

các đơn vị phẫu thuật, hồi sức chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Golledge J, Thaniqaimani S, Powell JT, Tsao PS.** Pathogenesis and management of abdominal aortic aneurysm. *Eur Heart J.* 2023 Aug 1;44(29):2682-2697. doi: 10.1093/eurheartj/ehad386. PMID: 37387260; PMCID: PMC10393073.
2. **Bastos Goncalves F, Ultee KH, Hoeks SE, Stolker RJ, Verhaagen HJ.** Life expectancy and causes of death after repair of intact and ruptured abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg.* 2016 Mar;63(3):610-6. doi: 10.1016/j.jvs.2015.09.030. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26553951.
3. **Sakalihasan N, Michel JB, Katsaravris A, Kuivaniemi H, Defraigne JO, Nchimi A, Powell JT, Yoshimura K, Hultgren R.** Abdominal aortic aneurysms. *Nat Rev Dis Primers.* 2018 Oct 18;4(1):34. doi: 10.1038/s41572-018-0030-7. PMID: 30337540.
4. **Mansoor SM, Jørgensen JJ, Hisdal J, Rabben T.** Thirty-Nine Percent of Patients with a Ruptured Abdominal Aortic Aneurysm (AAA) Have an Incidentally Detected AAA Prior to Rupture. *Ann Vasc Surg.* 2024 Nov;108:148-156. doi: 10.1016/j.avsc.2024.04.017. Epub 2024 Jun 26. PMID: 38942371.
5. **Schmitz-Rixen T, Böckler D, Voal TJ, Grundmann RT.** Endovascular and Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm. *Dtsch Arztebl Int.* 2020 Oct 20;117(48): 813-819. doi: 10.3238/arztebl.2020.0813. PMID: 33568258; PMCID: PMC8005839.
6. **Avishav DM, Reimon JD.** Abdominal Aortic Repair. 2024 Jan 25. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 32119460.
7. **Chaikof EL, Dalman RL, Eskandari MK, Jackson BM, Lee WA, Mansour MA, Mastracci TM, Mell M, Murad MH, Nauven LL, Oderich GS, Patel MS, Schermerhorn ML, Starnes BW.** The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 2018 Jan;67(1): 2-77.e2. doi: 10.1016/j.jvs.2017.10.044. PMID: 29268916.
8. **Baldino G, Gori A.** Dyeless EVAR for Ruptured AAA: From Dream to Reality. *EJVES Vasc Forum.* 2020 Apr 15;47:42. doi: 10.1016/j.eivsvf.2020.04.002. PMID: 33078152; PMCID: PMC7226920.
9. **Mehta M.** Technical tips for EVAR for ruptured AAA. *Semin Vasc Surg.* 2009 Sep;22(3):181-6. doi: 10.1053/j.semvascsurg.2009.07.010. PMID: 19765529.
10. **Poa CYM, Pendleton AA, Altreuther M, Budtz-Lillv JW, Gunnarsson K, Kan CD, Khashram M, Laine MT, Mani K, Pederson CC, Srivastava SD, Eaqleton MJ.** Effect of EVAR on International Ruptured AAA Mortality-Sex and Geographic Disparities. *J Clin Med.* 2024 Apr 23;13(9):2464. doi: 10.3390/ijcm13092464. PMID: 38730993; PMCID: PMC11084331.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN GỠ XƯƠNG SƯỜN DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023

Phạm Văn Phương¹, Nguyễn Văn Trang¹, Đặng Hải Đăng¹, Nguyễn Thị Tuyết², Phạm Kiều Anh Thơ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương ngực là nguyên nhân tử vong phổ biến, trong đó gãy xương sườn là tổn thương thường gặp và có thể dẫn đến biến chứng nặng nếu không được xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm tổn thương lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân bị gãy xương sườn do chấn thương tại Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành trên 43 bệnh nhân được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ từ tháng 01 đến 09/2023. **Kết quả:** Kết quả cho thấy triệu chứng phổ biến nhất là đau ngực và khó thở. Đa

số bệnh nhân gãy từ 3–5 xương sườn, có tràn máu màng phổi và tràn khí màng phổi. Phương pháp điều trị chủ yếu là bảo tồn và dẫn lưu màng phổi khi cần. Đánh giá kết quả điều trị tốt, thời gian nằm viện trung bình dưới 10 ngày, biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi. **Kết luận:** Việc nhận biết sớm mức độ tổn thương, đặc biệt ở những trường hợp gãy nhiều xương sườn hoặc có tràn khí, tràn máu màng phổi, giúp nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu biến chứng. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc chuẩn hóa quy trình đánh giá và can thiệp phù hợp trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** gãy xương sườn, chấn thương ngực, Cần Thơ.

SUMMARY

CLINICAL PRESENTATION AND OUTCOME EVALUATION OF TRAUMATIC RIB FRACTURE PATIENTS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL IN 2023

Background: Thoracic trauma is a common cause of death. Rib fractures are frequent injuries and can lead to serious complications if not managed

¹Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ

²Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kiều Anh Thơ

Email: pkatho@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.9.2025

Ngày duyệt bài: 27.10.2025

promptly. **Objectives:** To describe the clinical presentation and evaluate treatment outcomes in patients with traumatic rib fractures at Can Tho City General Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 43 patients selected using total sampling from January to September 2023. **Results:** The most common symptoms were chest pain and dyspnea. Most patients had fractures of 3–5 ribs and presented with hemothorax and pneumothorax. The main treatment approach was conservative management, with pleural drainage performed when necessary. Treatment outcomes were generally good, with an average hospital stay of less than 10 days. The most frequent complication was pneumonia. **Conclusion:** Early identification of injury severity, particularly in cases with multiple rib fractures or the presence of pneumothorax/hemothorax, improves treatment effectiveness and reduces complications. This highlights the importance of standardized assessment and appropriate intervention protocols in clinical practice. **Keywords:** Rib fractures, thoracic trauma, Can Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương là nguyên nhân gây tử vong hàng năm cho khoảng 150.000 người ở Mỹ, đặc biệt ở những người trẻ dưới 40 tuổi. Trong chấn thương, chấn thương ngực có tần suất là 75% và là nguyên nhân của khoảng 25% trường hợp tử vong do chấn thương [1]. Theo y văn cho thấy các trường hợp chấn thương ngực phối hợp trong bệnh cảnh đa thương cũng khá thường gặp [2], [3], [4].

Trong một số trường hợp nhập viện sau chấn thương ngực kín gây một hoặc nhiều xương xấp xỉ 10%. Gãy xương sườn có thể là dấu hiệu gợi ý chấn thương nghiêm trọng. Theo Flagel và cộng sự ghi nhận đối với nhóm bệnh nhân gãy trên 4 xương sườn thì tỉ lệ tử vong là 10% và tỉ lệ lên tới 34% đối với nhóm bệnh nhân gãy từ 8 xương sườn trở lên [5].

Vì vậy, vấn đề điều trị đối với gãy xương sườn cần phải được xem xét một cách cẩn thận. Trước đây, gãy xương sườn chủ yếu được điều trị bằng nội khoa bao gồm kiểm soát đau cũng như hỗ trợ oxy và thông khí đầy đủ, với thông khí áp lực dương khi cần thiết [6]. Việc đánh giá đúng đặc điểm lâm sàng và theo dõi kết quả điều trị có vai trò quan trọng trong tiên lượng và định hướng xử trí hiệu quả cho bệnh nhân. Tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, số lượng bệnh nhân nhập viện do gãy xương sườn ngày càng gia tăng, chủ yếu do tai nạn giao thông. Do đó, nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu đề tài “Đặc điểm tổn thương lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân gãy xương sườn do chấn thương tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ” với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm tổn thương lâm*

sàng và đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân bị gãy xương sườn do chấn thương tại Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ năm 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân bị gãy xương sườn do chấn thương được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ từ 01/2023 đến 09/2023.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả bệnh nhân bị gãy xương sườn do chấn thương được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Ngoại lồng Ngực Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp bị loại trừ khỏi nghiên cứu bao gồm bệnh nhân dưới 16 tuổi, bệnh nhân đa chấn thương đã được phẫu thuật các cơ quan khác trước thời điểm nghiên cứu, những trường hợp không có kết quả xét nghiệm nồng độ cồn trong máu và bệnh nhân không đồng ý tham gia.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** 43 bệnh nhân bị gãy xương sườn do chấn thương được chẩn đoán và điều trị tại Khoa Ngoại lồng Ngực Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ từ 01/2023 đến 09/2023.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ với tổng số quan sát của mẫu nghiên cứu là 43 bệnh nhân Khoa Ngoại lồng Ngực Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Khảo sát một số đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, thời gian nằm viện, biến chứng sau khi điều trị.

+ Mô tả các triệu chứng cơ năng như đau ngực, khó thở và triệu chứng thực thể như biến dạng lồng ngực, tràn khí dưới da, hô hấp đảo ngược, các hội chứng lâm sàng điển hình như hội chứng 3 giảm, tam chứng Galliard, một số chi tiết tổn thương bao gồm gãy xương sườn, mức độ, phân bố tràn của khí màng phổi và tràn máu màng phổi, dập phổi và tổn thương các cơ quan khác trong lồng ngực (nếu có) [6].

+ Về đánh giá kết quả điều trị, khảo sát các phương pháp được sử dụng trong điều trị trong gãy xương ngực cho bệnh nhân tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. Sau đó, đánh giá kết quả điều trị thông qua 3 phân mức kết quả điều trị: tốt, trung bình và tử vong [6].

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Các thông tin bệnh nhân và các dữ liệu về chấn thương được ghi nhận chi tiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu của khoa Ngoại lồng Ngực, bệnh

viên Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

- **Phương pháp xử lý:** Số liệu được nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 sử dụng thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=43)

Đặc điểm chung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	16-19	1	2,33
	20-29	3	6,98
	30-39	4	9,31
	40-49	10	23,2
	50-59	11	25,6
	60-69	11	25,6
Giới tính	Nam	38	88,36
	Nữ	5	11,64
Triệu chứng lâm sàng	Đau ngực	43	100
	Khó thở	16	37,21
	Hội chứng ba giảm	21	48,84
	Tam chứng Galliard	10	23,2
	Tràn khí dưới da	5	11,64
	Hô hấp đảo ngược	1	2,33

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu ở nhóm tuổi 40-69 (74,4%) và phần lớn là nam (88,36%). Triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện đều đau ngực (100%), khó thở chiếm 37,21%, hội chứng ba giảm 48,84%. Các triệu chứng nặng như tam chứng Galliard, tràn khí dưới da và hô hấp đảo ngược xuất hiện ít hơn.

3.2. Đặc điểm tổn thương

Bảng 2. Đặc điểm tổn thương lâm sàng của bệnh nhân (n = 43)

Đặc điểm tổn thương		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lượng xương sườn bị gãy	Gãy 1-2 xương	14	32,59
	Gãy 3-5 xương	19	44,21
	Gãy 6-8 xương	10	23,2
	Gãy màng sườn di động	0	0
Mức độ tràn máu màng phổi	Không có	22	51,16
	Lượng ít	16	37,21
	Lượng vừa	3	6,98
	Lượng nhiều	2	4,65
Phân bố tràn máu màng phổi theo bên	Không có	22	51,16
	1 bên	18	41,86
	2 bên	3	6,98
Mức độ tràn khí màng phổi	Không có	33	76,8
	Lượng ít	3	6,98
	Lượng vừa	3	6,98
	Lượng nhiều	4	9,31
Phân bố tràn	Không có	33	76,8

khí màng phổi theo bên	1 bên	10	23,2
	2 bên	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu bị gãy từ 3-5 xương sườn (44,21%), tiếp theo là nhóm gãy 1-2 và 6-8 xương với tỷ lệ lần lượt 32,59% và 23,2%. Về tràn máu màng phổi, phần lớn có lượng ít và chủ yếu xuất hiện ở một bên (41,86%), trong khi số trường hợp tràn máu hai bên khá ít (6,98%). Đa số bệnh nhân không bị tràn khí màng phổi (76,8%), số còn lại có tràn khí chủ yếu ở mức lượng ít đến vừa và thường chỉ ở một bên, không ghi nhận trường hợp tràn khí hai bên. Điều này cho thấy tổn thương tràn dịch, khí màng phổi ở nhóm bệnh nhân chủ yếu ở mức độ nhẹ đến trung bình.

3.3. Kết quả điều trị của bệnh nhân

Bảng 3. Kết quả điều trị của bệnh nhân (n=43)

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp điều trị	Điều trị bảo tồn và theo dõi	34	79,07
	Dẫn lưu màng phổi 1 bên	9	20,93
	Dẫn lưu màng phổi 2 bên	0	0
Kết quả khi điều trị	Tốt	41	95,35
	Trung bình	2	4,65
	Tử vong	0	0
Số ngày nằm viện	<10 ngày	31	72,1
	10-20 ngày	12	27,9
	>20 ngày	0	0
Biến chứng	Không xảy ra	26	60,46
	Viêm phổi	12	27,9
	ARDS	0	0
	Biến dạng lồng ngực	5	11,64
	Thuyên tắc phổi	0	0
	Rối loạn đông máu	0	0
	Sốc nhiễm trùng	0	0
	Nhiễm trùng	0	0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (79,07%) được điều trị bảo tồn và theo dõi, chỉ có 20,93% cần dẫn lưu màng phổi một bên, không có trường hợp dẫn lưu hai bên. Kết quả điều trị rất khả quan với 95,35% bệnh nhân phục hồi tốt. Thời gian nằm viện chủ yếu dưới 10 ngày (72,1%). Biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi (27,9%), tiếp đến là biến dạng lồng ngực (11,64%), các biến chứng nghiêm trọng khác không ghi nhận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân gãy xương sườn là đau ngực và khó thở. Theo nghiên cứu của Phạm Thọ Tuấn Anh

tại hai bệnh viện tuyến cuối (Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Nhân Dân Gia Định) cũng chỉ ra rằng đau ngực và khó thở là hai triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất khi bệnh nhân nhập viện vì chấn thương ngực do gãy xương sườn [7]. Tỷ lệ đau ngực 100% trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác, có thể do sự lựa chọn mẫu bệnh nhân có chọn lọc, chủ yếu tập trung vào các trường hợp gãy xương sườn rõ rệt [6].

Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân bị gãy từ 3–5 xương sườn. So sánh với các tác giả khác như Hà Bửu Kiểm (83,17%), Trần Minh Hải (79,44%) cho thấy tỷ lệ gãy xương sườn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn do đối tượng nghiên cứu đã được chọn lọc là những bệnh nhân có chẩn đoán gãy xương sườn [8], [9]. Tuy vậy, không ghi nhận trường hợp nào có màng sườn di động, cho thấy mức độ tổn thương tuy phổ biến nhưng không quá nặng.

Về tràn máu màng phổi, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ 48,84% trong số các bệnh nhân bị gãy xương sườn, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước như của Hà Bửu Kiểm (49,5%) và Nguyễn Thế Hiệp (47,8%), nhưng cao hơn so với nghiên cứu nước ngoài của P. Seger (34,7%) [6], [8], [10]. Đa số các trường hợp tràn máu lượng ít đến vừa, khu trú một bên ngực phản ánh rằng tràn máu màng phổi là một biến chứng thường gặp trong chấn thương ngực, tuy không luôn ở mức nghiêm trọng nhưng cần được đánh giá và theo dõi sát để tránh diễn tiến xấu. Đối với tần suất tràn khí màng phổi, tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi là 23,2%, thấp hơn so với một số nghiên cứu quốc tế (P. Seger 41,7%, C.Kahraman 60,8%) nhưng tương đương với các nghiên cứu trong nước (Trần Minh Hải 24,16%, Nguyễn Thế Hiệp 19,2%) [6], [9], [10]. Như vậy tràn khí màng phổi cũng là 1 tổn thương không phải ít gặp trong chấn thương ngực gây gãy xương sườn nhưng tần suất thấp hơn so với tràn máu màng phổi.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân bị gãy xương sườn do chấn thương tại Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân bị chấn thương ngực điều trị chủ yếu bằng phương pháp bảo tồn và theo dõi. Tỷ lệ này tương đương với các nghiên cứu trước đó [9]. Bên cạnh đó, dẫn lưu màng phổi 1 bên được chỉ định trong điều trị là 20,93% đối với trường hợp có tràn khí hoặc tràn máu màng phổi mức độ vừa trở lên, tương đương với nghiên cứu của Hà Bửu Kiểm (24,75%) [8]. Như vậy điều trị chấn thương ngực gây gãy xương sườn có nhiều phương pháp nhưng chủ yếu là điều trị bảo tồn và theo

đõi, trường hợp cần thiết thì sẽ được dẫn lưu khoang màng phổi, kết hợp xương sườn trên bệnh nhân gây nhiều xương hay có màng sườn di động, mở ngực khi cần.

Kết quả điều trị được đánh giá tích cực, với 95,35% bệnh nhân có kết quả tốt, 4,65% ở mức trung bình và không ghi nhận trường hợp tử vong nào. Khi so sánh với nghiên cứu của Hà Bửu Kiểm tiến hành trong 101 bệnh nhân chấn thương ngực tại Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ (với kết quả là tốt (84,16%), trung bình (7,92%), tử vong (7,92%)) và Nguyễn Thế Hiệp tiến hành tại Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định với nhóm có kết quả tốt là 96%, trung bình 3,16% và tỉ lệ tử vong 0,84%, có thể thấy hiệu quả điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi đạt tốt hơn hoặc tương đương [6], [9]. Sự khác biệt này có thể do tiêu chí chọn bệnh, cỡ mẫu nghiên cứu, thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Về thời gian nằm viện, phần lớn có thời gian nằm viện dưới 10 ngày. Thời gian này ngắn hơn so với nghiên cứu của Hà Bửu Kiểm (14,13 ngày) và Tekinbas (13,4 ngày) [8], và gần với Trần Minh Hải (7,02 ngày) [9] do đặc điểm tổn thương của đối tượng nghiên cứu nặng nhẹ khác nhau. Biến chứng thường gặp nhất là viêm phổi, tiếp theo là biến dạng lồng ngực. So với Hà Bửu Kiểm (viêm phổi: 6,93%, suy hô hấp ARDS: 2,97%), tỉ lệ viêm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể liên quan đến tỉ lệ bệnh nhân bị dập phổi cao hơn – vốn là một yếu tố nguy cơ dẫn đến viêm phổi [8]. Trong đó, các trường hợp gãy trên 5 xương sườn chiếm tỉ lệ cao hơn so với các trường hợp còn lại, góp phần làm tăng nguy cơ dập phổi và biến chứng hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Gãy xương sườn do chấn thương là một tình trạng lâm sàng phổ biến và có thể gây ra nhiều biến chứng hô hấp nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. Đa số bệnh nhân có thể phục hồi tốt với điều trị bảo tồn khi được theo dõi chặt chẽ và đánh giá đúng mức độ tổn thương. Việc phát hiện sớm các trường hợp gãy nhiều xương hoặc kèm theo tràn khí, tràn máu màng phổi có vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị và hạn chế biến chứng. Do đó, cần tăng cường quy trình đánh giá lâm sàng và can thiệp sớm, phù hợp để nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bottlang M., Long w., (2015), "Biomechanics of Rib Fracture Fixation", *Injuries to the Chest Wall*, Springer, pp. 53 71. <https://doi.org/10.1007/978->

- 3-319-18624-5_6
2. **Butcher N., Balogh Z. J.** (2009), "The definition of polytrauma: the need for international consensus", *Injury, Int. J. Care injured*, Elsevier, 40S4, pp. S12-S22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.injury.2009.10.032>
 3. **Lugo V. W., Gastelum A. S., Armas A. H., Garnica F. G., et al.** (2015), Chest trauma: An overview", *J Anesth Crit Care Open Access*, MedCrave, 3 (1), pp. 1/11-11/11. <https://doi.org/10.15406/jacooa.2015.03.00082>
 4. **Subhani S. S., Muzaffar M. S., Khan M. I.** (2014), "Comparison of outcome between low and high thoracic trauma severity score in blunt chest trauma patients", *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 26 (4), pp. 474-477. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25672168/>
 5. **Flagel BT, Luchette FA, Reed RL et al** (2005), "Half - a - dozen ribs: The breakpoint for mortality.", *Surgery*. 138, p. 717 - 725. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.07.022>
 6. **Nguyễn Thế Hiệp** (2008), "Chấn thương ngực", *Điều trị học ngoại khoa lồng ngực Tim mạch*, Nhà xuất bản y học, tr. 1-22.
 7. **Phạm Thọ Tuấn Anh** (2008), "Các đường mở ngực", *Điều trị học ngoại khoa lồng ngực - Tim mạch*, Nhà xuất bản y học, tr. 33 - 39.
 8. **Hà Bửu Kiêm** (2016), "Đánh giá kết quả xử trí chấn thương ngực trên bệnh nhân đa chấn thương" Luận án chuyên khoa II, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
 9. **Trần Minh Hải** (2005), "Nghiên cứu ứng dụng các chỉ số chấn thương trên bệnh nhân đa chấn thương có chấn thương ngực kín". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
 10. **Segers P., Van Schil P., Van den Brande F.** (2001), "Thoracic trauma: an analysis of 187 patients", *Acta Chir Belg*, 101(6), pp 277-282. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11868503/>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢI GIÃN CƠ CỦA SUGAMMADEX LIỀU 2MG/KG SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT

Trần Hoài Nam¹, Nguyễn Nhật Minh¹, Trình Văn Đức¹,
Nguyễn Công Thành², Nguyễn Trường An³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả hóa giải giãn cơ của sugammadex trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt túi mật. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu trên 50 bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt túi mật dưới gây mê nội khí quản bằng propofol, rocuronium, fentanyl và sevofluran. Mức độ giãn cơ được theo dõi bằng máy Avance CS2 với module NMT. Sugammadex 2 mg/kg được tiêm khi TOF trở lại đáp ứng T2. Ghi nhận thời gian phục hồi giãn cơ (TOF đạt 0,7; 0,8; 0,9), thời gian rút ống nội khí quản và biến chứng tái giãn cơ. **Kết quả:** Thời gian gây mê trung bình là 100,30 ± 27,08 phút; phẫu thuật 75,25 ± 20,03 phút. Liều sugammadex trung bình 117,63 ± 22,79 mg. Thời gian từ khi xuất hiện T2 đến TOF 0,7; 0,8; 0,9 lần lượt 65,56 ± 26,06; 78,15 ± 30,13; 91,85 ± 31,01 giây. Thời gian rút ống NKQ trung bình 106,67 ± 31,74 giây. Không ghi nhận biến chứng tái giãn cơ. **Kết luận:** Giải giãn cơ bằng sugammadex liều 2 mg/kg sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật mang lại hiệu quả tốt, thời gian hồi phục giãn cơ nhanh và an toàn. **Từ khóa:** Sugammadex, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, rocuronium.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF NEUROMUSCULAR BLOCKADE REVERSAL WITH SUGAMMADEX 2MG/KG AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Objective: To evaluate the effectiveness of sugammadex in reversing rocuronium-induced neuromuscular blockade after laparoscopic cholecystectomy. **Methods:** A prospective study was conducted on 50 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy under general anesthesia with endotracheal intubation using propofol, rocuronium, fentanyl, and sevoflurane. The degree of neuromuscular blockade was monitored using the Avance CS2 machine with the NMT module. Sugammadex 2 mg/kg was administered when TOF returned to T2. The recovery time of neuromuscular blockade (TOF reaching 0.7, 0.8, 0.9), the time to extubation, and the occurrence of residual paralysis were recorded. **Results:** The mean anesthesia time 100.30 ± 27.08 min; surgery 75.25 ± 20.03 min. Mean sugammadex dose 117.63 ± 22.79 mg. Recovery times from T2 to TOF 0.7, 0.8, 0.9 were 65.56 ± 26.06, 78.15 ± 30.13, and 91.85 ± 31.01 sec, respectively. Mean extubation time 106.67 ± 31.74 sec. No recurrence observed. **Conclusion:** Neuromuscular blockade reversal with sugammadex at a dose of 2 mg/kg after laparoscopic cholecystectomy is effective, providing rapid and safe recovery from muscle relaxation. **Keywords:** Sugammadex, laparoscopic cholecystectomy, rocuronium.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi cắt túi mật là một trong

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoài Nam

Email: duchuea8@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.9.2025

Ngày duyệt bài: 30.10.2025