

- 83 cases. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2022;159(2):530–6.
4. **Khan Z, Zanfagnin V, El-Nashar SA, Famuyide AO, Daftary GS, Hopkins MR.** Risk Factors, Clinical Presentation, and Outcomes for Abdominal Wall Endometriosis. J Minim Invasive Gynecol. 2017;24(3):478–84.
 5. **Rindos NB, Mansuria S.** Diagnosis and Management of Abdominal Wall Endometriosis: A Systematic Review and Clinical Recommendations. Obstetrical & Gynecological Survey. 2017 Feb;72(2):116.
 6. **Hensen JHJ, Van Breda Vriesman AC, Puylaert JBCM.** Abdominal Wall Endometriosis: Clinical Presentation and Imaging Features with Emphasis on Sonography. American Journal of Roentgenology. 2006 Mar;186(3):616–20.
 7. **Solak A, Genç B, Yalaz S, Şahin N, Sezer TÖ, Solak İ.** Abdominal Wall Endometrioma: Ultrasonographic Features and Correlation with Clinical Findings. Balkan Med J. 2013 Jun;30(2):155–60.
 8. **Yu CY, Perez-Reyes M, Brown JJ, Borrello JA.** MR appearance of umbilical endometriosis. J Comput Assist Tomogr. 1994;18(2):269–71.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÁCH CHÓP XOAY KHỚP VAI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI

Nguyễn Hoàng Mạnh¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả phục hồi chức năng khớp vai bằng phẫu thuật khâu gân chóp xoay qua nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020 – 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán rách chóp xoay và được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ bằng phẫu thuật nội soi từ 01/2020 đến 12/2023. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 110 phút, dài nhất 250 phút trung bình $168,66 \pm 36,83$ phút. Bệnh nhân không có các biến chứng trong và sau mổ. Trước phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều có điểm số kết quả chung của bệnh nhân theo UCLA từ 0-20. Sau phẫu thuật, 100% bệnh nhân đều có điểm số UCLA từ 21 điểm trở lên. Tại thời điểm hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá là 100%. **Từ khóa:** khớp vai, phẫu thuật nội soi, rách chóp xoay.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF ARTHROSCOPIC SURGICAL TREATMENT OF ROTATORY CUFF TEARS

Objective: Evaluation of surgical results and results of shoulder joint rehabilitation by arthroscopic rotator cuff tendon repair surgery at Can Tho Central General Hospital in 2020 - 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study design on 41 patients diagnosed with rotator cuff tears and operated on at Can Tho Central General Hospital by arthroscopic surgery from January 2020 to December 2023. **Result:** The shortest surgical time was 110 minutes, the longest was 250 minutes, with an average of 168.66 ± 36.83 minutes. Patients had no complications

during or after surgery. Before surgery, all patients had a UCLA patient outcome score of 0-20. After surgery, 100% of patients had a UCLA score of 21 or higher. At the postoperative time, we recorded 100% of patients with good and fair results. **Keywords:** shoulder arthroscopic surgery, rotator cuff tear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rách chóp xoay là tổn thương tại vùng vai dễ dẫn đến mất vận động tại vùng này. Việc chẩn đoán và điều trị rách chóp xoay hiện nay đã có nhiều tiến bộ thông qua các công cụ hỗ trợ như siêu âm hay cộng hưởng từ [1]. Tuy nhiên, ở Việt Nam việc điều trị rách chóp xoay bằng phẫu thuật còn nhiều khuynh hướng khác nhau, chưa có sự thống nhất. Bên cạnh đó, tại các bệnh viện ở Thành phố Cần Thơ chưa có nhiều nghiên cứu về đánh giá kết quả điều trị rách chóp xoay. Từ những vấn đề trên thúc đẩy chúng tôi tiến hành đề tài Đánh giá kết quả điều trị rách chóp xoay khớp vai bằng phẫu thuật nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán rách chóp xoay và được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ bằng phẫu thuật nội soi từ 01/2020 đến 12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tuổi từ 16 trở lên, được chẩn đoán rách chóp xoay trên khám lâm sàng và trên cộng hưởng từ và được phẫu thuật nội soi khớp vai điều trị thương tổn chóp xoay. Hồ sơ đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các di chứng chấn thương hoặc bệnh lý vùng khớp vai, bại liệt, cứng khớp vai và phẫu thuật vùng vai trước đó. Bệnh nhân mắc bệnh tâm thần, người không hợp tác điều trị.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Anh

Email: thanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Từ tháng 01/2020 đến 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{z^2 \cdot \alpha \cdot P(1-P)}{d^2}$$

Trong đó: $p = 97,3\%$. Là kết quả phục hồi chức năng khớp vai đạt kết quả rất tốt và tốt bằng phẫu thuật nội soi khâu gân chóp xoay theo nghiên cứu của tác giả Võ Thành Toàn và cộng sự [1]. $\alpha = 5\%$ là sai lầm loại 1

$d = 5\%$ là sai số tuyệt đối

Từ đó tính ra cỡ mẫu $n \approx 40,4$. Với kỳ vọng có kết quả tương tự, chúng tôi cần ít nhất chọn cỡ mẫu là 41.

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Tiến hành thu thập số liệu trên những bệnh nhân thỏa những tiêu chuẩn trên từ lúc bắt đầu nghiên cứu đến khi kết thúc.

Nội dung nghiên cứu:

Đánh giá kết quả phẫu thuật và kết quả phục hồi chức năng khớp vai sau phẫu thuật và so sánh với các chỉ số này trước mổ.

Kết quả từ sau phẫu thuật đến khi ra viện:

- Đánh giá đau (thang điểm VAS) và đặc điểm đau theo thang điểm UCLA.

- Tình trạng vết mổ: Chúng tôi chia tình trạng vết mổ tại thời điểm nằm viện thành hai nhóm:

- Khô, chân chỉ không đỏ, không nung mủ.
- Chân chỉ tấy đỏ, rỉ dịch.

- Chức năng tay bị tổn thương trước và sau phẫu thuật.

- Sức cơ gấp ra trước trước và sau phẫu thuật.

- Biên độ gấp ra trước chủ động trước và sau phẫu thuật.

- Các tai biến, biến chứng khác: Liệt tòng thần kinh, tụ máu khớp, chèn ép khoang, gãy móm cùng vai, gãy dụng cụ, tổn thương thần kinh nách, cứng khớp vai

- Khám hoặc tra cứu hồ sơ bệnh nhân tại thời điểm hậu phẫu (thời gian nằm viện sau mổ) với các chỉ số theo thang điểm chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA.

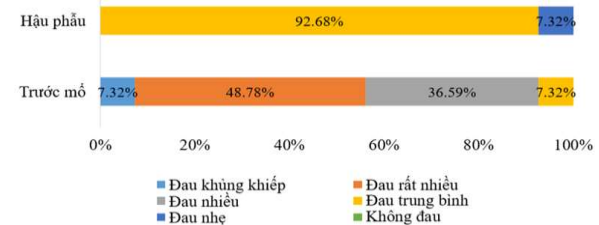
Trong bảng thang điểm UCLA có phân loại chức năng khớp vai từ rất tốt đến xấu như sau:

- Từ 34-35 điểm: rất tốt.
- Từ 28-33 điểm: tốt.
- Từ 21-27 điểm: trung bình.
- Từ 0-20 điểm: xấu.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học. Tôn trọng quyền riêng tư của bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá theo thang điểm đau VAS



Biểu đồ 3.1. Đau theo thang điểm VAS (n=41)

Nhận xét: Trước mổ bệnh nhân đau không đáng kể chiếm tỷ lệ 7,32%, 48,78% bệnh nhân đau rất nhiều, 36,59% bệnh nhân đau nhiều, 7,32% bệnh nhân đau trung bình. Tại thời điểm hậu phẫu bệnh nhân đau trung bình chiếm tỷ lệ 92,68%, bệnh nhân đau nhẹ chiếm 7,32%.

3.2. Tình trạng vết mổ tại thời điểm hậu phẫu

Bảng 3.1. Tình trạng vết mổ tại thời điểm hậu phẫu (n=41)

Tình trạng vết mổ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Khô, chân chỉ không đỏ, không nung mủ	41	100
Chân chỉ tấy đỏ, rỉ dịch	0	0
Tổng	41	100

Nhận xét: Trong số 41 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, 100% bệnh nhân vết mổ khô, chân chỉ không đỏ, không nung mủ.

3.3. Biến chứng sau phẫu thuật. Trong 41 trường hợp nghiên cứu, không có trường hợp nào gặp biến chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật.

3.4. Đánh giá kết quả theo thang điểm UCLA

Bảng 3.2. Mức đau của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật (n=41)

Điểm số đau theo UCLA	Trước mổ	Hậu phẫu
1	43,90	0
2	48,78	0
4	7,32	0
6	0	92,68
8	0	7,32
10	0	0

Nhận xét: Mức độ đau của bệnh nhân cải thiện đáng kể sau mổ. Điểm số đau 6 điểm chiếm 92,68%. Điểm số đau 8 điểm. Không trường hợp nào từ 4 điểm trở xuống.

Bảng 3.3. Chức năng tay của bệnh nhân trước và sau phẫu thuật (n=41)

Điểm số chức năng tay của bệnh nhân	Trước mổ	Hậu phẫu
1	14,63	0
2	36,59	0
4	19,51	9,76
6	21,95	68,29
8	0	21,95
10	0	0

Nhận xét: Chức năng tay của bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ. Số bệnh nhân có điểm số dao động từ 4 đến 8 điểm, chiếm nhiều nhất là điểm số 6 điểm (68,29%). Không có trường hợp nào điểm số chức năng tay 1 điểm hay 2 điểm.

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo biên độ gấp ra trước chủ động (n=41)

Điểm số	Trước mổ	Hậu phẫu
<3 điểm	34,15	4,88
3 điểm	39,02	34,15
4 điểm	26,83	60,98
5 điểm	0	0

Nhận xét: Tại thời điểm hậu phẫu, biên độ gấp ra trước đạt 4 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 60,98%.

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo sức cơ gấp ra trước (n=41)

Sức cơ gấp ra trước	Trước mổ	Hậu phẫu
0	12,20	0
1	24,39	0
2	36,59	19,51
3	26,83	34,15
4	0	41,46
5	0	4,88

Nhận xét: Thời điểm hậu phẫu, số bệnh nhân có điểm số sức cơ gấp ra trước dưới 3 là 19,51% bệnh nhân, điểm số bằng 3 có 34,15%, điểm số bằng 4 có tỷ lệ 41,46%, điểm số bằng 5 có 4,88%.

Bảng 3.6. Thang điểm UCLA trước và sau phẫu thuật (n=41)

Điểm số	Trước phẫu thuật	Hậu phẫu
34-35	0 (0%)	0 (0%)
28-33	0 (0%)	1 (2,44%)
21-27	0 (0%)	40 (97,56%)
0-20	41 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Trước phẫu thuật, 100% bệnh nhân có thang điểm UCLA dưới 21. Tại thời điểm hậu phẫu, chúng tôi nhận thấy thang điểm UCLA đạt mức 21 – 27 chiếm tỷ lệ cao nhất 97,56%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá theo thang điểm đau VAS.

Thời điểm trước mổ, bệnh nhân đau khủng khiếp chiếm tỷ lệ 7,32%, 48,78% bệnh nhân đau rất nhiều, 36,59% bệnh nhân đau nhiều, 7,32%

bệnh nhân đau trung bình. bệnh nhân giảm đau sau mổ chiếm tỷ lệ cao. Cụ thể, tại thời điểm hậu phẫu, bệnh nhân đau trung bình chiếm tỷ lệ 92,68%, nhóm bệnh nhân đau nhẹ chiếm 7,32%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước. Cụ thể, theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tâm Từ (2022), tỷ lệ bệnh nhân đau sau mổ chiếm tỷ lệ thấp dần qua các thời điểm trước và sau mổ. Tác giả diễn giải rằng do bệnh nhân thực hiện tốt tuân thủ điều trị của bác sĩ và quá trình phẫu thuật cũng như sử dụng thuốc đúng và phù hợp nên kết quả đau cải thiện nhiều bắt đầu từ thời điểm sau mổ [2]. Nghiên cứu của tác giả Phan Đình Mừng (2020) cũng có nhận định tương tự [3].

4.2. Tình trạng vết mổ tại thời điểm hậu phẫu.

Nghiên cứu của Phan Đình Mừng (2020) ghi nhận không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ [3]. Nghiên cứu của Tăng Hà Nam Anh (2014) cũng ghi nhận không có trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ [4]. Đối với nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự như sau: 100% bệnh nhân vết mổ lành tốt sau phẫu thuật, không có nhiễm trùng. Vết mổ khô, chân chỉ không đỏ, không nung mủ chiếm 100%. Điều này lý giải là thao tác vô trùng trong lúc mổ, chăm sóc, theo dõi vết thương sau mổ của bệnh viện chúng tôi nghiên cứu rất tốt.

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật

4.3.1. Tổn thương mạch máu, thần kinh. Biến chứng tổn thương mạch máu chúng tôi không gặp ở những bệnh nhân mổ nội soi chớp xoay.

MacKecchnie M.A.K. và cộng sự trong bài tổng kết y văn về kết quả lâm sàng sau phẫu thuật nội soi hay mổ mở của các bệnh nhân trẻ, khâu phục hồi các vết rách chớp xoay toàn phần, có 5/95 bệnh nhân (5,3%) có biến chứng: hai bệnh nhân có biến chứng liệt thần kinh nách thoáng qua và nhiễm trùng nông mô tả bởi Pennington S.D. và cộng sự [5]. Có 3 bệnh nhân: hạn chế vận động khớp vai, nhiễm trùng và không lành gân) theo Hawkin R.J. và cộng sự [6].

4.3.2. Sưng nề lớn tại vị trí mổ. Biến chứng này do ngấm dịch ra ngoài khớp vai xảy ra ở tất cả các bệnh nhân sau mổ ở các mức độ khác nhau. Những bệnh nhân già, thời gian mổ lâu, sử dụng áp lực nước cao thì biến chứng này mức độ nhiều hơn. Tuy nhiên trong tất cả các bệnh nhân mổ nội soi khớp vai trong nghiên cứu này không gặp biến chứng chèn ép khoang do thoát dịch ra ngoài khớp vai. Tình trạng sưng nề vùng khớp vai và thành ngực sẽ giảm dần và hết trong thời gian 5 ngày sau mổ.

4.3.3. Rối loạn dinh dưỡng vùng vai.

Biểu hiện bằng sưng nề nhẹ vùng khớp vai, màu sắc da vùng vai tím nhẹ, đau nhức vai có thể tăng hơn trước mổ và nhức nhiều về ban đêm, triệu chứng cải thiện rõ khi dùng steroid giảm dần liều, giảm nề, giãn cơ, an thần, sinh tố. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng này.

4.3.4. Teo cơ vùng khớp vai và hạn chế vận động khớp vai. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng này. Do đau nên bệnh nhân hạn chế vận động khớp vai, thay vì phải tập động tác đưa vai kiểu con lắc trong thời gian mang đai chóp xoay để giúp lành gân chóp xoay sau mổ. Hạn chế vận động ở đây gồm cả chủ động và thụ động dẫn đến teo cơ vùng khớp vai rõ. Tuy nhiên khi bệnh nhân đến tái khám ở thời điểm ba tuần sau mổ, được cho thuốc (khi có rối loạn dinh dưỡng vùng khớp vai) và hướng dẫn tập vận động thì biến chứng teo cơ và hạn chế vận động sẽ cải thiện dần trong vòng một năm sau mổ.

4.3.5. Yếu cơ vùng vai và không lành gân chóp xoay. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng này trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Yếu tố nguy cơ cho biến chứng yếu cơ là nhóm bệnh lý tiểu đường, hạn chế vận động khớp vai trước mổ, kích cỡ vết rách, viêm dính bao khớp, mổ khâu 1 hàng, tuổi nhỏ hơn 50, cho dù là yếu tố nguy cơ nào đi nữa, phục hồi chức năng sau mổ rất quan trọng để tránh nguy cơ này.

4.4. Đánh giá kết quả theo thang điểm UCLA. Về yếu tố đau trong thang điểm UCLA, chúng tôi ghi nhận trước mổ không có bệnh nhân nào được 6 điểm. Tuy nhiên sau khi phẫu thuật, điểm số của bệnh nhân cải thiện đáng kể. Tại thời điểm hậu phẫu, điểm số đau của bệnh nhân từ 6 điểm trở lên, không bệnh nhân nào dưới 6 điểm. Lý giải cho điều này, cho thấy phẫu thuật nội soi khâu gân chóp xoay là 1 phương pháp tốt dùng để điều trị nhóm bệnh lý tổn thương gân cơ tại chóp xoay, bên cạnh đó mặc dù phương pháp này chỉ mới vừa được triển khai tại Cần Thơ nhưng mang lại hiệu quả cao.

Sau phẫu thuật, số bệnh nhân có điểm số chức năng tay dưới 4 là 0 bệnh nhân, điểm số bằng 6 chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,29% tổng số bệnh nhân, điểm số 8 có 21,85% bệnh nhân, không có trường hợp nào 10 điểm. Điều này chứng tỏ phẫu thuật nội soi khâu gân chóp xoay là phẫu thuật hiệu quả trong điều trị phục hồi chức năng khớp vai.

Khi đánh giá biên độ gấp ra trước chủ động trước phẫu thuật, không có bệnh nhân nào đạt 5

điểm. Tại thời điểm hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận, biên độ gấp của bệnh nhân cải thiện đáng kể, cụ thể có 4,88% bệnh nhân có biên độ gấp <3 điểm, đa số bệnh nhân đạt từ 4 điểm trở lên.

Trước phẫu thuật, điểm số sức cơ gấp ra trước của bệnh nhân không bệnh nhân nào đạt 4 và 5 điểm. Thời điểm hậu phẫu, số bệnh nhân có điểm số sức cơ gấp ra trước dưới 3 là 19,51% bệnh nhân, điểm số bằng 3 có 34,15%, điểm số bằng 4 có tỷ lệ 41,46%, điểm số bằng 5 có 4,88%. Đối với sức cơ của nhóm bệnh nhân dưới 5 điểm, cần phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ lâm sàng và bác sĩ phục hồi chức năng để hỗ trợ cho bệnh nhân tối đa.

Từ những kết quả trên chúng tôi đưa ra kết quả chung điều trị trước và sau phẫu thuật. Xét khi trước phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều có điểm số kết quả chung của bệnh nhân theo UCLA từ 0-20. Sau phẫu thuật tại thời điểm hậu phẫu 100% bệnh nhân đều có điểm số từ 21-27 trở lên.

Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay điểm UCLA trung bình sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ và theo thời gian. nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tâm Từ cho thấy điểm UCLA sau mổ đạt kết quả tốt và rất tốt chiếm tỷ lệ cao 98,33%, 1,67% bệnh nhân đạt kết quả khá, không bệnh nhân nào không đạt [2]. Tác giả Phan Đình Mừng cũng ghi nhận đa số bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi phục hồi chức năng khớp vai tốt và rất tốt [3].

Theo nghiên cứu của Hoàng Minh Thắng ghi nhận điểm UCLA trung bình sau mổ cải thiện rõ rệt so với trước mổ, từ 12,4 lên 30,3. phân loại chức năng khớp vai theo thang điểm UCLA cho thấy: tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm tới 87,1 %, trung bình chiếm 12,9%, không có trường hợp nào chức năng kém [7].

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng các nghiên cứu trên, tại thời điểm hậu phẫu, chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá là 100%.

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả trên, chúng tôi nhận thấy mức độ phục hồi về chức năng sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay bằng phương pháp khâu gân mang lại hiệu quả cao trong phục hồi chức năng vai của bệnh nhân, đặc biệt là phần chóp xoay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thành Toàn và cộng sự** (2023), "Đánh giá kết quả nội soi điều trị rách chóp xoay", Tạp chí Y học Việt Nam, 530(1), tr.99 – 103.
2. **Nguyễn Tâm Từ** (2022), Nghiên cứu đặc điểm

- tổn thương và đánh giá kết quả điều trị rách chóp xoay bằng phẫu thuật nội soi, Luận văn chuyên khoa cấp II chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
3. **Phan Đình Mừng** (2020), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
 4. **Tăng Hà Nam Anh** (2014), Kết quả điều trị rách chóp xoay qua nội soi, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
 5. **Pennington S.D., Burkhead W.Z.** (2008), Arthroscopic Repair of Full-Thickness Tears of the Rotator Cuff in Patients Younger Than 40 Years, 24(3):324–328.
 6. **Hawkins R.J., Morin W.D., Bonutti P.M., et al.** (1999), "Surgical treatment of full-thickness rotator cuff tears in patients 40 years of age or younger", J. Shoulder Elbow Surg, 8(3), pp. 259–265.
 7. **Hoàng Minh Thắng** (2020), Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu gân chóp xoay khớp vai bằng kỹ thuật hai hàng qua nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.

TỶ LỆ TỬ VONG NỘI VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI BỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HOÁ TRÊN DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Thái Doãn Kỳ¹, Dương Đức Anh², Trần Ngô Gia Huy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong nội viện và các yếu tố liên quan tới tử vong nội viện ở các bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu thu thập số liệu của 204 bệnh nhân tuổi trên 65, bị xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng, điều trị nội trú tại Bệnh viện TUQĐ 108 từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 2 năm 2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 81,2 ± 8,3. Tỷ lệ tử vong nội viện là 13,3%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ giới và độ tuổi trung bình giữa nhóm tử vong và nhóm sống còn. Phân tích hồi quy đơn biến cho thấy, có ngất trên lâm sàng, nhịp tim và nồng độ albumin huyết thanh, hình ảnh nội soi phân loại Forrest IA, tái xuất huyết và cần truyền máu là các yếu tố liên quan đến tử vong nội viện. Phân tích đa biến chỉ có nhịp tim, albumin và tái xuất huyết là các yếu tố tiên lượng đến tử vong. **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong nội viện ở các bệnh nhân cao tuổi bị xuất huyết do loét dạ dày tá tràng khá cao. Nhịp tim, albumin huyết thanh lúc nhập viện và tái xuất huyết là các yếu tố tiên lượng độc lập đến tử vong. **Từ khóa:** Xuất huyết tiêu hoá do loét dạ dày tá tràng, bệnh nhân cao tuổi, các yếu tố tiên lượng, tử vong.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR MORTALITY IN ELDERLY PATIENTS WITH UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING DUE TO PEPTIC ULCER DISEASE

Objective: To determine the in-hospital mortality rate and factors associated with in-hospital mortality in elderly patients admitted for gastrointestinal bleeding

due to peptic ulcers. **Subjects and Methods:** A retrospective study collecting data from 204 patients aged over 65 with gastrointestinal bleeding caused by peptic ulcers, who were hospitalized at 108 Military Central Hospital from January 2020 to February 2025. **Results:** The mean age of the patients was 81.2 ± 8.3 years. The in-hospital mortality rate was 13.3%. There were no significant differences in gender distribution or mean age between the deceased and surviving groups. Univariate regression analysis showed that clinical syncope, heart rate, serum albumin levels, endoscopic Forrest IA classification, rebleeding, and the need for blood transfusion were associated with in-hospital mortality. Multivariate analysis identified heart rate, serum albumin, and rebleeding as independent predictors of mortality. **Conclusion:** The in-hospital mortality rate in elderly patients with gastrointestinal bleeding due to peptic ulcers is relatively high. Heart rate, serum albumin on admission, and rebleeding are independent prognostic factors for mortality. **Keywords:** Upper gastrointestinal bleeding, peptic ulcer disease, elderly patients, prognostic factors, mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) do loét dạ dày tá tràng là một cấp cứu tiêu hoá rất thường gặp. Tần suất XHTH do loét dạ dày tá tràng ở người cao tuổi đang có xu hướng ngày càng tăng ở nước ta do liên quan đến sự già hoá dân số và việc sử dụng rộng rãi các thuốc giảm đau chống viêm không steroid, các thuốc dự phòng huyết khối. XHTH ở bệnh nhân cao tuổi thường diễn biến phức tạp và nguy cơ tử vong cao hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Tuổi cao đã được xác định là một trong những yếu tố nguy cơ tiên lượng tử vong ở các bệnh nhân XHTH nói chung và XHTH không do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản nói riêng.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá các yếu tố tiên lượng can thiệp, biến chứng

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường đại học VinUniversity

Chịu trách nhiệm chính: Thái Doãn Kỳ

Email: kythaitrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 22.5.2025