

nghiệm máu như số lượng bạch cầu, CRP, tốc độ máu lắng của các bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường.

IV. KẾT LUẬN

Vật liệu calci hydroxyapatite là loại vật liệu có khả năng phân hủy sinh học và phân phối kháng sinh tại chỗ đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu hiệu quả và an toàn của loạt 3 bệnh nhân viêm xương tủy mạn tính được điều trị bằng phẫu thuật một thì nạo viêm lấy xương chết, đặt các hạt CHA tẩm kháng sinh. Tuy nhiên cần có thêm nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn, thời gian theo dõi dài và các thử nghiệm lâm sàng để chứng minh được hiệu quả và tính an toàn của vật liệu này trong phẫu thuật một thì điều trị viêm xương tủy mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schmitt SK.** Osteomyelitis. Infect Dis Clin North Am. 2017; 31(2): 325-338. doi:10.1016/j.idc.2017.01.010
2. **Hw B, Hd G.** [Infection prevention and surgical management of deep insidious infection in total endoprosthesis]. Chir Z Alle Geb Oper Medizen. 1972;43(10). Accessed June 18, 2023. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5084870/>
3. **Grimsrud C, Raven R, Fothergill AW, Kim HT.** The in vitro elution characteristics of antifungal-loaded PMMA bone cement and calcium sulfate bone substitute. Orthopedics. 2011; 34(8): e378-381. doi:10.3928/01477447-20110627-05
4. **Staćzyk M, van Rietbergen B.** Thermal analysis of bone cement polymerisation at the cement-bone interface. J Biomech. 2004;37(12): 1803-1810. doi:10.1016/j.jbiomech.2004.03.002
5. **Yamashita Y, Uchida A, Yamakawa T, Shinto Y, Araki N, Kato K.** Treatment of chronic osteomyelitis using calcium hydroxyapatite ceramic implants impregnated with antibiotic. Int Orthop. 1998;22(4): 247-251. doi:10.1007/s002640050252
6. **Visani J, Staals EL, Donati D.** Treatment of chronic osteomyelitis with antibiotic-loaded bone void filler systems: an experience with hydroxyapatites calcium-sulfate biomaterials. Acta Orthop Belg. 2018;84(1):25-29.
7. **Wassif RK, Elkayal M, Shamma RN, Elkheshen SA.** Recent advances in the local antibiotics delivery systems for management of osteomyelitis. Drug Deliv. 2021;28(1):2392-2414. doi:10.1080/10717544.2021.1998246
8. **Jiamton C, Apivatgaroon A, Aunaramwat S, et al.** Efficacy and Safety of Antibiotic Impregnated Microporous Nanohydroxyapatite Beads for Chronic Osteomyelitis Treatment: A Multicenter, Open-Label, Prospective Cohort Study. Antibiotics. 2023;12(6):1049. doi:10.3390/antibiotics12061049

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM NANG LÔNG VÙNG CÙNG CỤT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Thị Hằng¹, Quách Văn Kiên^{1,2}, Nguyễn Xuân Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bệnh viêm nang lông vùng cùng cụt là tình trạng viêm mãn tính vùng cùng cụt, chủ yếu gặp ở người trẻ tuổi, là nhóm bệnh không đồng nhất, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và không có sự đồng thuận về phương pháp điều trị. Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật viêm rò xoang lông vùng cùng cụt tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án của 48 bệnh nhân (38 nam, 10 nữ, tuổi từ 15 đến 39) viêm nang lông vùng cùng cụt được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6 năm 2018 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới với tỉ lệ nam:nữ xấp xỉ

4:1. Độ tuổi trung bình 21,7±5,8 tuổi. Bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm gần nửa dân số nghiên cứu (41,7%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp chảy dịch mủ vùng cùng cụt (85,4%), lông trong nang (87,5%), đau (83,3%), lỗ rò ngoài da vùng cùng cụt (75%), khối sưng phồng (60,4%). Thời gian liền thương trung bình và tỉ lệ tái phát của các phương pháp phẫu thuật được thực hiện, rạch mở ổ viêm/cắt toàn bộ để hở vết thương là 5,6±4,2 tuần, không có ghi nhận tái phát; cắt toàn bộ xoang viêm đóng vết mổ với đường khâu nằm trên đường giữa là 5±2,1 tuần, tỉ lệ tái phát 5,3%; cắt toàn bộ xoang viêm đóng vết mổ với đường khâu nằm ngoài đường giữa (kỹ thuật Karydakis) là 7,6±4,3 tuần, không có ghi nhận tái phát; phẫu thuật nội soi đường rò là 5,3±2,9 tuần, tái phát 27,3%. Thời gian liền thương ngắn nhất là 14 ngày. Tỷ lệ thương giải phẫu bệnh 100% là lành tính, không phát hiện tế bào ác tính. Kết quả điều trị khỏi bệnh 44/48 (91,7%), tái phát 4/48 (8,3%). Thời gian liền thương trung bình 5,5±3,4 tuần. **Kết luận:** phẫu thuật cắt toàn bộ xoang viêm để hở vết thương và cắt toàn bộ đường rò, đóng vết mổ đường lệch giữa là kỹ thuật đơn giản, an toàn và hiệu quả trong điều trị viêm rò xoang lông vùng cùng cụt. **Từ khóa:** viêm nang lông vùng cùng cụt, bệnh tổ lông

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện đa khoa Hồng Ngọc

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: quachvankien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

SUMMARY**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PILONIDAL SINUS AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL**

Objective: Pilonidal sinus disease (PSD) is a chronic inflammatory condition of the sacrococcygeal region, mainly occurring in young people, a heterogeneous group of diseases, diagnosis is mainly based on clinical and there is no consensus on treatment methods. The study aims to describe some clinical and paraclinical characteristics and evaluate the results of surgical treatment of sacrococcygeal folliculitis at Viet Duc Friendship Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective study of medical records of 48 patients (38 males, 10 females, aged 15 to 39) with pilonidal sinusitis who underwent surgery at Viet Duc Friendship Hospital from June 2018 to June 2023. **Results:** The disease occurs mainly in men with a male:female ratio of approximately 4:1. The average age is 21,7±5,8 years old. Overweight and obese patients accounted for nearly half of the study population (41,7%). Common clinical symptoms include pus discharge in the sacral region (85,4%), hair in the cyst (87,5%), pain (83,3%), skin fistula in the sacral region (75%), swelling (60,4%). The average healing time and recurrence rate of the surgical methods performed, open incision/complete excision to leave the wound open was 5,6±4,2 weeks, no recurrence was recorded; total excision of the inflamed sinus with wound closure with sutures on the midline was 5±2,1 weeks, recurrence rate was 5,3%; total excision of the inflamed sinus with wound closure with sutures outside the midline (Karydakis technique) was 7,6±4,3 weeks, no recurrence was recorded; endoscopic surgery of the fistula was 5,3±2,9 weeks, recurrence rate was 27,3%. The shortest healing time was 14 days. 100% of the pathological lesions were benign, no malignant cells were detected. Treatment results: 44/48 (91,7%) were cured, 4/48 (8,3%) relapsed. Average healing time was 5,5±3,4 weeks. **Conclusion:** total sinusectomy to open the wound and cut the entire fistula, closing the incision with sutures outside the midline is a simple, safe and effective technique in the treatment of pilonidal sinusitis in the sacrococcygeal region.

Keywords: pilonidal sinusitis, pilonidal disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm nang lông vùng cùng cụt (pilonidal sinus disease - PSD) hiếm gặp, là một tình trạng nhiễm trùng dưới da vùng rãnh liên mông gần với xương cụt. Tỷ lệ mắc ước tính ở Hoa Kỳ khoảng 26/100.000, bệnh hiếm gặp lần đầu ở độ tuổi ngoài 40, nam gặp nhiều hơn nữ[1]. Nguyên nhân của bệnh vẫn là một vấn đề còn gây tranh cãi. Từ thuyết bẩm sinh cổ xưa đến thuyết nội tiết tố và mắc phải gần đây hơn và được chấp nhận rộng rãi. Các nguyên nhân chính gây ra bệnh bao gồm béo phì, ngồi lâu, tiền sử gia đình, chấn thương mãn tính và kích ứng như lái xe, vệ sinh tại chỗ kém và chứng

rậm lông[2][3]. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào biểu hiện lâm sàng xuất hiện sưng đau vùng cùng cụt hoặc có một hay nhiều lỗ rò chảy dịch mủ và/hoặc máu, có lông ở trong. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính. Chỉ định phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố và tùy từng trường hợp lâm sàng, MRI cụ thể.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị PSD khác nhau, thường áp dụng là lấy bỏ xoang lông để ngỏ hoặc khâu lại hoặc tạo hình vạt che phủ, phẫu thuật nội soi. Hiện nay cũng chưa có sự đồng thuận nào về phương pháp phẫu thuật tối ưu điều trị viêm rò xoang lông vùng cùng cụt. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Kết quả điều trị phẫu thuật viêm nang lông vùng cùng cụt tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân PSD được phẫu thuật tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Chẩn đoán giải phẫu bệnh sau mổ là viêm mô tế bào, có lông trong nang. Có đủ thông tin hồ sơ bệnh án nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Địa điểm và thời nghiên cứu: Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2023.

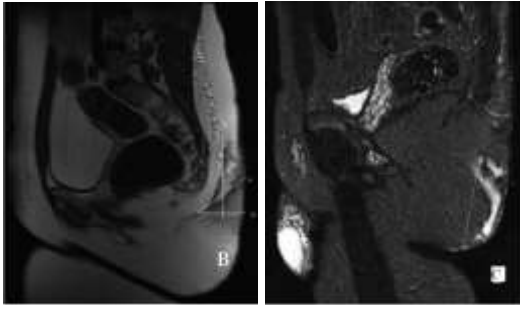
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được phân loại theo giới tính, tuổi, triệu chứng lâm sàng. Phân loại MRI dựa trên tổng chiều sâu và chiều rộng trung bình (chiều rộng + chiều sâu) /2), gồm 3 loại: Loại I: <15mm, loại II:15-30mm, loại 3: >30mm[4]





Hình 2.1: Phân loại trên MRI

x: khoảng cách từ da đến cân (độ sâu), z: độ lan rộng theo chiều ngang dưới da (chiều rộng)

A) MRI loại 1: x=9mm, z=18mm, MRI trung bình =13,5mm

B) MRI loại 2: x=15mm, z=29mm, MRI trung bình =22mm

C) MRI loại 3: x= 34mm, z= 70mm, MRI trung bình =52mm

❖ Trình tự phẫu thuật:

- Gây tê tủy sống

- Tư thế nằm sấp

* Lựa chọn phương pháp phẫu thuật: tùy thuộc vào từng giai đoạn

- Giai đoạn áp xe cấp: mở ngỏ, dẫn lưu áp xe

- Giai đoạn mạn tính

+ Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tổ chức viêm rò, phá bỏ các góc ngách, khâu lại vết mổ theo các kỹ thuật khác nhau (đóng vết mổ đường giữa, đường lệch giữa, chuyển vạt)

+ Phẫu thuật nội soi (EPSiT): Bộ dụng cụ phẫu thuật gồm dàn máy nội soi của Karlstorz, camera ống cứng có đường kính 3,2x4,8mm, dài 18cm, một điện đơn cực, bàn chải đường rò và kẹp nội soi

Bước 1: Thăm dò và chẩn đoán: Đưa optic qua lỗ rò ngoài, kiểm tra toàn bộ đường rò, các tổ chức bên trong đường rò, đường rò thứ phát..

Bước 2: Phẫu thuật: Sử dụng kẹp nội soi lấy bỏ các tổ chức viêm xơ, lông nằm bên trong đường rò, lấy bàn chải cọ sạch đường rò; dùng điện cực để đốt cầm máu và phá hủy toàn bộ thành của đường rò từ trong ra ngoài

Bước 3: Băng vết mổ

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và nhập, mã hóa và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0

2.4. Vấn đề đạo đức y học. Nghiên cứu được thực hiện khi có sự cho phép của Hội đồng thông qua Đề cương Đại học Y Hà Nội. Mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu đều được

đảm bảo bí mật. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học, không phục vụ cho mục đích nào khác

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân. Tuổi trung bình 21,7 tuổi, hay gặp 15-30 tuổi (85,5%).Hiếm gặp bệnh nhân ngoài 40 tuổi. Chỉ số khối cơ thể trung bình 24±3,8 kg/m², tỉ lệ thừa cân béo phì 41,7%. Người bệnh ở thành phố là chủ yếu 58,3%, vùng ngoại ô 25%, nông thôn và miền núi 16,7%

Bảng 3.1: Nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ%
Học sinh - sinh viên	27	56,3
Công nhân	2	4,2
Hành chính	11	22,9
Kỹ sư	1	2,1
Tự do	7	14,6

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ %
Sốt	0	0
Đau	40	83,3
Khối vùng cùng cụt	29	60,4
Chảy dịch mủ và/hoặc máu	41	85,4
Lô ngoài	36	75
Lông trong nang	42	87,5

Bảng 3.3: Thể lâm sàng, tiền sử can thiệp thủ thuật/phẫu thuật

		Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ %
Thể lâm sàng	Cấp tính	11	22,9
	Mạn tính	6	12,5
	Phức tạp	31	64,6
Tiền sử phẫu thuật	Chưa can thiệp	21	43,8
	Đã can thiệp	27	56,2

Bảng 3.4: Kết quả MRI vùng chậu

MRI vùng chậu		Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ %
Phân loại MRI	Loại I: <15 mm	13	38,2
	Loại II: 15-30 mm	19	55,9
	Loại III: >30 mm	2	5,9
Dịch/máu trong nang		34	70,8
Không có đường rò		9	26,5
1 đường rò		14	41,2
≥2 đường rò		11	32,3
Đường rò thông với cơ quan khác		0	0

Bảng 3.5: Phân loại MRI và phương pháp phẫu thuật

Phân loại MRI	Phương pháp phẫu thuật	Cắt toàn bộ, để hở	Đóng vết mổ đường giữa	Đóng vết mổ đường lệch giữa	Phẫu thuật nội soi
---------------	------------------------	--------------------	------------------------	-----------------------------	--------------------

	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %
Loại 1	3	21,4	4	28,6	3	21,4	4	28,6
Loại 2	6	33,3	8	44,4	0	0	4	22,2
Loại 3	1	5,0	0	0	1	5,0	0	0

3.3. Đặc điểm phẫu thuật. 100% bệnh nhân được vô cảm bằng phương pháp tê tùy sống.

Bảng 3.6: Tỉ lệ các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		Số bệnh nhân (n=48)	Tỉ lệ %
Cắt toàn bộ, để hở		13	27,1
Cắt toàn bộ	Đóng vết mổ đường giữa	19	39,6
	Đóng vết mổ đường lệch giữa	5	10,4
Phẫu thuật nội soi		11	22,9

3.3. Kết quả điều trị

Biến chứng: có 2/48 (4,2%) nhiễm trùng, 1/48 (2,1%) bung vết mổ, 1/48 (2,1%) chảy máu.

Thời gian nằm viện trung bình 6,7±2,5 ngày. Thời gian liền thương trung bình 5,5±3,4 tuần, nhanh nhất 2 tuần và lâu nhất 15 tuần. 8,3% tái phát, trong đó có 3 ca nội soi, 1 ca đóng vết mổ đường giữa.

Bảng 3.7: Tỉ lệ và thời gian lành thương

Thời gian lành thương (tuần)	Số bệnh nhân (n=48)	Tỷ lệ (%)
≤ 8	37	77,1
>8 - 12	4	8,3
>12 - 24	3	6,3
> 24	0	0
Tái phát	4	8,3

Bảng 3.8: Tỉ lệ tái phát của các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		Số bệnh nhân (n=48)	Tỉ lệ %
Cắt toàn bộ, để hở		0	0
Cắt toàn bộ	Đóng vết mổ đường giữa	1	5,3
	Đóng vết mổ lệch giữa	0	0
Phẫu thuật nội soi		3	27,3

Bảng 3.9: So sánh phương pháp phẫu thuật với thời gian liền thương trung bình

Phương pháp phẫu thuật	TestValue=5.5			
	n	mean	p	
Cắt toàn bộ, để hở vết thương	13	5,6±4,2	0,901	
Cắt toàn bộ	Đóng vết mổ đường giữa	19	5±2,1	0,969
	Đóng vết mổ lệch giữa	5	7,6±4,3	0,34
Phẫu thuật nội soi đường rò	11	5,3±2,9	0,802	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh.

Tuổi trung bình 21,7±5,8 thấp hơn so với nghiên cứu của Koskinen et al là 26 tuổi[5], Nurudupati

et al là 29 tuổi[7]. Hiếm gặp ở người trên 40 tuổi, nam chiếm ưu thế (79,17%) có tỉ lệ nam/nữ: 4/1, tương tự Koskinen et al, nam 77%, nữ 23%[5]

Nudurupati et al, nghề nghiệp đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của PSD, những người ngồi trong thời gian dài như sinh viên, thợ may, tài xế, khởi hành chính văn phòng[8], cũng tương ứng với nghiên cứu của chúng tôi, học sinh sinh viên (56,3%), khởi hành chính (22,9%). Nhóm người bệnh chủ yếu thuộc tầng lớp tri thức và sống chủ yếu ở trung tâm thành phố (58,3%) và vùng ngoại ô (25%), có điều kiện tiếp cận y tế dễ dàng, vì vậy mà độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới

Thừa cân và béo phì là yếu tố nguy cơ của bệnh PSD. BMI trung bình 24±3,8 tỉ lệ BMI thừa cân béo phì là 41,7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Duy với BMI trung bình 25,9±4,2, tỉ lệ thừa cân béo phì 55,8% [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Triệu chứng thường gặp là chảy dịch mủ (85,4%), đau (83,3%), có lỗ rò ngoài (75%) và khối sưng phồng vùng cùng cụt (60,4%), tiền sử can thiệp trước đó (56,2%), tương tự Nudurupati et al phổ biến là đau (92%), can thiệp trước đó (90%), phù nề (72%), tiết dịch (26%) [7].

Loại tổn thương MRI hay gặp là loại II (52,9%), tiếp là loại I (41,2%) và loại III 5,9%. Tỉ lệ tổn thương có ≤1 đường rò là 67,7%, tương tự Muayene et al, loại II 52,6%, loại I: 35,1%, loại III: 12,3% [4].

Tại Việt Nam, hệ thống y tế được phân bố theo 3 cấp bậc, tuyến cơ sở, tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Mặt khác, PSD hiếm gặp, mỗi năm tại bệnh viện Việt Đức tiếp nhận và điều trị khoảng 10 ca bệnh. Vì vậy, có thể sự hiểu biết sâu về chẩn đoán và nguyên tắc điều trị PSD tại tuyến y tế cơ sở và tuyến tỉnh còn hạn chế, do đó tỷ lệ từng can thiệp phẫu thuật/thủ thuật còn cao (54,2%) từ đó gây nên tỷ lệ tổn thương loại II có tỷ lệ cao.

48 mẫu mô học có 91,7% là viêm mạn tính, 8,3% viêm cấp tính, 89,6% phát hiện có lông trong nang. Không có tế bào ác tính, tương tự của Otutaha, không có trường hợp ác tính[10]. Một nghiên cứu của Tây Ban Nha về 3729 mẫu mô học có 3 mẫu ác tính (SCC), 1 mẫu ung thư biểu mô tế bào đáy. Độ tuổi trung bình của bệnh

nhân SCC là 54,2 tuổi, với thời gian tiến triển tổn thương trung bình là 20,6 năm. Thời gian theo dõi trung bình là 5 năm, không tử vong. Theo tác giả, kiểm tra mô học thường quy dường như là không cần thiết, tuy nhiên nên cân nhắc ở những bệnh nhân trên 50 tuổi[9].

4.3. Phương pháp phẫu thuật. Phẫu thuật điều trị PSD rất đa dạng và phần lớn là dựa theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên như cắt mở đường rò để hở, đóng vết mổ đường giữa hoặc đường lệch giữa, nội soi. Tuy nhiên chưa có phương pháp nào phẫu thuật nào được chấp nhận rộng rãi như là tiêu chuẩn để điều trị PSD. Trong khi còn tranh cãi về lựa chọn phẫu thuật, tất cả đều đồng ý rằng phần mô lành nên được bảo tồn càng nhiều càng tốt để thúc đẩy quá trình lành vết thương. Cắt bỏ một đoạn lớn mô được duy nhất có liên quan tới tăng tỷ lệ tái phát và tỷ lệ biến chứng[10].

Bảng 3.10: So sánh lựa chọn phương pháp phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi với Nudurupati và Brow

Các phương pháp phẫu thuật	Nghiên cứu của chúng tôi	Nudurupati	Brow et al
Cắt toàn bộ, để hở	27,1%	8%	10,2%
Đóng vết mổ đường giữa	39,6%	14%	15,8%
Kỹ thuật Karydakis	10,4%		34,2%
Chuyển vạt		56%	4,5%
Phẫu thuật nội soi	22,9%		9,3%
Phẫu thuật Bascom			18%

4.4. Kết quả điều trị. Tỷ lệ biến chứng 8,3%, thấp hơn so với Brown et al là 26%.

Thời gian liền thương trung bình 5,5±3,4 tuần, nhanh nhất 2 tuần và lâu nhất 15 tuần. Tái phát 8,3%, tương tự với Steven R. Brown, thời gian liền thương trung bình 5,6 tuần, ngắn nhất 3,8 tuần, lâu nhất 7,5 tuần, tái phát 9,6%. Thời gian liền thương trung bình giữa các phương pháp phẫu thuật không có sự khác biệt ($p=0,162$). Không có sự khác biệt giữa thời gian liền thương của các phương pháp phẫu thuật so với thời gian liền thương trung bình ($p>0,05$).

Nhóm phẫu thuật để hở vết thương có thời gian liền thương 5,6±4,2 tuần ngắn hơn so với nghiên cứu của Nudurupati et al 6,3 tuần[8]. Tại trung tâm hậu môn trực tràng bệnh viện Việt Đức, trong quá trình chăm sóc hậu phẫu bệnh nhân thường được kết hợp hút áp lực âm tại vết mổ (liệu pháp VAC), giúp kích thích tăng mô hạt, thúc đẩy quá trình liền thương. Phẫu thuật nội soi, thời gian liền thương tương trung bình đối ngắn 5,3±2,9 tuần, ngắn nhất là 2 tuần do phẫu

thuật nội soi có ưu thế vết mổ nhỏ, chăm sóc hậu phẫu dễ dàng.

Phương pháp phẫu thuật được áp dụng phổ biến nhất là cắt toàn bộ đóng vết mổ đường giữa (39,6%) tái phát 5,3%, cắt bỏ ổ viêm để hở vết thương (27,1%), phẫu thuật nội soi (22,9%) tái phát 27,3% và kỹ thuật Karydakis (10,4%) không ghi nhận tái phát. Khi so sánh với phẫu thuật đóng vết mổ đường giữa, đường lệch giữa có tỷ lệ tái phát thấp hơn. Mục tiêu chính của các thủ thuật này là di chuyển vết sẹo sang một bên để giảm sức căng vết mổ và kích ứng da ở rãnh liên mông[8].

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 48 bệnh nhân PSD, có tỉ lệ nam:nữ là 4:1, độ tuổi trung bình là 21,7±5,8 tuổi. Thừa cân và béo phì, tính chất nghề nghiệp ngồi lâu (học sinh và nhân viên hành chính) là những yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh.

Triệu chứng thường gặp là chảy dịch mủ ở vùng cụt (85,4%), đau (83,3%), lỗ rò ngoài (75%) và khối sưng phồng (60,4%), phần lớn bệnh nhân có tiền sử can thiệp trước đó (56,2%). Thể lâm sàng phức tạp chiếm ưu thế.

Phẫu thuật điều trị PSD tỉ lệ khỏi 91,7%, tái phát 8,3% với thời gian liền thương trung bình 5,5±3,4 tuần. Phẫu thuật cắt toàn ổ viêm để hở vết thương trong giai đoạn áp xe cấp tính và kỹ thuật khâu vết thương nằm ngoài đường giữa có ưu thế hơn về tỉ lệ khỏi bệnh so với các phương pháp cắt toàn bộ ổ viêm đóng vết mổ đường giữa hay phương pháp phẫu thuật nội soi đường rò.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Loganathan A, Zadeh RA, Hartley J. Pilonidal disease: time to reevaluate a Common Pain in the Rear! Dis Colon Rectum. 2012; 55:491-493
2. Albabtain IT, Alkhalidi A, Aldosari L, Alsaadon L. Pilonidal sinus disease recurrence at a tertiary care center in Riyadh. Ann Saudi Med 2021;41:179-85.
3. Thompson MR, Senapati A, Kitchen P. Simple day-case surgery for pilonidal sinus disease. Br J Surg 2011;98:198-209.
4. Muayene, Pilonidal Sinüs Hastalığının Fizik, Ultrasonografi ve Manyetik, and Rezonans Görüntüleme Bulgularına Göre Sınıflaması. "Classification of pilonidal sinus disease according to physical examination, ultrasonography and magnetic resonance imaging findings." Turk J Colorectal Dis 30 (2020): 261-267.
5. Koskinen, K., J. Harju, and K. Hermunen. "Long-term results for pit-picking and flap procedures in primary pilonidal sinus disease." BMC surgery 23,1 (2023): 99.
6. Nguyễn Hoàng Duy. Đánh giá kết quả điều trị bệnh tổ lông vùng cụt. Luận văn thạc sỹ. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. 2020.

7. **Nudurupati, Raja Rao; Akunuri, Ravi Kamal Kumar; Kutikuppala, L. V. Simhachalam¹; Ponnaganti, Sai Venkata Kalyani²; Suvvari, Tarun Kumar²,** A clinical study on incidence, risk factors, presenting conditions, and outcome of various surgical procedures in the management of pilonidal sinus. Journal of Medical Society 37(2):p 94-98, May-Aug 2023, | DOI: 10.4103/jms.jms_19_23.
8. **Muayene, Pilonidal Sinüs Hastalığının Fizik, Ultrasonografi ve Manyetik, and Rezonans Görüntüleme Bulgularına Göre Sınıflaması.** "Classification of pilonidal sinus disease according to physical examination, ultrasonography and magnetic resonance imaging findings." Turk J Colorectal Dis 30 (2020): 261-267.
9. **Otutaha, Bacil, et al.** "Pilonidal sinus: is histological examination necessary?." ANZ Journal of Surgery 91.7-8 (2021): 1413-1416.
10. **Ashey, E. Humphries và J. E. Duncan.** Evaluation and management of pilonidal disease. Surg Clin North Am. 2010; 90(1), 113-24.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG DẠ DÀY- TÁ TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 3,4,5 CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THỂ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Nguyễn Thị Hiền^{1,2}, Nguyễn Trường Sơn^{1,3,4},
Đào Việt Hằng¹, Nguyễn Văn Hiếu³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương dạ dày- tá tràng theo thang điểm Lanza sửa đổi trên bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 chưa điều trị thay thế tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 118 bệnh nhân ≥ 60 tuổi mắc bệnh thận mạn giai đoạn 3,4,5 chưa điều trị thay thế từ tháng 10/2023 đến tháng 8/2024. Tất cả bệnh nhân được nội soi dạ dày-thực quản để đánh giá tổn thương theo thang điểm Lanza sửa đổi (m-Lanza). **Kết quả:** 98 bệnh nhân chỉ có tổn thương tại dạ dày và 20 bệnh nhân có tổn thương ở cả dạ dày và tá tràng. Tuổi trung bình $78,9 \pm 5,9$ tuổi, nam/nữ xấp xỉ 6/1, thời gian mắc bệnh trung bình $4,2 \pm 2,5$ năm. Biểu hiện lâm sàng thường gặp đau thượng vị (47,5%), tiếp theo đầy bụng (27,1%), chỉ có 10 bệnh nhân đại tiện phân đen. Ở dạ dày, tổn thương thường gặp là xung huyết, phù nề với tỉ lệ lần lượt 97,5% và 93,2%, điểm m-Lanza chủ yếu là 3 điểm. Ở tá tràng, ít gặp tổn thương phù nề, xung huyết (14,4% và 16,1%), điểm m-Lanza chủ yếu là 5 điểm. Tỉ lệ gặp tổn thương loét dạ dày ở nhóm bệnh thận giai đoạn 4 là 50% cao hơn các giai đoạn còn lại, $p < 0,05$. **Kết luận:** Đối với bệnh nhân thận mạn cao tuổi giai đoạn 3,4,5, hình ảnh nội soi ở dạ dày chủ yếu là phù nề, xung huyết, ở tá tràng chủ yếu là loét tá tràng.

Từ khóa: Người cao tuổi, bệnh thận mạn, thang điểm Lanza sửa đổi

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị

³Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: nguyentruongsongbm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024

GASTRODUODENAL LESIONS IN ELDERLY PATIENTS WITH STAGE 3,4,5 CHRONIC KIDNEY DISEASE WITHOUT REPLACEMENT THERAPY AT FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: To describe the characteristics of gastroduodenal lesions using the Modified Lanza Score in elderly patients with chronic kidney disease stages 3,4,5 who have not undergone replacement therapy at Friendship Hospital. **Population and methods:** A cross-sectional study on 118 patients aged ≥ 60 years with CKD stage 3,4,5 who had not yet received replacement therapy from October 2023 to August 2024. All patients undergone upper gastrointestinal endoscopy to evaluate lesions by modified Lanza score. **Results:** 98 patients had gastric lesions and 20 patients had gastroduodenal lesions. The mean age was 78.9 ± 5.9 years, male/female ratio of approximately 6/1; and the average disease duration 4.2 ± 2.5 years. The most common symptom was epigastric pain (47.5%), bloating (27.1%). Only 10 patients had melena. In the stomach, the most common lesions were hyperemia and edema, with rates of 97.5% and 93.2%, the common m-Lanza was 3. In the duodenum, edema and hyperemia were less common (14.4% and 16.1%), the common m-Lanza was 5. There is a correlation between gastric ulcer lesions and the stages of chronic kidney disease, $p < 0.05$ (iv). **Conclusion:** In elderly patients with chronic kidney disease at stages 3, 4, 5, upper gastrointestinal endoscopic images showed the most common lesions were hyperemia and edema in the stomach and ulcers in the duodenum.

Keywords: Elderly, chronic kidney disease, Modified Lanza Score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là một trong những nguyên nhân gây tử vong thường gặp và có tỉ lệ ngày càng gia tăng, ước tính ảnh hưởng đến 843,6 triệu người trên toàn cầu (năm 2017)¹. Bệnh thận mạn gây ra nhiều biến chứng ở các cơ