

- Hamvas A, Olsen MA, Fraser VJ. Ventilator-associated pneumonia in extremely preterm neonates in a neonatal intensive care unit: characteristics, risk factors, and outcomes. *Pediatrics*. 2003;112(6):1283-9.
5. Deng C, Li X, Zou Y, Wang J, Wang J, Namba F, et al. Risk factors and pathogen profile of ventilator-associated pneumonia in a neonatal intensive care unit in China. *Pediatrics International*. 2011;53(3):332-7.
6. Rangelova V, Kevorkyan A, Raycheva R, Krasteva M. Ventilator-Associated Pneumonia in the Neonatal Intensive Care Unit—Incidence and Strategies for Prevention. *Diagnostics*. 2024;14(3):240.
7. Rosenthal VD, Rodriguez-Calderon ME, Rodriguez-Ferrer M, Singhal T, Pawar M, Sobreyra-Oropeza M, et al. Findings of the International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC), Part II: Impact of a multidimensional strategy to reduce ventilator-associated pneumonia in neonatal intensive care units in 10 developing countries. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2012;33(7):704-10.
8. Tripathi S, Malik G, Jain A, Kohli N. Study of ventilator associated pneumonia in neonatal intensive care unit: characteristics, risk factors and outcome. *Internet Journal of Medical Update-EJOURNAL*. 2010;5(1).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ RÁCH CHÓP XOAY BẰNG KỸ THUẬT KHẤU 2 HÀNG KHÔNG BUỘC CHỈ

Trần Quyết^{1,2}, Vũ Đức Thắng², Phạm Văn Thương³, Nguyễn Hữu Mạnh^{1,2}, Vũ Đức Việt^{1,2}, Nguyễn Quốc Trung², Nguyễn Thị Luyện¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay đã không ngừng phát triển, từ kỹ thuật khâu một hàng, tới hai hàng, hay hai hàng bắc cầu không buộc chỉ. Trong đó, kỹ thuật khâu hai hàng không buộc chỉ được nhiều tác giả trên thế giới đánh giá cao nhờ ưu thế về cơ sinh học và khả năng cải thiện kết quả liền gân. Tuy nhiên, tại Việt Nam, nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp này còn hạn chế. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả lâm sàng và hình ảnh học sau phẫu thuật khâu chóp xoay nội soi hai hàng không buộc chỉ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiền cứu trên 40 bệnh nhân rách chóp xoay được khâu hai hàng không buộc chỉ qua nội soi tại Hệ thống y tế Vinmec từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Điểm UCLA tăng từ $20,45 \pm 1,62$ lên $32,78 \pm 1,69$ ($p < 0,01$), điểm ASES tăng từ $27,56 \pm 2,16$ lên $94,48 \pm 3,73$ ($p < 0,01$). Trong 36 bệnh nhân chụp cộng hưởng từ sau phẫu thuật 6 tháng, tỷ lệ liền gân hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn (Sugaya I–II) đạt 83,3% (I: 38,9%; II: 44,4%); Sugaya III chiếm 13,9%, Sugaya IV 2,8%, không có Sugaya V. Bốn bệnh nhân được đánh giá qua siêu âm đều cho kết quả liền gân độ 2. Không bệnh nhân nào được xếp loại “xấu” theo UCLA ở thời điểm cuối theo dõi. **Kết luận:** Khâu chóp xoay nội soi hai hàng không buộc chỉ đem lại cải thiện chức năng rõ rệt, với tỷ lệ liền gân cao và chỉ ghi nhận 1 ca tái rách độ IV theo Sugaya

nhưng về chức năng ca này vẫn tốt nên không cần phẫu thuật lại, có thể ứng dụng kỹ thuật này rộng rãi tại Việt Nam. **Từ khóa:** rách chóp xoay; nội soi khớp vai; hai hàng; không buộc chỉ.

SUMMARY

OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC SURGERY FOR TREATMENT OF ROTATOR CUFF TEARS USING KNOTLESS DOUBLE ROW TECHNIQUE

Background: Arthroscopic rotator cuff repair has continuously evolved, from single-row to double-row and knotless transosseous-equivalent techniques. Among these, knotless double-row repair has been highly regarded worldwide due to its biomechanical advantages and improved tendon healing outcomes. Yet, in Vietnam, evidence on the effectiveness of this method remains limited. **Objective:** To evaluate the clinical and imaging outcomes after arthroscopic knotless double-row rotator cuff repair. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective data was conducted on 40 patients with rotator cuff tears who underwent arthroscopic knotless double-row repair at Vinmec Healthcare System between January 2023 and June 2025. **Results:** The UCLA score improved from 20.45 ± 1.62 to 32.78 ± 1.69 ($p < 0.01$), and the ASES score increased from 27.56 ± 2.16 to 94.48 ± 3.73 ($p < 0.01$). Among 36 patients who underwent MRI at 6 months postoperatively, the rate of complete or near-complete tendon healing (Sugaya I–II) was 83.3% (I: 38.9%; II: 44.4%); Sugaya III accounted for 13.9%, Sugaya IV 2.8%, and no Sugaya V was observed. Four patients assessed by ultrasound all demonstrated grade 2 tendon healing. No patients were classified as “poor” according to UCLA at the final follow-up. **Conclusion:** Arthroscopic knotless double-row rotator cuff repair provides significant functional improvement, with a high tendon healing rate and

¹Trung tâm Chấn thương chỉnh hình và Y học thể thao - Hệ thống y tế Vinmec

²Trường Đại học VinUni

³Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết

Email: quyettran.bs@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

there was only 1 case of grade IV re-tear according to Sugaya but the function of this case was still good so no need for re-surgery. This technique can be widely applied in Vietnam. **Keywords:** rotator cuff tear; shoulder arthroscopy; double row; knotless.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

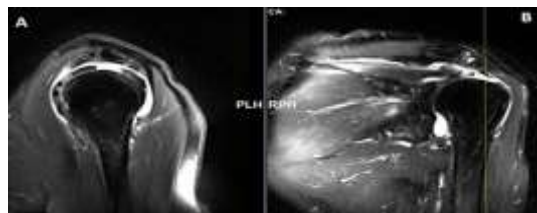
Rách chóp xoay là một trong những tổn thương phổ biến nhất của khớp vai, gây ra đau, hạn chế vận động và suy giảm chức năng sống đáng kể cho người bệnh. Đối với các trường hợp rách toàn bộ, rách lớn, hoặc rách bán phần gây triệu chứng dai dẳng không đáp ứng với điều trị bảo tồn, phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn để khôi phục giải phẫu và chức năng của khớp vai [1], trong đó phẫu thuật nội soi đã trở thành tiêu chuẩn nhờ những ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật mở truyền thống [1].

Trong phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay, các kỹ thuật đã không ngừng được phát triển và cải tiến nhằm tối ưu hóa kết quả liền gân và chức năng. Ban đầu, kỹ thuật khâu một được áp dụng rộng rãi [2]. Tuy nhiên, với sự hiểu biết sâu hơn về sinh cơ học và giải phẫu, kỹ thuật khâu hai hàng đã ra đời và chứng minh được ưu điểm vượt trội về mặt cơ học, giúp tăng diện tích tiếp xúc giữa gân và xương, cải thiện sức bền của mỗi khâu và tăng tỷ lệ liền gân [1,2]. Những năm gần đây, kỹ thuật khâu hai hàng bắc cầu không buộc chỉ được nhiều tác giả trên thế giới quan tâm, nghiên cứu và hứa hẹn mang lại nhiều lợi ích tiềm năng như giảm thời gian phẫu thuật, giảm kích thước nút buộc trong khớp nhờ đó có thể giảm nguy cơ kích ứng mô mềm hoặc kẹt khớp, giảm nguy cơ rách gân do buộc chỉ, tăng diện tích tiếp xúc gân xương nên gia tăng khả năng liền gân, đồng thời vẫn duy trì được độ vững chắc của mỗi khâu [3].

Tuy vậy, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả của kỹ thuật này, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu 2 hàng không buộc chỉ*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 40 bệnh nhân rách chóp xoay được xác định bằng lâm sàng và MRI, được chỉ định phẫu thuật nội soi khâu 2 hàng không buộc chỉ tại 2 bệnh viện thuộc hệ thống y tế Vinmec là bệnh viện Vinmec Timescity và bệnh viện Vinmec Hải Phòng từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025. Cả 40 ca đều bị hẹp khoang dưới mòm cùng do chồi xương mòm cùng vai và rách chóp xoay, được tạo hình mòm cùng vai trước khi khâu rách chóp xoay bằng kỹ thuật khâu 2 hàng không buộc chỉ.



Hình 1: Hình ảnh cộng hưởng từ rách rộng gân chóp xoay trên lát cắt Sagittal (A) và Coronal (B) trước mổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Về lâm sàng bệnh nhân được khám và đánh giá trước và sau mổ theo thang điểm UCLA và ASES.

Về hình ảnh học, bệnh nhân được chụp MRI 6–12 tháng sau mổ, đánh giá mức độ liền gân theo phân loại Sugaya. Thời điểm 1-3 tháng thì các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được đánh giá bằng lâm sàng và siêu âm. Kết quả cuối cùng được đánh giá bằng lâm sàng và MRI để xác định kết quả chức năng, tỷ lệ liền gân hoàn toàn, liền gân một phần và tái rách.



Hình 2: Hình ảnh trong mổ nội soi

Hình A: Rách chóp xoay kích thước lớn; hình B: chóp xoay rách được khâu theo kỹ thuật neo chỉ bắc cầu 2 hàng không buộc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Nhóm nghiên cứu có 15 nam và 25 nữ
- Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là $12,02 \pm 5,88$ tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất là 6 tháng. Thời gian theo dõi dài nhất là 24 tháng.

Bảng 1: Bên tổn thương chóp xoay

Vị trí tổn thương	Số lượng (n=40)	Tỷ lệ (%)
Vai phải	29	72,5%
Vai trái	11	27,5%

Nhận xét: Phần lớn các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu bị tổn thương ở vai bên phải, đây đều là vai thuận nên tần suất sử dụng vai này cao và sẽ có nguy cơ rách gân cao hơn.

3.2. Kết quả lâm sàng

3.2.1. Điểm UCLA

Bảng 2: Điểm UCLA trước và sau phẫu thuật

Đặc điểm	Trung bình $\pm$ SD	Min-max	p
Điểm UCLA trước mổ	20,45 $\pm$ 1,62	18-26 điểm	<0,01
Điểm UCLA sau mổ	32,78 $\pm$ 1,69	28-34 điểm	

Nhận xét: Điểm UCLA trung bình sau mổ của nhóm bệnh nhân là 32,78 $\pm$ 1,69, đạt kết quả tốt so với điểm trước mổ là 20,45 $\pm$ 1,62. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3: Phân loại kết quả điểm UCLA sau phẫu thuật

Phân loại điểm ULCA sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt	20	50,0
Tốt	20	50,0
Trung bình	0	0
Xấu	0	0
Tổng	40	100

Nhận xét: Dựa trên bảng phân loại điểm sau mổ, kết quả cho thấy tất cả bệnh nhân đều đạt từ tốt đến rất tốt, với tỷ lệ tốt 50% và rất tốt 50%. Điều này cho thấy sự thành công cao về mặt chức năng sau phẫu thuật.

3.2.2. Điểm ASES

Bảng 4: Điểm ASES trước và sau phẫu thuật (n=40)

Điểm ASES trung bình	TB $\pm$ SD	Min-max	p
ASES trước mổ	27,56 $\pm$ 2,16	22,80-30,80	<0,01
ASES kết thúc nghiên cứu	94,48 $\pm$ 3,73	79,05-98,30	

Nhận xét: Điểm trung bình ASES trước mổ là 27,56 $\pm$ 2,16, và điểm sau mổ là 94,48 $\pm$ 3,73. $P < 0,01$, sự cải thiện điểm ASES sau mổ so với trước mổ có ý nghĩa thống kê.

3.3. Kết quả hình ảnh học

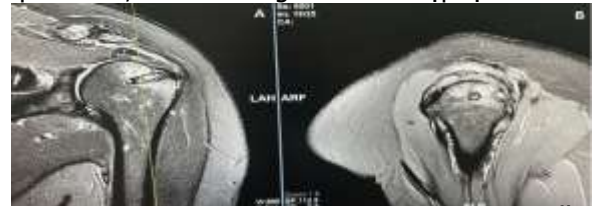
Kết quả liên gân trên chẩn đoán hình ảnh tại thời điểm kết thúc nghiên cứu được đánh giá theo phân loại liên gân của Sugaya trên cộng hưởng từ (MRI) và siêu âm (SA). Trong số 40 ca, 36 bệnh nhân đã chụp MRI sau mổ tại thời điểm kết thúc nghiên cứu (>6 tháng). 4 ca còn lại không chụp MRI vì tâm lý lo ngại về việc tiếp xúc tia xạ và đã được kiểm tra bằng siêu âm.

3.3.1. Phân độ liên gân trên cộng hưởng từ sau mổ (n=36)

Bảng 5: Phân độ liên gân trên cộng hưởng từ sau mổ (n=36)

CHT sau mổ	n	Tỷ lệ (%)
Độ 1	14	38,9
Độ 2	16	44,4
Độ 3	5	13,9
Độ 4	1	2,8
Độ 5	0	0,0
Tổng	36	100

Nhận xét: Theo bảng trên, tỷ lệ liên gân độ 2 là cao nhất với 44,4%, sau đó đến tỷ lệ liên gân độ 1 là 38,9%. Như vậy, tổng cộng 83,3% bệnh nhân đạt liên gân hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn (Độ 1 và Độ 2). Không có trường hợp nào thuộc độ 5 (tái rách hoàn toàn). Chỉ có 1 trường hợp (2,8%) thuộc độ 4 (không liên) do trước mổ gân rách quá rộng, thoái hóa mỡ nhiều. Tuy nhiên, về lâm sàng, bệnh nhân vẫn đạt kết quả rất tốt, không đau, hạn chế vận động nhẹ nhưng vẫn có sự bù trừ từ các cơ quanh vai, do đó không cần can thiệp lại.



Hình 3: Hình ảnh cộng hưởng từ sau phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay bằng kỹ thuật 2 hàng không buộc chỉ tại thời điểm 6 tháng cho thấy Gân liên độ 2 theo phân loại của Sugaya trên cả 2 lát cắt

3.3.2. Kết quả liên gân trên Siêu Âm sau mổ (n=4)

Bảng 6: Kết quả liên gân trên Siêu Âm sau mổ (n=4)

Phân loại độ liên gân sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ 1	0	0,0
Độ 2	4	100
Độ 3	0	0,0
Độ 4	0	0,0
Độ 5	0	0,0
Tổng	4	100

Nhận xét: Trong số 4 bệnh nhân được Siêu Âm đánh giá liên gân sau mổ lần cuối cùng ngoài 6 tháng, cả 4 ca đều có liên gân độ 2.

IV. BÀN LUẬN

Về vị trí tổn thương, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi (72,5%) bị tổn thương ở vai phải (vai thuận). Điều này nhất quán với các quan sát lâm sàng, khi vai thuận thường phải chịu mức độ hoạt động lặp đi lặp lại và áp lực cơ học cao hơn trong sinh hoạt hàng ngày, công việc và thể thao, dẫn đến nguy cơ rách gân chóp xoay cao hơn.

Mục tiêu chính của phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay là cải thiện chức năng vai bằng cách tăng tầm vận động, sức mạnh và giảm đau, từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [2]. Các kết quả lâm sàng của nghiên cứu cho thấy sự cải thiện vượt trội về chức năng vai và

mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng không buộc chỉ. Điểm UCLA và ASES là các thang điểm toàn diện đánh giá mức độ đau, chức năng khớp vai, tầm hoạt động chủ động, sức cơ và sự hài lòng của người bệnh [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm UCLA và ASES trung bình cải thiện đáng kể tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, khẳng định sự thành công cao về mặt chức năng sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Sugaya H. và cộng sự đã ghi nhận điểm UCLA cải thiện từ 14,5 lên 32,9 ($p < 0,01$)⁵, và điểm ASES từ 42,3 lên 94,3 ($p < 0,01$) [5]. Nghiên cứu của Kirkley A. và cộng sự thực hiện trên 157 bệnh nhân báo cáo điểm UCLA trung bình trước mổ khoảng $15,1 \pm 4,8$ và sau mổ là $29,6 \pm 4,0$ tại 12 tháng, và $31,2 \pm 3,8$ tại 24 tháng [4]. Điểm $94,48 \pm 3,73$ trong nghiên cứu của chúng tôi vượt trội hơn so với kỹ thuật một hàng và rất tương đồng với các kết quả cao nhất được báo cáo, cho thấy sự phục hồi chức năng tốt. Các kết quả xuất sắc từ cả điểm UCLA và ASES đều khẳng định tác động tích cực của phương pháp khâu hai hàng không buộc chỉ đối với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Đánh giá tình trạng liên gân sau phẫu thuật là một yếu tố quan trọng. Nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng phân loại liên gân của Sugaya trên cộng hưởng từ (MRI) và siêu âm (SA) để đánh giá kết quả liên gân. Trong số 40 bệnh nhân, 36 bệnh nhân đã được chụp MRI sau mổ tại thời điểm 6 tháng sau mổ. Phần lớn đạt liên gân hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn theo phân loại Sugaya. Cụ thể, tỷ lệ liên gân Độ 1 và Độ 2 chiếm tổng cộng 83,3% (38,9% Độ 1 và 44,4% Độ 2). Điều đáng chú ý là không có trường hợp nào thuộc Độ 5 (tái rách hoàn toàn). Nghiên cứu cũng ghi nhận 13,9% bệnh nhân có liên gân Độ 3 và chỉ có 2,8% trường hợp thuộc Độ 4 (không liên gân). Tỷ lệ liên gân Độ 1 và Độ 2 cao cho thấy kỹ thuật hai hàng không buộc chỉ mang lại hiệu quả vượt trội trong việc tái lập cấu trúc giải phẫu của gân chóp xoay. Nghiên cứu của Millett PJ và cộng sự về khâu chóp xoay hai hàng báo cáo tỷ lệ liên gân tổng thể là 51% (25/49 trường hợp), với 67% đối với rách một gân và 36% đối với rách nhiều gân [6]. Tương tự, một nghiên cứu khác báo cáo tỷ lệ tái rách tổng thể là 57,8% dựa trên phân loại Sugaya (Độ 3/4/5 được coi là tái rách) [7]. Nghiên cứu của chúng tôi liên gân cao hơn và không có trường hợp Độ V nào.

Về Sugaya Độ 3, nghiên cứu ghi nhận 13,9% (5 trường hợp). Một trường hợp duy nhất (2,8%) thuộc Sugaya Độ 4 (không liên gân) do trước mổ gân rách quá rộng, thoái hóa mỡ nhiều. Tuy

nhiên, điều đáng chú ý là trường hợp Sugaya độ 4 này vẫn đạt được kết quả lâm sàng rất tốt, với vận động có hạn chế nhưng không bị đau và có sự bù trừ từ các cơ quanh vai, do đó không cần can thiệp lại. Hiện tượng này minh họa rõ ràng sự không tương đồng giữa kết quả hình ảnh học và lâm sàng, một điều đã được ghi nhận trong y văn [8]. Điều này cho thấy rằng phục hồi chức năng không hoàn toàn phụ thuộc vào sự liền gân hoàn hảo. Các cơ chế bù trừ, kiểm soát đau hiệu quả và khả năng thích nghi của bệnh nhân có thể dẫn đến kết quả hài lòng ngay cả khi có những khiếm khuyết về cấu trúc.

Trong số 4 bệnh nhân được đánh giá liên gân bằng siêu âm sau mổ, cả 4 trường hợp đều cho thấy liên gân Độ 2. Mặc dù kết quả này rất tích cực, nhưng với cỡ mẫu quá nhỏ ($n=4$), việc khái quát hóa hoặc đưa ra kết luận thống kê mạnh mẽ là không thể. Tuy nhiên, nó cung cấp một gợi ý ban đầu về tiềm năng của siêu âm như một phương pháp không xâm lấn và dễ tiếp cận để theo dõi tình trạng liên gân sau phẫu thuật.

Kỹ thuật khâu chóp xoay hai hàng được phát triển nhằm khắc phục những hạn chế của kỹ thuật một hàng, đặc biệt là trong việc phục hồi giải phẫu và tăng cường độ vững chắc của vết khâu [2,5,9]. Về mặt thực nghiệm và cơ học, kỹ thuật khâu chóp xoay hai hàng được công nhận vượt trội hơn kỹ thuật một hàng về khả năng phục hồi giải phẫu diện bám chóp xoay, lực tải cũng như lực ép giữa gân và xương [8]. Kỹ thuật này giúp tăng diện tiếp xúc gân và xương, tăng lực ép lên điểm bám gân làm giảm khoảng trống dưới diện bám chóp xoay, và chịu được tải lực lớn [5]. Một số nghiên cứu thậm chí còn cho thấy kỹ thuật hai hàng có thể phục hồi 100% diện bám tự nhiên, trong khi kỹ thuật một hàng chỉ đạt 46% [7]. Kỹ thuật không buộc chỉ, đặc biệt là kỹ thuật bắc cầu xuyên xương tương đương không nút buộc, được đề xuất nhằm tăng hiệu quả, độ bao phủ, lực nén và lưu lượng mạch máu đến hàng gân trong [6,10]. Một số lý thuyết cho rằng chỉ neo có nút buộc có thể gây siết chặt quá mức và ảnh hưởng đến mạch máu của gân, làm tăng nguy cơ tái rách [7]. Tuy nhiên, một tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tái rách giữa kỹ thuật hai hàng có nút buộc và không nút buộc [7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi đã cung cấp bằng chứng về hiệu quả của phẫu thuật nội soi khâu chóp xoay bằng kỹ thuật hai hàng không buộc chỉ. Phương pháp này mang lại

sự phục hồi chức năng xuất sắc, thể hiện qua điểm UCLA và ASES cải thiện đáng kể, cùng với tỷ lệ liền gân cấu trúc cao theo phân loại Sugaya. Các phát hiện này góp phần vào nguồn các bài báo khoa học trong lĩnh vực điều trị rách chóp xoay, đặc biệt tại Việt Nam, bằng cách xác nhận tính hiệu quả của một kỹ thuật phẫu thuật tiên tiến với các kết quả lâm sàng và hình ảnh học đáng tin cậy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maffulli N, Longo UG, Loppini M. Surgical management of rotator cuff tears. Br Med Bull. 2012;102(1):173-196.
2. Charousset C, Grimberg J, Boughebre D. Single-row versus double-row arthroscopic rotator cuff repair: a prospective, randomized, clinical, and imaging study. Arthroscopy. 2010;26(1):1-8.
3. Millett PJ, Warth RJ. Arthroscopic rotator cuff repair: sutureless versus suture-based techniques. Curr Rev Musculoskelet Med. 2015;8(2):117-124.
4. Kirkley A, Griffin S, Dainty K. Scoring systems for the functional assessment of the shoulder. Arthroscopy. 2004;19(10):1109-1120.
5. Sugaya H, Maeda K, Matsuki K, Moriishi J. Repair integrity and functional outcome after arthroscopic double-row rotator cuff repair: a prospective outcome study. J Bone Joint Surg Am. 2007;89(5):953-960.
6. Abdelshahed M, Mahure SA, Kaplan DJ, et al. Arthroscopic rotator cuff repair: double-row transosseous equivalent suture bridge technique. Arthrosc Tech. 2016;5(6):e1297-e1304.
7. Zwolak P, Meyer P, Molnar L, Kröber M. The functional outcome of arthroscopic rotator cuff repair with double-row knotless vs knot-tying anchors. Arch Orthop Trauma Surg. 2020. doi:10.1007/s00402-020-03535-0.
8. Galatz LM, Ball CM, Teefey SA, Middleton WD, Yamaguchi K. The outcome and repair integrity of completely arthroscopically repaired large and massive rotator cuff tears. J Bone Joint Surg Am. 2004;86(2):219-224.
9. Denard PJ, Jiwani AZ, Lädermann A, Burkhart SS. Long-term outcome of arthroscopic massive rotator cuff repair: the importance of double-row fixation. Arthroscopy. 2012;28(7): 909-915.
10. Millett PJ, Warth RJ, Dornan GJ, Lee JT, Spiegl UJ. Clinical and structural outcomes after arthroscopic single-row versus double-row rotator cuff repair: a systematic review and meta-analysis of level I randomized clinical trials. J Shoulder Elbow Surg. 2014;23(4):586-597.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LẬP LẠI LƯU THÔNG TIÊU HÓA THEO PHƯƠNG PHÁP FINSTERER SAU CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Xuân Hòa¹, Nguyễn Đức An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Finsterer sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu đánh giá kết quả phẫu thuật 44 bệnh nhân cắt dạ dày cực dưới do ung thư từ 3/2014 đến 8/2018 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Kết quả:** Ghi nhận thời gian mổ trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $155,7 \pm 25,9$ (90 – 200) phút. Số lượng hạch nạo vét được là $19,1 \pm 4,8$ (13 – 37) hạch. Biến chứng trong và sau mổ chưa ghi nhận vấn đề gì đặc biệt. Tỷ lệ trào ngược miệng nổi có biểu hiện lâm sàng là 45,7%. Qua nội soi dạ dày xác định được tỷ lệ viêm miệng nổi là 71,4% và trào ngược dịch mật là 60%. Ghi nhận hội chứng Dumping sớm xảy ra ở 20% bệnh nhân, không ghi nhận trường hợp nào xảy ra hội chứng Dumping muộn. Nồng độ Bilirubin và nồng độ Amylase trong dịch dạ dày ghi nhận vào ngày thứ 1 sau mổ lần lượt là 26,25mmol/l và 97,6 mmol/l, vào thời điểm sau khi có trung tiện lần lượt là 23510 mmol/l và 20016 mmol/l. **Kết luận:** Phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa theo phương pháp Finsterer sau phẫu thuật cắt dạ dày bán phần cực dưới do ung thư là khả thi và an toàn, với thời gian phẫu thuật hợp lý. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ viêm miệng nổi và trào ngược dịch mật sau phẫu thuật, cũng như sự xuất hiện của hội chứng Dumping sớm. Cần cân nhắc khi áp dụng phương pháp Finsterer trên lâm sàng, đặc biệt trong việc quản lý và dự phòng các biến chứng sau mổ. **Từ khóa:** cắt dạ dày bán phần cực dưới, miệng nổi Finsterer, ung thư dạ dày

SUMMARY

OUTCOMES OF DIGESTIVE TRACT RECONSTRUCTION USING THE FINSTERER METHOD FOLLOW DISTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER

Objectives: This study aimed to evaluate the outcomes of digestive tract reconstruction using the Finsterer method after distal gastrectomy for gastric cancer. **Subject and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted to evaluate the

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hoà

Email: drhoanguyenxuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025