

Vùng nhồi máu lúc nhập viện				
Thành trước	41,1%	43,9%	36,6%	0,452
Trước vách	14,0%	13,6%	14,6%	0,885
Trước mỏm	10,3%	9,8%	10,6%	0,888
Thành bên	2,8%	2,4%	3,0%	0,857
Thành sau	4,7%	1,5%	9,8%	0,051
Thành dưới	45,8%	48,5%	41,5%	0,479
Thất phải	11,2%	16,7%	2,4%	0,023
Có hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn	14,0%	4,6%	17,1%	0,030
Tương thích chẩn đoán	89,7%	89,4%	90,2%	0,888

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có hỗ trợ tuần hoàn, hô hấp và tỷ lệ bệnh nhân có vùng nhồi máu thất phải tại thời điểm nhập viện khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân có hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn ở nhóm bệnh nhân có thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút cao hơn (17,1% so với 4,6%, $p = 0,030$). Tỷ lệ bệnh nhân có vùng nhồi máu thất phải ở nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút cao hơn (16,7% so với 2,4%, $p = 0,023$).

Bảng 4. Phân tích đặc điểm cận lâm sàng giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Hs Troponin I, ng/L	2913 (518 – 9279)	3047 (339 – 9279)	2558 (1146 – 8658)	0,717
CK-MB, U/L	124(41 – 284)	127(40 – 319)	117,5(53 – 253)	0,640
NT – proBNP, ng/L	325(131–1051)	293(111–1038)	375(134–1411)	0,500
Creatinin huyết thanh, mg/dL	0,9 ± 0,4	1,0 ± 0,4	1,1 ± 0,3	0,110
Độ lọc cầu thận ≤ 60 mL/phút/1,73 m ²	19,63%	9,1%	36,6%	<0,001
LDL cholesterol, mg/dL	134(111 – 172)	130,1(108 – 171)	138(124 – 172)	0,586

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ lọc cầu thận ước tính giữa 2 nhóm. Nhóm có thời gian cửa dây – dẫn không đạt mục tiêu có tỷ lệ bệnh nhân độ lọc cầu thận ≤ 60 mL/phút/1,73m² cao hơn so với nhóm có thời gian cửa – dây dẫn đạt mục tiêu với (36,6% so với 9,1%, $p < 0,001$).

Bảng 5. Phân tích đặc điểm điện tâm đồ giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Tần số tim cơ bản, lần/phút	79,8 ± 19,6	79,1 ± 18	80,8 ± 22,1	0,665
Độ chênh ST > 2mm	34,6%	45,4%	17,1%	0,003
Hình ảnh soi gương	33,6%	40,9%	22%	0,084

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân nhóm độ chênh giữa 2 nhóm, nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút có tỷ lệ bệnh nhân có độ chênh của đoạn ST > 2mm cao hơn (45,4% so với 17,1%, $p = 0,003$).

Bảng 6. Phân tích đặc điểm can thiệp mạch vành giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Vị trí đặt kim:				
Động mạch quay phải	90,6%	93,9%	85,4%	0,139
Động mạch đùi phải	9,4%	6,1%	14,6%	
Mạch vành ưu thế:				
Ưu thế phải	93,5%	97,0%	97,6%	0,857
Ưu thế trái	6,5%	3,0%	2,4%	
Động mạch thủ phạm:				
Nhánh liên thất trước	54,1%	54,6%	55,0%	

Nhánh mũ	8,5%	6,0%	12,5%	
Nhánh vành phải	37,4%	39,4%	32,5%	0,463
Đặc điểm tổn thương:				
Bệnh 1 nhánh	29,9%	31,8%	26,8%	0,584
Bệnh 2 nhánh	26,2%	34,9%	12,2%	0,080
Bệnh 3 nhánh	34,6%	25,8%	48,8%	0,015
Bệnh 2 nhánh + Thân chung	2,8%	4,5%	0%	0,077
Bệnh 3 nhánh + Thân chung	6,5%	3,0%	12,2%	0,062
Vỡ hóa mạch vành	15%	13,6%	17,1%	0,628
Huyết khối mạch vành	48,6%	48,5%	48,8%	0,976

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về đặc điểm tổn thương mạch vành. Cụ thể, tỉ lệ bệnh nhân bệnh 3 nhánh mạch vành ở nhóm thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút cao hơn (48,8% so với 34,9%, $p = 0,015$).

Bảng 7. Các yếu tố liên quan đến thời gian cửa – dây dẫn

Đặc điểm	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Thời gian khởi phát triệu chứng	0,96 (0,93 – 1,00)	0,003
Bệnh nhân được chuyển viện	1,67 (1,06 – 2,64)	0,008
Hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn	0,46 (0,18 – 1,20)	0,03
Độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m ²	0,41 (0,21 – 0,82)	<0,001
Độ chênh > 2mm	1,58 (1,20 – 2,08)	0,002
Bệnh 3 nhánh mạch vành	0,66 (0,45 – 0,96)	0,015

Nhận xét: Bệnh nhân được nhập viện thông qua hình thức chuyển viện thì khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa-dây dẫn cao hơn gấp 1,67 lần so với bệnh nhân nhập viện không qua hình thức chuyển viện (bệnh nhân tự đến bệnh viện hoặc được người thân đưa đến bệnh viện) ($p = 0,008$). Bệnh nhân có sự hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn thì khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa-dây dẫn bằng 0,46 lần so với bệnh nhân không có sự hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn ($p = 0,03$). Yếu tố độ lọc cầu thận ước tính cũng là một yếu tố được dự đoán có liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn. Những bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² có khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa -dây dẫn bằng 0,41 lần so với bệnh nhân có Độ lọc cầu thận ước tính >60 mL/phút/1,73 m² ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Khi tiến hành phân tích, chúng tôi ghi nhận thời gian khởi phát triệu chứng hơn kém nhau 1 giờ thì sẽ có chênh lệch trì hoãn thời gian cửa – dây dẫn bằng 0,96 (KTC 95%: 0,93 – 1,00, $p = 0,003$). Trong nghiên cứu của Võ Văn Thắng, tỉ lệ thời gian từ khi khởi phát triệu chứng ≤ 6 giờ giữa nhóm thời gian cửa – bóng > 120 phút và ≤ 120 phút không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với tỉ lệ ở nhóm đạt mục tiêu thời gian trong nghiên cứu là 23,2 % so với 76,8% ở nhóm không đạt mục tiêu ($p = 0,436$) [4]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura. Ở nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với 2283 bệnh nhân NMCT cấp ST chênh

lên, những bệnh nhân có giấy giới thiệu chuyển tuyến từ các phòng khám tại địa phương trong nghiên cứu giảm tỉ lệ trì hoãn thời gian cửa – bóng 0,66 lần so với nhóm không có giấy chuyển từ phòng khám địa phương (OR 0,66; KTC 95% 0,53 – 0,83) [3]. Nghiên cứu của tác giả Tsukui và Takunori cũng ghi nhận những bệnh nhân được chuyển từ bệnh viện hoặc phòng khám khác đến trung tâm can thiệp mạch vành có thời gian cửa – bóng thấp hơn 3,43 lần (KTC 95%: 1.72–6.83, $p < 0.001$) [5].

Bệnh nhân có sự hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn thì khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa – dây dẫn bằng 0,46 lần (KTC 95%: 0,18 – 1,20) so với bệnh nhân không có sự hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn ($p = 0,03$). Nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura cũng ghi nhận kết quả tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy biến số độc lập trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura và cộng sự là sự hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO. Trong nghiên cứu này, tác giả ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân cần sự hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO ở nhóm có thời gian cửa – bóng không đạt mục tiêu cao hơn nhóm có thời gian đạt mục tiêu (23,2% với IABP và 3,3% với VA-ECMO so với 17,2% và 2,3%, $p < 0,001$). Khi đưa vào phân tích đa biến, tác giả nhận thấy nhóm bệnh nhân có hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO được dự đoán trì hoãn thời gian cửa – bóng cao hơn và gấp 1,31 lần (KTC 95%: 1,02-1,70) [3] so với những bệnh nhân không hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO. Những bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² có khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa-dây dẫn bằng 0,41 lần (0,21-0,82, p

<0,001) so với nhóm còn lại. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura. Trong nghiên cứu này, tác giả cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có thời gian cửa – bóng đạt và không đạt mục tiêu về tỉ lệ bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m², với tỉ lệ bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² ở nhóm có thời gian cửa – bóng không đạt mục tiêu cao hơn (39,2% so với 31,1%, $p < 0,001$) [3]. Nghiên cứu của Wen Jun Sim và cộng sự cho thấy những trường hợp bệnh nhân có tổn thương mạch vành phức tạp, khó tiếp cận thì khả năng thời gian cửa – bóng trì hoãn cao hơn, các trường hợp này chiếm 14% trong nghiên cứu của Wen Jun Sim [6].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn bao gồm thời gian từ khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện; bệnh nhân nhập viện qua hình thức chuyển viện; bệnh nhân được hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn;

độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m²; độ chênh của đoạn ST > 2 mm; bệnh nhân có bệnh 3 nhánh mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thygesen K., et al.** Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). 2018. **72**(18). p.2231-2264.
2. **Bộ Y tế.** Quyết định 2187/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp. 2019. p.19-29.
3. **Ikemura N, et al.** Barriers associated with door-to-balloon delay in contemporary Japanese practice. 2017. CJ-16-0905.
4. **Võ Văn Thắng, Nguyễn Trung Kiên.** Khảo sát thời gian cửa-bóng trong can thiệp mạch vành tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2017-2018. Luận văn chuyên khóa cấp 2. 2019.
5. **Tsukui T, et al.** Determinants of short and long door-to-balloon time in current primary percutaneous coronary interventions. 2018.**33**.p.498-506.
6. **Sim WJ, et al.** Causes of delay in door-to-balloon time in south-east Asian patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. 2017. **12**(9). p.e0185186.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Lưu Điền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nguyên nhân thường do sỏi túi mật, có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng nếu không điều trị kịp thời. **Mục tiêu:** Đánh giá điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân trên 60 tuổi được chẩn đoán xác định trước mổ là viêm túi mật cấp do sỏi và được mổ cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Tp. Cần Thơ thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1/2,39, với 83,6% bệnh nhân nhập viện trong vòng 72 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng đau. Về kết quả điều trị, 86,9% bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 90 phút. Sau mổ, 57,4% bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp, 24,6%

viêm túi mật hoại tử, và 18% viêm phúc mạc mật. Kết quả sớm sau mổ chủ yếu là tốt (85,2%) và trung bình (14,8%), không có trường hợp nào có kết quả kém. Kết quả sớm sau mổ có mối liên hệ với thời gian đau trước khi nhập viện và thời gian mổ, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phương pháp điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn, có hiệu quả tốt, ít gây biến chứng trên người lớn tuổi. **Từ khóa:** viêm túi mật cấp, cắt túi mật nội soi, kết quả điều trị

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF ACUTE CHOLECYSTITIS CAUSED BY GALLSTONES WITH LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE ELDERLY PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Acute cholecystitis is a common surgical emergency, usually caused by gallstones, and can lead to severe complications if not treated promptly. **Objectives:** To evaluate the treatment of acute cholecystitis caused by gallstones with laparoscopic cholecystectomy in the elderly at Can Tho City General Hospital. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 61

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú
Email: lvphu@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 8.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 14.3.2025

patients over 60 years old who were preoperatively diagnosed with acute cholecystitis caused by gallstones and underwent laparoscopic cholecystectomy at Can Tho City General Hospital from January 2021 to October 2021. **Results:** The male/female ratio in the study was 1/2.39, with 83.6% of patients being admitted within 72 hours of the onset of pain symptoms. Regarding treatment outcomes, 86.9% of patients had surgery lasting more than 90 minutes. Postoperatively, 57.4% of patients were diagnosed with acute cholecystitis, 24.6% with necrotizing cholecystitis, and 18% with biliary peritonitis. Early postoperative results were primarily good (85.2%) and moderate (14.8%), with no cases of poor outcomes. Early postoperative results were significantly associated with the duration of pain before admission and the duration of surgery, with $p < 0.05$. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis caused by gallstones is a safe and effective treatment method with low complication rates in the elderly. **Keywords:** acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, treatment outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp (VTMC) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng như: hoại tử, viêm mủ, áp xe túi mật, thủng mật phúc mạc, thậm chí viêm phúc mạc do hoại tử thủng túi mật. Nguyên nhân gây nên VTMC thường gặp nhất là do sỏi túi mật, chiếm 90 – 95% các trường hợp được ghi nhận [1]. Ngày nay, khi đời sống, kinh tế được phát triển, lối sống và chế độ ăn uống cũng thay đổi theo. Chế độ ăn giàu đạm và chất béo ngày càng thay thế cho các chế độ ăn nghèo năng lượng, vì vậy các bệnh lý về đường tiêu hóa và đường mật ngày càng phổ biến. Ở Mỹ, sỏi và viêm túi mật là chẩn đoán phổ biến thứ 6 ở khoa cấp cứu về các bệnh liên quan đến đường tiêu hóa, gan, mật, tụy [2]. Trong khi đó, ở Úc đã có tới 800,000 ca cắt túi mật được thực hiện từ năm 2004 đến năm 2019 [3]. Trước tình hình đó, điều trị cắt túi mật nội soi đã được thử nghiệm và dần được áp dụng vào lâm sàng. Các kết quả điều trị đã khẳng định được tính ưu việt của phương pháp mổ nội soi so với mổ mở (giảm đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, thời gian phục hồi nhanh và sớm trở về hoạt động bình thường).

Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu về ứng dụng cắt túi mật nội soi điều trị viêm túi mật cấp, nhưng ít nghiên cứu ở bệnh nhân cao tuổi có bệnh nền. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu nhằm đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân cao tuổi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là viêm túi mật cấp do sỏi và được điều trị cắt túi mật bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân không phân biệt giới, từ 60 tuổi, được chẩn đoán xác định là viêm túi mật cấp do sỏi và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được mổ cắt túi mật nội soi nhưng kết quả giải phẫu bệnh không phải VTMC.
- Bệnh nhân VTMC có sỏi ống mật chủ.
- Bệnh nhân viêm túi mật cấp không do sỏi
- Bệnh nhân bị sốc nhiễm trùng, nhiễm độc, suy tạng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện 40 bệnh nhân không phân biệt giới, trên 60 tuổi, được chẩn đoán xác định trước mổ là viêm túi mật cấp do sỏi và được mổ cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ thỏa yêu cầu chọn mẫu trong khoảng thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021.

Nội dung nghiên cứu: Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, tuổi, thời gian đau trước khi nhập viện.

- Kết quả điều trị sỏi túi mật: Thời gian phẫu thuật, chẩn đoán sau mổ, kết quả sớm sau mổ. Trong đó, kết quả sớm sau mổ được chia thành 3 mức độ, cụ thể:

+ Kết quả tốt: Diễn biến trong và sau mổ thuận lợi, khả năng phục hồi nhanh, ra viện sau 2 – 4 ngày phẫu thuật, hơi đau, không sốt, vết mổ không nhiễm khuẩn.

+ Kết quả trung bình: Diễn biến trong và sau mổ thuận lợi, đau, khả năng phục hồi trung bình, ra viện sau 5 – 7 ngày phẫu thuật, không sốt hoặc sốt nhẹ và hết hẳn sốt trước khi ra viện, vết mổ nhiễm khuẩn nhẹ.

+ Kết quả kém: Chuyển mổ mở, diễn biến trong và sau mổ không thuận lợi, đau không chịu nổi, khả năng phục hồi chậm, ra viện sau 7 ngày phẫu thuật, có biến chứng nặng xảy ra. Tái phát các bệnh mãn tính hay nặng hơn lên các bệnh kết hợp.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo mẫu phiếu in sẵn, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS để đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	18	29.5
	Nữ	43	70.5
Tuổi	60 - <70	37	60.7
	70 - <80	16	26.2
	≥ 80	8	13.1
Thời gian đau tới khi nhập viện	< 72 giờ	51	83.6
	≥ 72 giờ	10	16.4

Nhận xét: Nữ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nam với 70,5%, tỷ lệ nam/nữ là 1/2,39. Nhóm tuổi chiếm đa số là từ 60 đến dưới 70 tuổi với 60,7%. Đa số các bệnh nhân nhập viện trong vòng 72 giờ tính từ thời điểm xuất hiện triệu chứng đau.

3.2. Kết quả điều trị sỏi túi mật

Bảng 2. Kết quả điều trị

Nội dung		n	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật	≤ 90 phút	8	13,1
	> 90 phút	53	86,9
Chẩn đoán sau mổ	Viêm túi mật cấp	35	57,4
	Viêm túi mật hoại tử	15	24,6
	Viêm phúc mạc mật	11	18,0
Kết quả sớm sau mổ	Tốt	52	85,2
	Trung bình	9	14,8

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trên 90 phút chiếm nhiều nhất (86,9%). Hơn một nửa các trường hợp được chẩn đoán sau mổ là viêm túi mật cấp (57,4%), theo sau là viêm túi mật hoại tử (24,6%) và viêm phúc mạc mật (18%). Kết quả sớm sau mổ chủ yếu là tốt (85,2%) và trung bình (14,8%), không có kết quả kém.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

Bảng 3. Mối liên hệ giữa thời gian đau trước nhập viện với kết quả sớm sau mổ

Thời gian đau trước khi nhập viện	Kết quả sớm sau mổ		p
	Tốt n(%)	Trung bình n(%)	
< 72 giờ	46 (90,2)	5 (9,8)	0.014
≥ 72 giờ	6 (60,0)	4 (40,0)	

Nhận xét: Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả sớm sau mổ và thời gian đau trước khi nhập viện với $p = 0,014$. Nhóm thời gian đau trước khi nhập viện < 72 giờ có kết quả tốt hơn so với nhóm thời gian đau trước khi nhập

viện ≥ 72 giờ (90,2% so với 60,0%).

Bảng 4. Mối liên hệ giữa thời gian phẫu thuật với kết quả sớm sau mổ

Thời gian phẫu thuật	Kết quả sớm sau mổ		p
	Tốt n(%)	Trung bình n(%)	
≤ 90 phút	8 (100)	0 (0)	0.005
> 90 phút	25 (47,2)	28 (52,8)	

Nhận xét: Mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết quả sớm sau mổ và thời gian phẫu thuật với $p = 0,005$. Nhóm thời gian phẫu thuật ≤ 90 phút có kết quả tốt hơn so với thời gian phẫu thuật > 90 phút (100% so với 47,2%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Qua nghiên cứu 61 bệnh nhân viêm túi mật cấp (VTMC) từ 60 tuổi trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận một số kết quả đáng chú ý về các đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân:

Về giới tính, tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế với 70,5%, trong khi tỷ lệ nam giới chỉ đạt 29,5%, với tỷ lệ nam/nữ là 1/2,39. Kết quả này hoàn toàn tương đồng với các nghiên cứu trước đây, chẳng hạn như nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải, trong đó tỷ lệ nam/nữ là 1/3 [4], hay nghiên cứu của Trần Kiến Vũ với tỷ lệ là 1/5 [5]. Điều này cho thấy có sự chênh lệch đáng kể giữa tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ, và hiện tượng này có thể phản ánh đặc điểm sinh lý hoặc các yếu tố nguy cơ khác biệt giữa hai giới. Tuy nhiên, điều này vẫn cần phải được nghiên cứu kỹ lưỡng để xác định nguyên nhân chính xác.

Về nhóm tuổi, chúng tôi chia bệnh nhân thành ba nhóm tuổi theo bảng 1. Nhóm từ 60 đến dưới 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 60,7%, nhóm từ 70 đến dưới 80 tuổi chiếm 26,2% và nhóm trên 80 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 13,2%. Các kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đây. Theo tác giả Trần Thiện Trung, độ tuổi thường gặp của viêm túi mật cấp do sỏi túi mật là trên 59 tuổi, trong đó bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 32,7% [6]. Một nghiên cứu khác của Lê Trung Hải và cộng sự [7], tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, ghi nhận độ tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi, chiếm tới 73,3%. Các kết quả này đều ủng hộ nhận định rằng các bệnh nhân VTMC có độ tuổi thường gặp là trên 60 tuổi. Điều này cũng phù hợp với xu hướng chung của xã hội khi tỷ lệ mắc các bệnh lý liên quan đến túi mật, đặc biệt là viêm túi mật cấp, tăng lên cùng với sự gia tăng tuổi tác. Khi con người bước vào giai đoạn lão hóa, các chức năng của hệ tiêu hóa, đặc biệt là

gan và túi mật, sẽ dần suy giảm, tạo điều kiện cho các bệnh lý như sỏi mật và viêm túi mật cấp phát triển. Vì vậy, việc lựa chọn phương pháp điều trị cho nhóm bệnh nhân này cần được xem xét kỹ lưỡng, đặc biệt là khi đối diện với những bệnh nhân cao tuổi có nhiều bệnh lý nền và sức khỏe yếu [5].

Về thời điểm nhập viện, chúng tôi ghi nhận rằng 51 trường hợp (83,6%) nhập viện trong vòng 72 giờ sau khi có triệu chứng đầu tiên và chỉ có 10 trường hợp (16,4%) nhập viện sau 72 giờ. Đây là một yếu tố quan trọng vì thời gian nhập viện càng sớm, khả năng điều trị và can thiệp sớm càng cao, giúp giảm thiểu nguy cơ biến chứng và cải thiện kết quả phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân sau khi được chẩn đoán và xét nghiệm chuẩn bị phẫu thuật đều được tiến hành mổ trong vòng 72 giờ, không có trường hợp nào phải mổ sau thời gian này. Điều này phản ánh một sự chú trọng đặc biệt trong việc chẩn đoán và điều trị VTMC kịp thời tại bệnh viện. Các bệnh nhân được phẫu thuật sớm có khả năng phục hồi tốt hơn, giảm thiểu các biến chứng sau phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Vũ Bích Hạnh [8] với 60 trường hợp điều trị VTMC, trong đó 17 trường hợp (28,3%) nhập viện trong vòng 72 giờ và 43 trường hợp (71,6%) nhập viện sau 72 giờ. Việc nhập viện sau 72 giờ có thể làm tăng nguy cơ các biến chứng nghiêm trọng như thủng túi mật, nhiễm trùng ổ bụng, hoặc viêm tụy cấp, gây khó khăn trong quá trình điều trị và tăng tỷ lệ tử vong.

4.2. Kết quả điều trị và các yếu tố liên quan. Qua nghiên cứu 61 bệnh nhân viêm túi mật cấp (VTMC), chúng tôi ghi nhận có 8 trường hợp mổ trong vòng 90 phút (13,1%) và 53 trường hợp thời gian mổ dài hơn 90 phút (86,9%). Thời gian mổ dài hơn 90 phút là một yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật, do phẫu thuật viên phải đối diện với những khó khăn trong quá trình mổ như tình trạng tổn thương nặng nề của túi mật hoặc túi mật bị viêm dính nhiều. Trong 61 trường hợp, chẩn đoán sau mổ như sau: 35 trường hợp được chẩn đoán là viêm túi mật cấp (57,4%), 15 trường hợp là viêm túi mật hoại tử (24,6%) và 11 trường hợp là viêm phúc mạc mật (18%). Những chẩn đoán này phản ánh mức độ nặng của bệnh và tình trạng viêm nhiễm, điều này là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến phương pháp điều trị và kết quả phục hồi của bệnh nhân.

Về kết quả điều trị, đa số các bệnh nhân có kết quả tốt (85,2%), trong khi 14,8% có kết quả trung bình và không có bệnh nhân nào có kết quả kém. Đây là một kết quả khả quan, cho thấy phương pháp điều trị và phẫu thuật tại bệnh viện

của chúng tôi khá hiệu quả. So với các nghiên cứu khác, kết quả của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Lê Quang Minh [9], trong đó tỷ lệ kết quả tốt là 81,9% - 83,3%, tỷ lệ kết quả trung bình là 11,6% - 18,1%. Các kết quả này đều cho thấy rằng phương pháp điều trị bằng cắt túi mật nội soi là một phương pháp an toàn, hiệu quả và có khả năng giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng so với các phương pháp phẫu thuật mở truyền thống.

Dựa trên các số liệu thu thập được từ các nghiên cứu trong nước, kết quả của chúng tôi cũng có sự tương đồng với các nghiên cứu của Trần Kiến Vũ [5] và Vũ Bích Hạnh [8]. Những nghiên cứu này đều khẳng định rằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi là phương pháp hiệu quả, giúp bệnh nhân có thời gian nằm viện ngắn, giảm thiểu tai biến và biến chứng, đồng thời giảm tỷ lệ tử vong. Đây là những yếu tố quan trọng mà các bác sĩ cần xem xét khi lựa chọn phương pháp điều trị cho bệnh nhân viêm túi mật cấp.

Đặc biệt, khi xét mối liên quan giữa thời gian đau trước nhập viện và thời gian mổ với kết quả sớm sau mổ, chúng tôi nhận thấy rằng các trường hợp có thời gian đau trước nhập viện trong vòng 72 giờ và thời gian mổ trong vòng 90 phút có kết quả sau mổ tốt hơn so với các nhóm khác. Các kết quả này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,014$; $p = 0,005$). Điều này cho thấy rằng việc can thiệp sớm và tiến hành phẫu thuật trong thời gian ngắn có thể giúp bệnh nhân hồi phục nhanh chóng và giảm thiểu các biến chứng hậu phẫu. Thời gian đau trước nhập viện càng ngắn càng cho thấy mức độ bệnh chưa quá nghiêm trọng, giúp việc phẫu thuật trở nên dễ dàng và hiệu quả hơn.

Mặc dù phương pháp cắt túi mật nội soi cho thấy nhiều ưu điểm vượt trội trong điều trị viêm túi mật cấp, nhưng thời gian mổ và thời gian đau trước nhập viện vẫn có ảnh hưởng nhất định đến kết quả sớm sau mổ. Tổn thương viêm túi mật hoại tử, một dạng bệnh lý nghiêm trọng, thường kèm theo viêm dính nhiều, túi mật căng to, phù nề và dễ chảy máu. Những yếu tố này làm tăng độ khó trong quá trình phẫu thuật, kéo dài thời gian mổ và trực tiếp ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của bệnh nhân. Vì vậy, việc tiến hành phẫu thuật cắt túi mật nội soi sớm, đặc biệt là trong vòng 72 giờ sau khi bệnh nhân có triệu chứng đầu tiên, là điều rất quan trọng. Khi đó, quá trình viêm chưa hình thành những dải xơ chắc, các tạng dính vào túi mật còn lỏng lẻo, giường túi mật nề nhẹ, giúp phẫu thuật viên dễ dàng giải phóng túi mật. Việc can thiệp sớm sẽ giúp giảm các tai biến và biến chứng so với các

trường hợp mổ muộn (≥ 72 giờ), khi tổn thương đã trở nên nghiêm trọng hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 61 bệnh nhân viêm túi mật cấp, phương pháp cắt túi mật nội soi cho thấy là phẫu thuật an toàn và hiệu quả, đặc biệt đối với bệnh nhân cao tuổi. Bệnh nhân sau mổ thường hồi phục nhanh chóng và ít gặp biến chứng. Việc chỉ định phẫu thuật nên được thực hiện trong vòng 72 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên, đồng thời cần xem xét các bệnh nền ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật và sức khỏe của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hữu Trí, Trương Minh Tuấn** (2020). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi. Tạp chí Y Dược học – Trường Đại học Y Dược Huế, 10(1), 58 – 64. <https://www.doi.org/10.34071/jmp.2020.1.9>
2. **Suqing Li, et al.**, (2023). Epidemiology and Outcomes of Symptomatic Cholelithiasis and Cholecystitis in the USA: Trends and Urban–Rural Variations. Journal of Gastrointestinal Surgery, 27 (5): p. 932-944. <https://doi.org/10.1007/ s11605-023-05604-0>
3. **Ian Gassie, Felicity Edwards, Kevin B. Laupland** (2024). Epidemiology of biliary tract-associated bloodstream infections and adequacy of empiric therapy: an Australian population-based study. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, 43, 1753– 1760. <https://doi.org/10.1007/s10096-024-04894-9>
4. **Đỗ Trọng Hải, Phan Anh Tuấn**, (2003). Mức Độ An Toàn Và Hiệu Quả Của Cắt Túi Mật Nội Soi Trong Viêm Túi Mật Cấp Do Sỏi. Tạp Chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 7(1), 43-47.
5. **Trần Kiến Vũ** (2016). Nghiên cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Cắt Túi Mật Nội Soi Trong Điều Trị Viêm Túi Mật Cấp Tại Bệnh Viện Đa Khoa Trà Vinh, Trường Đại học Y Dược Hà Nội.
6. **Trần Thiện Trung, Võ Hồng Sớ** (2010), Kết quả PT nội soi điều trị VTMC do sỏi, Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 12(4), 96-101.
7. **Lê Trung Hải** (2010), CTMNS trong VTMC, PT nội soi cắt TM các kỹ thuật và tiên bộ mới, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 48-55.
8. **Vũ Bích Hạnh** (2010), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả PT nội soi cắt TM trong điều trị VTMC do sỏi, Học viện Quân y.
9. **Lê Quang Minh** (2013), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị VTMC bằng PT CTMNS. Viện Nghiên cứu khoa học Y dược lâm sàng 108.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THANG ĐIỂM MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG PHỔI TRÊN HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH VỚI MỨC ĐỘ NẶNG BỆNH COVID - 19

Đoàn Tiến Lưu^{1,2}, Lê Thị Thuý Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mối tương quan giữa tổng điểm mức độ tổn thương trên hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực với mức độ bệnh COVID - 19. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 180 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định COVID - 19 bởi xét nghiệm phản ứng chuỗi polimerase phiên mã ngược (RT-PCR) có đầy đủ các thông tin về bệnh sử trên bệnh án điện tử và được chụp phim CLVT lồng ngực khi nhập viện tại Bệnh viện điều trị người bệnh COVID - 19 trực thuộc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 09/2021 đến tháng 02/2023. **Kết quả:** Điểm CTSS trung bình của các nhóm mức độ bệnh nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch lần lượt là $6,5 \pm 3,78$, $13,29 \pm 3,84$, $20,28 \pm 4,26$ và $21,01 \pm 3,75$. Điểm trung bình CTSS có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nhẹ và nhóm trung bình,

nhóm trung bình và nặng ($p < 0,001$) nhưng giữa nhóm nặng và nhóm nguy kịch thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,670$). Điểm CTSS trên phim chụp CLVT có giá trị dự đoán mức độ nặng với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 80% và 85,2% với điểm cut-off là 15,5. Điểm CTSS cũng có giá trị dự đoán mức độ nguy kịch với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 87,5% và 82,2% với điểm cut-off là 16,5. Điểm CTSS không có giá trị tiên lượng mức độ nhẹ và trung bình bệnh COVID-19 (diện tích dưới đường cong AUC = 0,065). **Kết luận:** Điểm CTSS trên CLVT có mối liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của bệnh COVID-19. Điểm CTSS có giá trị dự đoán mức độ nặng và nguy kịch của bệnh với độ nhạy và độ đặc hiệu cao ở ngưỡng 15,5 cho mức độ nặng và 16,5 cho mức độ nguy kịch. **Từ khóa:** viêm phổi COVID-19, điểm mức độ nghiêm trọng, CTSS, cắt lớp vi tính, mức độ nặng, mức độ nguy kịch.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY SEVERITY SCORE AND COVID-19 SEVERITY

Objective: To analyze the correlation between the total CT severity score (CTSS) on chest CT and the severity of COVID-19. **Subjects and Methods:** This

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Lưu

Email: doantienluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

retrospective descriptive study included 180 patients who were confirmed to have COVID-19 by reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR). All patients had complete medical history records in the electronic medical system and underwent chest CT imaging upon hospital admission at the COVID-19 Treatment Hospital of Hanoi Medical University Hospital between September 2021 and February 2023.

Results: The mean CTSS scores for the mild, moderate, severe, and critical disease groups were 6.5 ± 3.78 , 13.29 ± 3.84 , 20.28 ± 4.26 , and 21.01 ± 3.75 , respectively. There was a statistically significant difference in mean CTSS scores between the mild and moderate groups, as well as between the moderate and severe groups ($p < 0.001$). However, the difference between the severe and critical groups was not statistically significant ($p = 0.670$). The CTSS score on chest CT had predictive value for severe disease, with a sensitivity of 80% and a specificity of 85.2% at a cutoff value of 15.5. It also had predictive value for critical disease, with a sensitivity of 87.5% and a specificity of 82.2% at a cutoff value of 16.5. However, the CTSS score had no prognostic value for mild and moderate COVID-19 cases (area under the curve [AUC] = 0.065). **Conclusion:** The CTSS score on chest CT is strongly correlated with the severity of COVID-19. The CTSS score has high sensitivity and specificity in predicting severe and critical disease, with thresholds of 15.5 for severe cases and 16.5 for critical cases. **Keywords:** Covid-19 pneumonia, total computed tomography severity score, CTSS, computed tomography, severe cases, critical cases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự xuất hiện của COVID-19 đã đặt ra thách thức lớn đối với hệ thống y tế toàn cầu, đặc biệt trong việc xác định nhanh chóng mức độ tổn thương phổi để kịp thời phân loại bệnh nhân và tối ưu hóa điều trị. Các phương pháp đánh giá lâm sàng truyền thống đôi khi chưa đủ nhạy trong việc phản ánh đầy đủ mức độ tổn thương phổi, do đó, hình ảnh học, đặc biệt là cắt lớp vi tính (CLVT), đã trở thành công cụ quan trọng trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh.

Tổng điểm mức độ nghiêm trọng (CTSS) trên CLVT được sử dụng như một chỉ số bán định lượng để đánh giá mức độ tổn thương phổi do COVID-19. Một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra mối liên quan giữa CTSS và tiên lượng bệnh, nhưng dữ liệu về ngưỡng điểm tối ưu để phân loại mức độ bệnh cũng như độ chính xác của chỉ số này vẫn còn chưa được đề cập rõ ràng.^{1,2}

Trong bối cảnh nguy cơ tái bùng phát của COVID-19 và các bệnh đường hô hấp do virus khác vẫn hiện hữu, việc nghiên cứu mối tương quan giữa CTSS trên CLVT với mức độ bệnh COVID-19 có ý nghĩa quan trọng trong lâm sàng. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá giá trị của CTSS trong việc dự đoán mức độ bệnh, từ đó cung cấp thêm bằng chứng khoa học giúp nâng cao hiệu quả quản lý và điều trị bệnh nhân trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 180 BN được chẩn đoán xác định COVID - 19 bởi RT-PCR, được chụp phim CLVT lồng ngực khi nhập viện tại Bệnh viện điều trị người bệnh COVID - 19 trực thuộc Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 09 năm 2021 đến tháng 02 năm 2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện (N = 180)

2.3. Kỹ thuật chụp. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp CLVT lồng ngực không tiêm thuốc cản quang bằng hệ thống máy CLVT đa dãy đầu thu (128 dãy) hiệu SCENARIA của hãng Hitachi xuất xứ từ Nhật Bản với độ dày lát cắt 1,25mm.

2.4. Quy trình và phương pháp thu thập số liệu. Thu thập các thông tin về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu bao gồm các thông tin về tuổi, giới, bệnh lý nền và mức độ bệnh lúc nhập viện.

Đối với phân tích hình ảnh trên CLVT được tiến hành độc lập bởi hai bác sĩ chẩn đoán hình ảnh (một bác sĩ chính với 10 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hình ảnh hệ hô hấp và một bác sĩ với 01 năm kinh nghiệm trong lĩnh vực hệ hô hấp). Sự không đồng thuận được xử lý bằng thảo luận.

Các biến số cần thu thập bao gồm:

+ Các biến số về mức độ bệnh đánh giá trên lâm sàng: nhiễm trùng không triệu chứng, nhẹ, trung bình, nặng, nguy kịch. Theo khuyến cáo quản lý điều trị cho bệnh nhân điều trị nội trú của Viện Y tế Quốc gia Mỹ (NIH) và theo WHO trong có 5 nhóm mức độ bệnh được trình bày trong bảng sau:^{3,4}

Bảng 1. Các mức độ bệnh đánh giá trên lâm sàng

Mức độ	Nhiễm không triệu chứng	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Nguy kịch
SpO ₂		≥ 96%	94 - 96%	< 94%	ARDS (+)
Nhịp thở		12-21 lần/ phút	22-30 lần/ phút	> 30 lần/ phút	Cung cấp oxy > 6l/ph để duy trì SpO ₂ > 92%
Triệu	RT-PCR (+)	Sốt	Tổn thương	PaO ₂ / FiO ₂ <	Suy hô hấp cấp

chứng	Triệu chứng (-)	Ho Đau họng Khó chịu Nhức đầu Đau cơ Buồn nôn, nôn Tiêu chảy Mất vị, khứu giác	đường hô hấp dưới trên lâm sàng	300mmHg	Sốc nhiễm trùng Rối loạn chức năng tim Phản ứng viêm quá mức Đợt cấp của các bệnh đi kèm (bệnh tim, gan, thận, hệ thần kinh trung ương hoặc huyết khối)
-------	-----------------	---	---------------------------------------	---------	---

+ Giá trị điểm mức độ nghiêm trọng của CLVT ngực theo Francone (2020) (CTSS - Chest CT severity score):⁵ Điểm CT ngực được tính cho từng thùy dựa trên mức độ tổn thương của nhu mô như sau: (0) không tổn thương; (1) <5% có tổn thương; (2) 5–25% có tổn thương; (3) 26–50% có tổn thương; (4) 51–75% có tổn thương; và (5) > 75% có tổn thương. Tổng điểm CTSS là tổng điểm của các thùy và nằm trong khoảng từ 0 đến 25.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0 (SPSS, Inc, Chicago, IL, USA). Điểm trung bình CTSS được tính theo từng mức độ bệnh và so sánh bởi thuật toán T-Test độc lập (Independent Samples T-test) ($p < 0,05$ là các giá trị được chấp nhận). Sử dụng đường cong ROC (receiver operating characteristic) để tìm điểm cắt (cut-off) có giá trị phân biệt các mức độ bệnh với độ nhạy, độ đặc hiệu và diện tích dưới đường cong (Area under Curve - AUC) cao nhất.

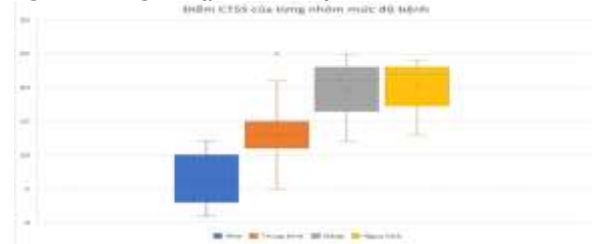
2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện vì mục đích khoa học. Các thông tin hồ sơ bệnh án, hình ảnh bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp hay tác động đến quá trình điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 64 ± 16 tuổi, trong đó có 61% nam và 39% nữ. Về mức độ lâm sàng lúc nhập viện, có đến 44% mức độ trung bình, 32% là mức độ nhẹ, còn lại là mức độ nặng (18%) và nguy kịch (6%). Bệnh tim mạch và đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 55% và 46%), tiếp đến là các bệnh ung thư (12%), bệnh phổi và bệnh thận mạn đều chiếm 9% và bệnh béo phì (8%).

3.2. Môi tương quan giữa tổng điểm CTSS theo các mức độ bệnh trên lâm sàng. Tổng điểm CTSS giữa các mức độ bệnh trên lâm sàng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mức độ nhẹ và trung bình, trung bình và nặng ($p < 0,001$) nhưng giữa nhóm nặng và nhóm nguy kịch thì sự khác biệt không có ý

nghĩa thống kê ($p = 0,670$).



Biểu đồ 1. Điểm CTSS theo từng mức độ

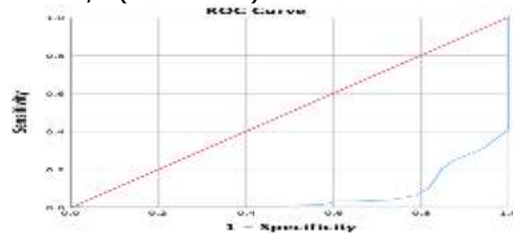
Bảng 2. Điểm CTSS trung bình theo từng mức độ bệnh

Mức độ	Điểm trung bình	p (Independent Samples T-test)
Nhẹ	$6,5 \pm 3,78$	$< 0,001^*$
Trung bình	$13,29 \pm 3,84$	
Nặng	$20,28 \pm 4,26$	0,670
Nguy kịch	$21,01 \pm 3,75$	

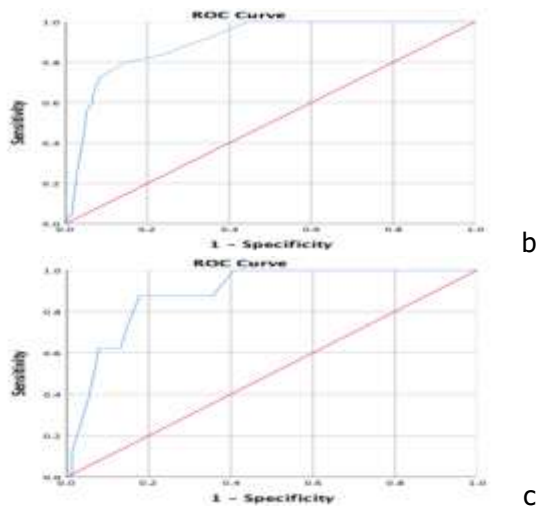
$p < 0,05^*$: số liệu có ý nghĩa thống kê

3.3. Độ nhạy, độ đặc hiệu và cut-off điểm CTSS tiên lượng các mức độ bệnh bằng đường cong ROC. Với đánh giá mức độ nhẹ và trung bình, đường cong ROC thu được nằm hoàn toàn dưới đường thẳng nối hai điểm (0,0) và (1,1) và diện tích dưới đường cong là $0,065 \ll 0,5$, vì vậy CTSS không có ý nghĩa trong chẩn đoán mức độ nhẹ và trung bình viêm phổi COVID-19 (biểu đồ 2a).

Với đánh giá mức độ nặng, diện tích đường cong ROC là 0,900 hoặc 90% với $p < 0,001$, như vậy điểm CTSS cao hoặc thấp có khả năng phân biệt rất tốt giữa mức độ nặng với mức độ nguy kịch và mức độ nhẹ - trung bình. Cụ thể, giá trị dự đoán mức độ nặng của CTSS có độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 80% và 85,2% với điểm cut-off là 15,5 (biểu đồ 2b). Tương tự với giá trị dự đoán mức độ nguy kịch của CTSS với độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 87,5% và 82,2%, điểm cut-off là 16,5 (biểu đồ 2c).



a



Biểu đồ 2. Độ nhạy và độ đặc hiệu của CTSS tiên lượng từng mức độ

a) Mức độ nhẹ và trung bình; b) Mức độ nặng; c) Mức độ nguy kịch

Bảng 2. Giá trị diện tích dưới đường cong, độ nhạy, độ đặc hiệu và cut-off điểm CTSS đánh giá mức độ nhẹ và trung bình

Mức độ	AUC	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Điểm cut-off	p
Nhẹ và trung bình	0,065	//	//	//	
Nặng	0,900	80%	85,2%	15,5	<0,001*
Nguy kịch	0,888	87,5%	82,2%	16,5	<0,001*

AUC (area under the Curve): Diện tích dưới đường cong

Như vậy, CTSS có ý nghĩa trong việc tiên lượng mức độ lâm sàng nặng và nguy kịch với độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao (mức độ nặng: 80% và 85,2%; mức độ nguy kịch: 87,5% và 82,2%) với điểm cut-off lần lượt là 15,5 và 16,5. Tuy nhiên CTSS không có ý nghĩa trong tiên lượng mức độ nhẹ và trung bình (diện tích dưới đường cong AUC < 0,5).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 64 ± 16 tuổi, với tỷ lệ nam (61%) cao hơn nữ (39%). Gần 80% số BN có mức độ triệu chứng lâm sàng lúc vào viện ở mức nhẹ và trung bình, thấp nhất là nhóm nguy kịch với chỉ 6%. Trong đó tỷ lệ tử vong chỉ chiếm 4,4%. Bệnh tim mạch và đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất (lần lượt là 55% và 46%) do tỷ lệ hay gặp nhất. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Wu và McGoogan trên 72314 BN, hầu hết người bệnh có triệu chứng đều phát triển mức độ nhẹ (41%) hoặc trung bình (40%), khoảng 14% phát triển bệnh nặng

cần hỗ trợ oxy và 5% ở mức độ nguy kịch với các biến chứng như suy hô hấp, hội chứng suy hô hấp cấp tính (ARDS), nhiễm trùng huyết và sốc nhiễm trùng, tắc mạch huyết khối và/hoặc suy đa cơ quan.⁶

4.2. Mối liên quan giữa điểm tổng điểm CTSS trên phim chụp CLVT theo từng mức độ bệnh trên lâm sàng. Điểm CTSS trung bình của nhóm nhẹ, trung bình, nặng và nguy kịch trong nhóm nghiên cứu lần lượt là $6,7 \pm 3,48$, $12,95 \pm 3,46$, $19,52 \pm 3,90$ và $20,25 \pm 3,85$. Trong đó điểm số giữa mức độ nhẹ và trung bình, mức độ trung bình và nặng khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ và $p < 0,001$). Mặc dù điểm trung bình CTSS ở mức độ nguy kịch cao hơn ở mức độ nặng nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,650$).

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Sharma và cs, điểm cho mức độ nhẹ, trung bình và nặng lần lượt là <8, 9-15 và >15 điểm.⁷ Tuy nhiên, điểm số trung bình mức độ nhẹ của chúng tôi cao hơn khoảng 2 điểm so với mốc giới hạn trên của mức độ nhẹ trong nghiên cứu của Sharma và cs. Điều này có thể là do nhóm BN của chúng tôi có tuổi trung bình cao hơn (64 so với 51), do đó, những người cao tuổi có xu hướng tổn thương phổi nặng hơn và có điểm số CTSS cao hơn so với nhóm BN trẻ tuổi hơn dù ở mức độ nhẹ.⁷

4.3. Độ nhạy, độ đặc hiệu và cut-off điểm CTSS đánh giá từng mức độ bệnh bằng đường cong ROC. Từ nghiên cứu của chúng tôi, CTSS không có ý nghĩa trong chẩn đoán mức độ nhẹ và trung bình viêm phổi COVID-19 mặc dù điểm trung bình giữa hai nhóm này khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nokiani và cs là CTSS chủ yếu đánh giá và tiên lượng mức độ nặng và nguy kịch hơn là nhẹ và trung bình.^{1,2}

Tuy nhiên, CTSS lại có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao khi có khả năng phân biệt tốt giữa mức độ nặng với mức độ nguy kịch và với mức độ nhẹ - trung bình. Cụ thể, giá trị dự đoán mức độ nặng của CTSS có độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 80% và 85,2% với điểm cut-off là 15,5. Trong khi đó, giá trị dự đoán mức độ nguy kịch của CTSS có độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến 87,5% và 82,2% với điểm cut-off là 16,5. Tuy nhiên khoảng cách giữa hai mốc này (15,5 và 16,5) là không lớn và phù hợp với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa điểm trung bình của hai nhóm này.

Theo Nokiani và cộng sự, 7 hệ thống tính điểm CTSS đều có giá trị tiên lượng tốt trong việc phân biệt các mức độ trung bình với nặng/

nguy kịch và phân biệt trung bình/nặng với nguy kịch cũng như dự đoán giai đoạn đỉnh của bệnh (diện tích dưới đường cong AUC = 0,76-0,79), trong đó hệ thống tính điểm sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là CTSS4.¹ Cụ thể, mốc chẩn đoán BN nặng/nguy kịch của hệ thống CTSS4 là 13,5 với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 63% và 94%. Tương tự với nhóm BN nguy kịch là mốc 14,5 với độ nhạy và độ đặc hiệu là 75% và 83%. Điểm cut-off ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn 2 đơn vị so với từng mức độ tương ứng, điều này có thể là do nhóm nặng và nguy kịch của chúng tôi chỉ chiếm 20% trong khi nhóm BN trong nghiên cứu của Nokiani là 57%.

Theo một nghiên cứu khác của Nokiani, CTSS4 cũng có khả năng phân loại giữa hai nhóm trung bình và nặng/ nguy kịch nhưng diện tích dưới đường cong ở mức ranh giới (0,7) với độ nhạy và độ đặc hiệu không cao.² Điều này cũng tương tự với nghiên cứu của chúng tôi với diện tích đường cong chỉ 0,591.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy điểm CTSS trên CLVT có mối liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của bệnh COVID-19. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm CTSS giữa các nhóm nặng, nguy kịch với nhóm nhẹ, trung bình. Tuy nhiên không có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nhẹ với trung bình, nhóm nặng với nguy kịch. Sử dụng giá trị "cut-off" của điểm CTSS là 15,6 để chẩn đoán bệnh nặng có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 80% và 85,2%; 16,5 để chẩn đoán nhóm bệnh nguy kịch

mức độ nguy kịch có độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 87,5% và 82,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CT-severity score in COVID-19 patients: for whom is it applicable best? - PMC.** Accessed September 29, 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9272955/>
2. **Almasi Nokiani A, Shahnazari R, Abbasi MA, Divsalar F, Bayazidi M, Sadatnaseri A.** CT severity score in COVID-19 patients, assessment of performance in triage and outcome prediction: a comparative study of different methods. *Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2022;53(1):116. doi:10.1186/s43055-022-00781-5
3. **Clinical Spectrum.** COVID-19 Treatment Guidelines. Accessed July 30, 2022. <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/overview/clinical-spectrum/>
4. **Clinical management of COVID-19: Living guideline,** 18 August 2023. Accessed October 10, 2023. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-clinical-2023.2>
5. **Francone M, Iafrate F, Masci GM, et al.** Chest CT score in COVID-19 patients: correlation with disease severity and short-term prognosis. *Eur Radiol.* 2020;30(12): 6808-6817. doi:10.1007/s00330-020-07033-y
6. **Wu Z, McGoogan JM.** Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.* 2020; 323(13): 1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
7. **Sharma S, Aggarwal A, Sharma RK, Patras E, Singhal A.** Correlation of chest CT severity score with clinical parameters in COVID-19 pulmonary disease in a tertiary care hospital in Delhi during the pandemic period. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2022; 53(1):166. doi:10.1186/s43055-022-00832-x

ĐẶC ĐIỂM HẬU PHẪU VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI KHẨU LỖ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Lưu Điền¹, La Vĩnh Phúc²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là một trong các biến chứng nặng và thường gặp của bệnh loét dạ dày - tá tràng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc

điểm hậu phẫu và các yếu tố ảnh hưởng sau phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng ở bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu tổng số 49 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng từ 60 tuổi trở lên được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2019 - 2020. **Kết quả:** Nam chiếm đa số với 77,6%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $9,08 \pm 3,89$ ngày. Thời gian đau sau mổ là $3,33 \pm 1,76$ ngày. Bệnh nhân có sốt sau phẫu thuật là $2,78 \pm 1,43$ ngày. Thời gian bắt đầu trung tiện là $2,65 \pm 0,72$ ngày, tỷ lệ sinh cá nhân và vận động sau mổ là $2,88 \pm 1,30$

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

ngày. Thời gian rút ống thông dạ dày và ống dẫn lưu ổ bụng lần lượt là $2,76 \pm 1,535$ ngày và $3,18 \pm 1,537$ ngày. Về biến chứng, sau phẫu thuật, có 6,1% tử vong và 10,1% biến chứng. Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình ngắn hơn ở nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú và thời gian phẫu thuật ≤ 60 phút ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, đặc biệt ở những bệnh nhân cao tuổi là một phương pháp hiệu quả, an toàn, tỉ lệ thành công cao, biến chứng thấp.

Từ khoá: thủng ổ loét dạ dày tá tràng, người cao tuổi, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

POSTOPERATIVE CHARACTERISTICS AND FACTORS INFLUENCING OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC REPAIR OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER PERFORATION IN ELDERLY PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Gastric and duodenal ulcer perforation is one of the severe and common complications of peptic ulcer disease. **Objective:** To describe the postoperative characteristics and factors influencing the outcomes of laparoscopic repair of gastric and duodenal ulcer perforation in elderly patients at Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** A prospective descriptive study involving 49 patients aged 60 and above with gastric and duodenal ulcer perforations who underwent laparoscopic surgery at Can Tho General Hospital in 2019 - 2020. **Results:** Males accounted for the majority (77.6%). The average postoperative hospital stay was 9.08 ± 3.89 days. The average duration of postoperative pain was 3.33 ± 1.76 days. The average duration of postoperative fever was 2.78 ± 1.43 days. The mean time to first flatus was 2.65 ± 0.72 days, and the time to personal hygiene and mobility after surgery was 2.88 ± 1.30 days. The average time to remove the nasogastric tube and abdominal drain was 2.76 ± 1.54 days and 3.18 ± 1.54 days, respectively. Regarding complications, 6.1% of patients died and 10.1% experienced complications. The average postoperative treatment duration was shorter in the group of patients with localized peritonitis and those with a surgery duration ≤ 60 minutes ($p < 0.05$). **Conclusions:** Laparoscopic repair of gastric and duodenal ulcer perforation, especially in elderly patients, is an effective and safe method, with a high success rate and low complication rate.

Keywords: gastric and duodenal ulcer perforation, elderly, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh loét dạ dày - tá tràng ảnh hưởng đến bốn triệu người trên toàn thế giới hàng năm [1] và ước tính tỷ lệ mắc bệnh trong suốt cuộc đời là 5 - 10% trong dân số nói chung. Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh trên toàn cầu đã giảm đáng kể trong những thập kỷ qua [2], nhưng tỷ lệ biến chứng của bệnh vẫn không đổi. Thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là một trong các biến chứng nặng và

thường gặp của bệnh loét dạ dày - tá tràng chiếm tỷ lệ 5 - 10% [3].

Mặc dù đã đạt được nhiều tiến bộ đáng kể trong lĩnh vực ngoại khoa và hồi sức, nhưng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng vẫn dao động ở mức khá cao, từ 1,3% đến 20% [4], [5]. Việc nghiên cứu các biến chứng hậu phẫu trong phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng, đặc biệt là ở bệnh nhân cao tuổi, đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện sớm và cải thiện các vấn đề mà bệnh nhân có thể gặp phải. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm hậu phẫu và các yếu tố ảnh hưởng sau phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng ở bệnh nhân cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tổng số 49 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày - tá tràng từ 60 tuổi trở lên được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 9 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán thủng ổ loét dạ dày - tá tràng và khâu lỗ thủng bằng phẫu thuật nội soi, được phẫu thuật trước 24 giờ (tính từ lúc có đau bụng đột ngột dữ dội đến lúc phẫu thuật). Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có sốc nhiễm trùng. Có bệnh lý nội khoa nặng đi kèm: suy tim, suy hô hấp, suy thận... Xuất huyết tiêu hóa đi kèm. Thủng dạ dày kèm theo hẹp môn vị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, mô tả.

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới tính, nơi cư trú, nghề nghiệp

Đặc điểm hậu phẫu và các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian hậu phẫu:

- Đặc điểm hậu phẫu: Số ngày đau sau mổ; số ngày sử dụng thuốc giảm đau sau mổ; ngày bắt đầu tự vệ sinh cá nhân, vận động sau mổ; ngày bắt đầu rút ống thông dạ dày; ngày bắt đầu rút ống dẫn lưu ổ bụng; số ngày sốt sau mổ; thời gian nằm viện sau mổ.

- Các yếu tố ảnh hưởng đến thời gian hậu phẫu: Mức độ viêm, thời gian phẫu thuật

- Biến chứng hậu phẫu: Tử vong, biến chứng do chổ khâu, biến chứng khác.

Phân tích và xử lý số liệu: Mô tả tần số,

tỷ lệ các biến số định tính, phân tích mối liên quan bằng Independent Samples Test, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	60 - 69 tuổi	22	44,9
	70 - 79 tuổi	12	24,5
	≥ 80 tuổi	15	30,6
Giới tính	Nam	38	77,6
	Nữ	11	22,4
Nơi cư trú	Thành thị	12	24,5
	Nông thôn	37	75,5
Nghề nghiệp	Nội trợ	18	36,7
	Lao động trí óc	9	18,4
	Lao động tay chân	22	44,9

Nhận xét: Nam chiếm đa số với 77,6%. Nhóm tuổi từ 60 - 69 chiếm tỉ lệ cao nhất 44,9%. Nhóm 70 - 79 chiếm tỉ lệ thấp nhất là 24,5%. Nhóm lao động chân tay chiếm tỉ lệ 44,9%. Có 75,5% ca sinh sống ở khu vực nông thôn, khu vực thành thị là 24,5%.

3.2. Đặc điểm hậu phẫu và các yếu tố ảnh hưởng thời gian hậu phẫu

3.2.1. Đặc điểm hậu phẫu

Bảng 2. Đặc điểm hậu phẫu

Đặc điểm	Tần số	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Số ngày đau sau mổ	49	2	12	3,33	1,76
Ngày bắt đầu tự vệ sinh cá nhân, vận động sau mổ	49	2	10	2,88	1,30
Ngày bắt đầu trung tiện	49	2	5	2,65	0,72
Ngày rút ống thông dạ dày	49	2	12	2,76	1,53
Ngày rút ống dẫn lưu ổ bụng	49	2	12	3,18	1,53
Số ngày sốt sau mổ	49	1	9	2,78	1,43
Thời gian nằm viện sau mổ	49	5	24	9,08	3,82

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $9,08 \pm 3,89$ ngày, dao động từ 5 đến 24 ngày. Thời gian đau sau mổ là $3,33 \pm 1,76$ ngày. Bệnh nhân có sốt sau mổ là $2,78 \pm 1,43$ ngày. Thời gian bắt đầu trung tiện là $2,65 \pm 0,72$ ngày, tự vệ sinh cá nhân và vận động sau mổ là $2,88 \pm 1,30$ ngày. Thời gian rút ống thông dạ dày và ống dẫn lưu ổ bụng lần lượt là $2,76 \pm 1,535$ ngày và $3,18 \pm 1,537$ ngày.

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến thời gian điều trị hậu phẫu trung bình

Đặc điểm	Tần số (n)	Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình	p
Viêm phúc mạc (VPM)	Toàn thể	26	10,15
	Khu trú	23	7,87
Thời gian phẫu thuật	> 60 phút	28	9,93
	≤ 60 phút	21	7,95

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú, thời gian phẫu thuật trung bình ≤ 60 phút có thời gian điều trị hậu phẫu trung bình ngắn hơn so với nhóm viêm phúc mạc toàn thể, thời gian phẫu thuật trung bình > 60 phút ($p < 0,05$).

3.2.2. Biến chứng sau mổ

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tử vong	Có	3	6,1
	Không có	46	93,9
Biến chứng xì chỗ khâu (n=46)	Có	1	2,0
	Không có	45	98,0
Biến chứng khác (n= 46)	Không có	45	91,8
	Bụng vết mổ thành bụng	1	2,0
	Suy hô hấp	1	2,0
	Viêm phổi nặng	2	4,1
Xử lý biến chứng (n=5)	Không có	44	89,8
	Khâu phục hồi	2	4,1
	Hồi sức tích cực tại ICU	1	2,0
	Kháng sinh	2	4,1
Kết quả xử lý (n=5)	Tốt	5	100,0

Nhận xét: Sau phẫu thuật, có 6,1% tử vong và 10,1% biến chứng (2% xì chỗ khâu, 2% bung vết mổ, 2% suy hô hấp, 4,1% viêm phổi nặng), tất cả đều được xử lý tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm 60 - 69 tuổi với 44,9%, tiếp đến là nhóm từ 80 tuổi trở lên với 30,6%, nhóm chiếm tỉ lệ thấp nhất là từ 70 - 79 tuổi với 24,5%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $73,8 \pm 3,44$. So với nghiên cứu của Gasimov, tuổi trung bình $60,8 \pm 15$, trong đó nhóm <60 (45,8%), 60 - 79 (44,3%) và nhóm >80 (9,9%) [6], Jae Gon Lee độ tuổi trung bình là 58,4 tuổi [7], Costa nghiên cứu độ tuổi trung bình chung là $62,9 \pm 17,4$ đều cho kết quả tương đồng với chúng tôi [8]. Tuổi là một trong những yếu tố dự

báo mạnh nhất về kết quả xấu ở bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày – tá tràng, nghiên cứu Olufajo cho thấy tỷ lệ tử vong do thủng ổ loét dạ dày – tá tràng lên tới 44,6% đối với bệnh nhân trên 80 tuổi, độ tuổi trung bình là 67 [9]. Vấn đề điều trị thủng ổ loét ở những người cao tuổi là một vấn đề cần được chú ý nhiều hơn bởi vì những người cao tuổi thường chẩn đoán khó khăn và dễ dẫn đến chẩn đoán muộn đưa đến nguy cơ biến chứng tử vong cũng tăng theo. Ngoài ra, ở người bệnh cao tuổi đi kèm với tăng tỷ lệ các bệnh lý cần dùng NSAIDs để điều trị như bệnh lý khớp, tim mạch đưa đến tăng nguy cơ loét cũng như thủng ổ loét dạ dày – tá tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm tỉ lệ cao 77,6%; số ca nữ là 22,4%. Tỉ lệ nam/nữ xấp xỉ 3,5/1. Tương đồng với Gasimov cho kết quả giới tính nam (70,3%) [6], Abbasi - Kangevari 61,4% là ở nam giới. Kết quả chúng tôi khác với Jae Gon Lee bệnh nhân trong nhóm 50–59, 60–69 và 70–79 tuổi là nam giới (lần lượt là 80,6%, 72,1% và 74,1%) [7]. Nguyên nhân là do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ hơn như hút thuốc lá, uống rượu bia, làm công việc nặng nhọc, stress do công việc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt so với các tác giả khác.

Qua kết quả ở bảng 1 cho thấy số bệnh nhân bị thủng dạ dày – tá tràng nhiều nhất là những người lao động chân tay (44,9%). Kết quả này cũng tương đương Jae Gon Lee 212(87,8%) có công việc lao động tay chân, 51 (12,2%) có công việc lao động trí óc [7], tỷ lệ thủng ở nhóm này cao có thể do tình trạng kinh tế không khá giả, phải làm việc nặng nhọc, giờ giấc ăn uống sinh hoạt thất thường. Họ ít quan tâm đến các triệu chứng của bệnh và nếu có điều trị thì cũng điều trị không triệt để vì vậy họ dễ bị loét dạ dày - tá tràng và dẫn đến biến chứng thủng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân sinh sống ở nông thôn chiếm tỉ lệ cao 75,5%; chỉ có 24,5% bệnh nhân sinh sống ở thành thị. Những trường hợp sinh sống ở vùng nông thôn ít có điều kiện để kiểm tra sức khỏe định kỳ, đa số những ca này thường sinh sống bằng nghề nông. Bên cạnh đó, tình trạng dinh dưỡng và chất lượng bữa ăn của những người sống ở khu vực nông thôn cũng thấp hơn. Vì vậy họ dễ mắc viêm dạ dày - tá tràng và dẫn đến biến chứng loét và thủng.

4.2. Đặc điểm hậu phẫu và các yếu tố ảnh hưởng thời gian hậu phẫu. Thời gian vận động lại sau mổ trung bình là $2,88 \pm 1,30$ ngày (Bảng 2). Thời gian vận động sớm là ưu điểm

của phẫu thuật nội soi. Thời gian người bệnh trung tiện sau mổ trung bình là $2,65 \pm 0,72$ ngày. Tác giả Flore Varcus [10] có kết quả thời gian trung tiện trung bình là 3 ngày. Thời gian trung tiện sau phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thời gian từ lúc đau cho đến khi phẫu thuật, tình trạng viêm phúc mạc, thời gian phẫu thuật, thể trạng của người bệnh. Bên cạnh đó, phẫu thuật nội soi cũng góp phần vào khả năng phục hồi nhu động ruột sớm hơn.

Thời gian rút ống thông dạ dày sau mổ trung bình của chúng tôi là $2,76 \pm 1,5$ ngày. Thời gian rút ống thông dạ dày phù hợp với thời gian trung tiện. Khi người bệnh đã trung tiện được chứng tỏ nhu động ruột được phục hồi, bụng không còn chướng để đảm bảo vết khâu không bị tăng áp lực dẫn đến nguy cơ xì rò chỗ khâu. Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng trung bình là $3,18 \pm 1,5$ ngày, khoảng từ ngày 2 - 12. Flore Varcus [10] cho thấy thời gian rút dẫn lưu nằm trong khoảng 2 - 23 ngày. Thời gian sốt sau mổ trung bình là $2,78 \pm 1,4$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $9,08 \pm 3,8$ ngày. Thời gian nằm viện trong kết quả của Victor Vakayil [13] trung bình 5,5 ngày, ngắn hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Ở kết quả của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình dài hơn bởi vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những người trên 60 tuổi. Những người này có đặc điểm cơ địa khác với người trẻ tuổi và thường có bệnh nền kèm theo nên cần thời gian phục hồi lâu hơn.

Có sự khác biệt về thời gian điều trị hậu phẫu và mức độ viêm phúc mạc (Bảng 3). Nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc khu trú có thời gian điều trị hậu phẫu trung bình là 7,87 ngày, trong khi nhóm viêm phúc mạc toàn thể có thời gian điều trị là 10,15 ngày. Kết quả cũng chỉ ra rằng thời gian điều trị hậu phẫu ở nhóm có thời gian phẫu thuật ≤ 60 phút là 7,95 ngày, thấp hơn so với nhóm có thời gian phẫu thuật > 60 phút, với thời gian điều trị là 9,93 ngày. Mối liên quan giữa những yếu tố này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Gasimov nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật ngắn hơn có ý nghĩa thống kê, với thời gian phẫu thuật trung bình là 24,8 phút, thấp hơn so với thời gian trung bình khâu nội soi ổ loét thủng là 38,6 phút. Thời gian nằm viện trung bình là $6,9 \pm 1,2$ ngày [6]. Phân tích Costa cho thấy thời gian phẫu thuật nhóm áp dụng phẫu thuật nội soi là $88,47 \pm 33$ phút, thời gian nằm viện chung là $10,3 \pm 11,4$ ngày [8].

4.3. Đặc điểm biến chứng sau hậu phẫu. Bảng 4 cho thấy kết quả tổng số 49 bệnh nhân, có 3 ca tử vong, chiếm tỉ lệ 6,1%. Nghiên

cứu của Flore Varcus [10] chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong là 1,6%. Courtney ghi nhận không có trường hợp tử vong nào. Trong nghiên cứu của Gasimov, với 186 bệnh nhân, có $6,5 \pm 2,9\%$ bệnh nhân bị biến chứng trong giai đoạn hậu phẫu, trong đó có 4,8% bệnh nhân gặp biến chứng nặng và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 1,3% [6]. Kết quả nghiên cứu của Costa ghi nhận tỷ lệ tử vong là 10,5% và tỷ lệ biến chứng chu phẫu là 21,5% [8]. Trong tổng số 3 trường hợp tử vong, có 2 bệnh nhân rất cao tuổi (90 tuổi), được chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng, trong đó có 1 trường hợp có biểu hiện sốc nhiễm trùng nhiễm độc sau phẫu thuật, 1 trường hợp suy hô hấp cấp do viêm phổi nặng sau phẫu thuật. Trường hợp tử vong còn lại người bệnh được chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng ổ loét dạ dày tá tràng, ổ bụng rất nhiều mủ, thực ăn và giả mạc.

Qua đó, chúng tôi nhận thấy rằng, viêm phúc mạc là một biến chứng nghiêm trọng của thủng ổ loét dạ dày tá tràng. VPM có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết dẫn đến sốc nhiễm trùng và suy đa cơ quan, hậu quả nghiêm trọng nhất là dẫn đến tử vong. Vì vậy, đối với những người bệnh thủng ổ loét dạ dày – tá tràng cần phát hiện và điều trị sớm để tránh các biến chứng nặng dẫn đến tử vong. Khi viêm phúc mạc xảy ra, cần phải điều trị sớm và tích cực với kháng sinh phổ rộng truyền tĩnh mạch liều cao, hồi sức tích cực để tránh các biến chứng nặng hơn do viêm phúc mạc gây ra.

Có 2% trường hợp có biến chứng rò chỗ khâu. Ngoài ra các biến chứng khác chiếm một tỉ lệ nhỏ như bung vết mổ thành bụng (2%), suy hô hấp (2%), viêm phổi nặng (4,1%). Nghiên cứu của Flore Varcus [10] ghi nhận hai trường hợp tử vong. Biến chứng sau phẫu thuật bao gồm: 2,4% nhiễm trùng vết mổ; 1,6% tim mạch; 1% phổi; 0,7% rò tá tràng; 1% nhiễm trùng khoang sâu; 0,3% xuất huyết tiêu hoá trên. Nghiên cứu của Victor Vakayil [13] có tỉ lệ tử vong khá cao 17,9%. Tác giả Courtney [14] có kết quả tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 1,88%, có 1 trường hợp biến chứng tắc ruột sớm sau phẫu thuật, 2 trường hợp chẩn đoán thất bại, không có tử vong hậu phẫu. Olufajo trong 1/10 số bệnh nhân bị thủng và tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết cao hơn đã tử vong trong thời gian nằm viện. Nhiễm trùng huyết, suy đa cơ quan và bệnh phổi biến chứng thường là nguyên nhân gây tử vong với ít hơn 1/5 số bệnh nhân tử vong trực tiếp do chảy máu [9].

Cách xử trí biến chứng ở nghiên cứu của

chúng tôi bao gồm các phương pháp: phẫu thuật lại khâu chỗ xì (4,1%), hồi sức tích cực tại ICU (2%) và sử dụng kháng sinh tĩnh mạch liều cao (4,1%). Các trường hợp có biến chứng đều được chẩn đoán, xử lý sớm và đạt kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng đặc biệt là ở những người bệnh cao tuổi là một phương pháp khá an toàn, tỉ lệ thành công cao, kỹ thuật không phức tạp, rút ngắn thời gian nằm viện, không mất máu, thẩm mỹ, ít đau và hồi phục nhanh sau mổ. Có thể áp dụng được ở tuyến đủ điều kiện về cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế, phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abbasi - Kangevari, Mohsen, et al.** Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: A systematic analysis for the global burden of disease study 1990–2019. *PloS one*, 2022, 17.8: e0271284.
2. **Rivai, M. Iqbal; Suchitra, Avit; Janer, Aulia.** Evaluation of clinical factors and three scoring systems for predicting mortality in perforated peptic ulcer patients, a retrospective study. *Annals of Medicine and Surgery*, 2021, 69: 102735.
3. **Coe, Peter O., et al.** Open versus laparoscopic repair of perforated peptic ulcer disease: a propensity - matched study of the national emergency laparotomy audit. *Annals of surgery*, 2022, 275.5: 928 - 932.
4. **Koranne, Aboli, et al.** A comparative study between peptic ulcer perforation score, mannheim peritonitis index, ASA score, and Jabalpur score in predicting the mortality in perforated peptic ulcers. *The Surgery Journal*, 2022, 8.03: e162 - e168.
5. **Azhari, Hassan, et al.** The global incidence of peptic ulcer disease is decreasing since the turn of the 21st century: a study of the organisation for economic co - operation and development (OECD). *Official journal of the American College of Gastroenterology* | *ACG*, 2022, 117.9: 1419 - 1427.
6. **Gasimov, N. A., et al.** Immediate results of minimally invasive surgery for complicated peptic ulcer of the stomach and duodenum. *Actual problems of modern medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Stomatological Academy*, 2024, 24.2: 10 - 17.
7. **Lee, Jae Gon, et al.** Impact of age on stage - specific mortality in patients with gastric cancer: A long - term prospective cohort study. *PloS one*, 2019, 14.8.
8. **Costa, Gianluca, et al.** Perforated peptic ulcer (PPU) treatment: an Italian nationwide propensity score - matched cohort study investigating laparoscopic vs open approach. *Surgical Endoscopy*, 2023, 37.7: 5137 - 5149.
9. **Olufajo, Olubode A., et al.** Trends in the surgical management and outcomes of complicated peptic ulcer disease 2020: 856 - 864.
10. **Flore Varcus et al.** Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer: A Retrospective Study, *World Journal of Surgery* 2017, vol 41, pp. 948953.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Văn Chuẩn¹, Nguyễn Duy Khoa¹, Hà Đăng Định¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy liên mẫu chuyển xương đùi là loại gãy ngoài khớp, thường gặp ở người già, nhất là phụ nữ, do chấn thương nhẹ như ngã và đập phần hông chạu xuống nền cứng. Phẫu thuật ít xâm lấn đã chứng minh ưu thế vượt trội với hiệu quả điều trị cao và phục hồi nhanh chóng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 34 bệnh nhân gãy LMC xương đùi từ tháng 10/2020 đến tháng 5/2021 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm bệnh nhân phẫu thuật bằng nẹp DHS hoặc nẹp vít khóa, loại trừ các trường hợp thiếu dữ liệu hoặc có bệnh lý nặng kèm. **Kết quả:** Đặc điểm bệnh nhân phổ biến: Tuổi 18 - < 60 tuổi; Giới tính: Nam 52,9%, Nữ 47,1%. Lý do chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt (58,82%); loại gãy thường gặp A.2.2 (38,24%). Liên vết mổ kỳ đầu: 94,12%; không có biến chứng nặng. Tốt và rất tốt đạt 94,12%. **Kết luận:** Phẫu thuật ít xâm lấn cho kết quả điều trị tốt, giảm biến chứng, phù hợp trong điều trị gãy LMC. **Từ khóa:** Gãy liên mẫu chuyển; nẹp DHS; nẹp vít khóa.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR INTERTROCHANTERIC FRACTURES SURGERY AT BAC GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Introduction: Intertrochanteric fractures are extracapsular fractures, often found in the elderly, particularly women, resulting from mild trauma such as falling onto a hard surface. Minimally invasive surgery has demonstrated significant advantages with high treatment efficacy and rapid recovery. **Material and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 34 patients with intertrochanteric fractures treated from October 2020 to May 2021 at Bac Giang Provincial General Hospital. Inclusion criteria involved patients undergoing fixation with DHS or locking plates, excluding those with insufficient data or severe comorbidities. **Results:** Common patient characteristics: Age 18 - < 60 years; Gender: Male 52.9%, Female 47.1%. Main causes of trauma were domestic accidents (58.82%); the most common fracture type was A.2.2 (38.24%). Primary wound healing rate: 94.12%; no severe complications. Good and excellent outcomes reached 94.12%. **Conclusion:** Minimally invasive surgery provides effective treatment outcomes, reduces complications, and is suitable for treating intertrochanteric fractures.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chuẩn

Email: drchuanbg77@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

Keywords: Intertrochanteric fractures surgery; DHS pilates; locking plates;

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mẫu chuyển xương đùi thuộc nhóm gãy ngoài khớp, phổ biến ở người cao tuổi, đặc biệt là phụ nữ. Đặc điểm giải phẫu vùng này, bao gồm vùng mẫu chuyển lớn và nhỏ, dễ bị tổn thương bởi các chấn thương nhẹ như ngã. Tình trạng loãng xương ở người già khiến vùng mẫu chuyển trở thành điểm yếu, chỉ cần một lực tác động nhỏ cũng có thể gây gãy [1, 2].

Có nhiều phương pháp điều trị gãy liên mẫu chuyển, từ bó bột, xuyên đinh kéo liên tục, cho đến các kỹ thuật phẫu thuật như nẹp DHS, nẹp khóa, và thay khớp háng bán phần. Tuy nhiên, điều trị bảo tồn thường kéo dài thời gian bất động, dẫn đến các biến chứng nguy hiểm như loét tỳ đè, viêm phổi, và tử vong [3]. Phẫu thuật ít xâm lấn, nhờ bảo toàn tối đa nguồn máu nuôi dưỡng ổ gãy và giảm sang chấn, đã chứng minh hiệu quả vượt trội, giảm biến chứng và cải thiện khả năng phục hồi chức năng [4, 5].

Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang, kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn trong điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi đã được triển khai từ năm 2008 với những kết quả khả quan. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu chính thức đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại đây. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm nhận xét kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi bằng phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 10/2020 đến tháng 5/2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 34 bệnh nhân gãy kín liên mẫu chuyển xương đùi được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp DHS hoặc nẹp vít khóa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang từ tháng 10/2020 đến tháng 5/2021 với tiêu chuẩn chọn:

- Bệnh nhân gãy kín liên mẫu chuyển xương đùi nguyên nhân do chấn thương, phân loại AO từ A1 đến A3 được phẫu thuật kết hợp xương ít xâm lấn.

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, cả hai giới.

- Có hồ sơ bệnh án lưu trữ đầy đủ, phù hợp với các biến số và chỉ số nghiên cứu theo bệnh án mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân gãy LMC