $n \approx 31,46$  bệnh nhân. Do đó cỡ mẫu tối thiểu cần có là 32 bệnh nhân.

**Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn, loại bỏ các mẫu có bất kỳ tiêu chuẩn loại trừ nào, lấy tối thiểu 32 mẫu. Chọn mẫu toàn bộ được tiến hành qua các bước sau: Tất cả bệnh nhân có chẩn đoán xác định gãy kín thân xương đùi và được phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương từ 2/2023 đến 12/2023. Các bệnh nhân được theo dõi đánh giá trước, trong và sau mổ, các biến số nghiên cứu đã xây dựng từ trước.

### **Nội dung nghiên cứu:**

**Kết quả phẫu thuật sớm:** Phương pháp vô cảm, kỹ thuật nắn chỉnh, thời gian hậu phẫu – thời gian nằm viện, biến chứng sớm sau phẫu thuật, tình trạng liền vết mổ, kết quả nắn chỉnh.

**Công cụ thu thập và xử lý số liệu:** chọn những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và loại trừ để đưa vào nghiên cứu. Trước khi phân tích kiểm tra lại những giá trị bị sai, bị thiếu để bổ sung vào bộ số liệu. Kiểm tra tính hoàn tất, tính chính xác, tính phù hợp thông tin, tiêu chuẩn chọn bệnh. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, Word 2013, Excel 2013. Số liệu được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm, kiểm định mối quan hệ giữa các yếu tố bằng test Chi-square. Đánh giá hệ số  $p > 0,05$ : Không có ý nghĩa thống kê;  $p < 0,05$ : Có ý nghĩa thống kê.

**2.3. Y đức:** Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y

học, các thông tin cá nhân của đối tượng được đảm bảo giữ bí mật, những người tham gia thu thập số liệu đảm bảo tính trung thực khi tiến hành nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi đủ điều kiện và thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Võ Trường Toản.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Phương pháp vô cảm**

**Bảng 3.1. Phương pháp vô cảm**

Phương pháp vô cảm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Gây mê nội khí quản	3	7,5
Tê tủy sống	37	92,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phương pháp vô cảm được áp dụng đa số cho các bệnh nhân là tê tủy sống với 37 bệnh nhân chiếm 92,5%, chỉ có 3 bệnh nhân chiếm 7,5% được gây mê nội khí quản.

**3.2. Kỹ thuật nắn chỉnh**

**Bảng 3.2. Kỹ thuật nắn chỉnh**

Kỹ thuật nắn chỉnh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nắn kín	27	67,5
Nắn hở	13	32,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Phương pháp nắn chỉnh được áp dụng đa số cho các bệnh nhân là nắn kín không mở ổ gãy với 27 bệnh nhân chiếm 67,5%, chỉ có 13 bệnh nhân chiếm 32,5% được nắn chỉnh hở (nắn chỉnh có mở ổ gãy).

**3.3. Thời gian nằm viện**

**Bảng 3.3. Thời gian hậu phẫu**

Thời gian (ngày)	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian nằm viện	11,4 ± 4,41	4	24

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân là 11,4 ± 4,41, ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 24 ngày.

**3.4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật**

**Bảng 3.4. Biến chứng sớm sau phẫu thuật**

Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Có	1	2,5
Không	39	97,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân không ghi nhận biến chứng sớm sau phẫu thuật với 39 bệnh nhân chiếm 97,5%, chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng sớm là nhiễm trùng vết mổ sâu.

**3.5. Tình trạng liền vết mổ**

**Bảng 3.5. Tình trạng liền vết mổ**

Tình trạng liền vết mổ	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Liền vết mổ kỳ đầu	39	97,5

Liền vết mổ kỳ hai	1	2,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu sau phẫu thuật với 39 bệnh nhân chiếm 97,5%, chỉ có 1 bệnh nhân có biến chứng sớm là nhiễm trùng vết mổ sâu nên liền vết mổ kỳ hai sau đó.

**3.6. Kết quả nắn chỉnh**

**Bảng 3.6. Kết quả nắn chỉnh**

Kết quả nắn chỉnh	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	35	87,5
Tốt	5	12,5
<b>Tổng</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân có kết quả nắn chỉnh đạt hiệu quả rất tốt và tốt. Trong đó, kết quả nắn chỉnh rất tốt chiếm đa số với 35 bệnh nhân chiếm 87,5%, có 5 bệnh nhân chiếm 12,5% có kết quả nắn chỉnh tốt.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Phương pháp vô cảm.** Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có phương pháp vô cảm được áp dụng đa số cho các bệnh nhân là tê tủy sống với 37 bệnh nhân chiếm 92,5%, chỉ có 3 bệnh nhân chiếm 7,5% được gây mê nội khí quản. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Trần Minh Chiến với tỷ lệ gây tê tủy sống và gây mê nội khí quản lần lượt là 87,5% và 12,5%. Tác giả Nguyễn Thành Tấn với tỷ lệ gây tê tủy sống và gây mê nội khí quản lần lượt là 90,085% và 9,92% [3], [4].

**4.2. Kỹ thuật nắn chỉnh.** Nghiên cứu của Trần Minh Chiến [3] với 100% bệnh nhân trong nghiên cứu cũng được bắt vít chốt kiểu tĩnh. Do đặc trưng về giải phẫu thân xương đùi với lòng tủy hẹp ở giữa và rộng hơn ở hai đầu nên bắt vít chốt động sẽ dễ tạo ra di lệch thứ phát. Khi bắt vít chốt tĩnh sẽ hạn chế được các di lệch xoay và chông ngăn của bệnh nhân sau khi mổ. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi cũng khác biệt chút ít với kết quả của Trần Anh Tuấn có 71,4% bắt vít động và 28,6% bắt vít tĩnh [6].

**4.3. Kết quả nắn chỉnh theo Larson – Bostman.** Nghiên cứu ghi nhận kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt với 100% đạt kết quả rất tốt và tốt. Kết quả này cũng khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Minh Chiến, Nguyễn Thành Tấn, Trần Anh Tuấn. Các tác giả này ghi nhận kết quả nắn chỉnh sau phẫu thuật ở mức độ rất tốt và tốt tương ứng như sau: Trần Minh Tiến 72,5% và 25%; Nguyễn Thành Tấn 83% và 0%; Trần Anh Tuấn 92,9% và 7,1% [3], [4], [6]. Như vậy, các nghiên cứu đều có kết quả sau nắn chỉnh đạt kết quả tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao.

**4.4. Chốt vít.** Trần Minh Chiến [3] có 100% trường hợp bệnh nhân đều được chốt vít đúng vị trí. Nguyễn Thành Tấn [4] có 96,1% chốt vít đúng vị trí, có 2 bệnh nhân (chiếm 3,9%) vít chốt đầu xa bắt trượt lổ ra sau. Khi lắp khung định vị, các ốc vít cần được vặn chặt, cần tránh một số tác động không mong muốn trong thì vào đinh như thao tác thô bạo, trượt vỏ xương khi khoan, khoan không thẳng trục,... Khi không đảm bảo các yếu tố sẽ làm lệch khung định vị, từ đó làm lệch vít chốt đầu xa. Nhờ C-arm hỗ trợ trong lúc mổ, có thể kiểm tra lại các lổ vít được để có thể bắt vít một cách chính xác.

**4.5. Biến chứng.** Kết quả nghiên cứu ghi nhận 2,5% bệnh nhân có biến chứng sớm sau phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều tác giả khác. Nhìn chung tỷ lệ tai biến - biến chứng sớm sau phẫu thuật đóng đinh nội tủy có chốt thân xương đùi có tỷ lệ thấp. nghiên cứu Trần Minh Chiến [3] ghi nhận tất cả bệnh nhân đều đóng ĐNT đúng kỹ thuật, không có bệnh nhân nào cong hoặc gãy đinh, không có bệnh nhân nào liệt thần kinh thẹn, có 1 bệnh nhân nhiễm trùng nông tại chốt vít đầu xa. bệnh nhân này được cắt lọc tại chỗ, điều trị nội khoa ổn định. Tác giả cũng ghi nhận 1 bệnh nhân (2,5%) không có can ở tháng thứ 6. Theo Winquist khi hồi cứu 520 bệnh nhân gãy xương đùi với 500 bệnh nhân được đóng kín có 55 bệnh nhân bị tắt mạch máu do mỡ, suy hô hấp cấp ở người lớn và tất cả các bệnh nhân này đều liên quan đến nguyên nhân ban đầu và có kèm chấn thương [7].

## V. KẾT LUẬN

Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm: Phương pháp vô cảm: có 92,5% tê tủy sống. Phương pháp nắn chỉnh: 67,5% nắn kín, 32,5% nắn hở. Kết quả nắn chỉnh theo Larson-Bostman: 87,5%

rất tốt, 12,5% tốt. Tai biến - biến chứng sớm sau phẫu thuật: 2,5% nhiễm trùng sâu vết mổ. Liên vết mổ: 97,5% liên vết mổ kỳ đầu. Thời gian nằm viện trung bình:  $11,4 \pm 4,41$  ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đặng Hoàng Anh** (2012), Kết quả phẫu thuật kết hợp xương đinh nội tủy có chốt SIGN điều trị gãy kín thân xương đùi tại Bệnh viện 103, Học viện quân Y.
- Trần Đình Chiến** (2006), "Gãy xương đùi", Bệnh học Chấn thương Chính hình, Học viện quân Y, tr. 107-113.
- Trần Minh Chiến** (2020), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy có chốt dưới màn tăng sáng tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2018 - 2020", Luận văn Bác Sĩ Nội Trú, Đại học Y Dược Cần Thơ.
- Nguyễn Thành Tấn** (2005), Đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương đùi bằng đinh SIGN, Học viện Quân Y.
- Vũ Trương Thịnh, Dương Ngọc Lê Mai, Trần Minh Long Triều, Nguyễn Xuân Thủy, Lê Việt Thống** (2021), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi phức tạp bằng đinh SIGN tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Tạp chí nghiên cứu Y học, 145 (9) – 2021.
- Trần Anh Tuấn, Lưu Hồng Hải, Nguyễn Văn Quang** (2011), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi bằng phương pháp đóng đinh nội tủy ngược dòng, có chốt chế tạo trong nước từ thép K92, Tạp chí Y học Việt Nam, Tháng 7, số 2/2011, tr. 29 - 35.
- A. Winquist R.** (2001), "Closed intramedullary nailing of femoral fractures. A report of five hundred and twenty cases. 1984", J Bone Joint Surg Am. 83(12), pp. 1912.
- Yamaji T, Ando K, Nakamura T, Washimi O, Terada N, Yamada H** (2002), "Femoral shaft fracture callus formation after intramedullary nailing: a comparison of interlocking and Endy nailing", Journal of Orthopaedic Science 2002;7(4):472-6. [PUBMED: 12181662] [PubMed] [Google Scholar].

## CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐỘNG KINH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thị Nga<sup>1</sup>, Trần Đình Văn<sup>2</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội  
<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga  
 Email: nguyenngatb9@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 3.6.2024  
 Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024  
 Ngày duyệt bài: 14.8.2024

Phẫu thuật động kinh mang lại những hiệu quả đáng kể trong cải thiện triệu chứng lâm sàng và chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Mục tiêu:** mô tả chất lượng cuộc sống người bệnh sau phẫu thuật động kinh tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả 45 người bệnh được phẫu thuật động kinh từ năm 2021-2023. Thang điểm QOLIE - 31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory 31 items) được sử dụng để đánh giá chất lượng cuộc