

8. **Trần Minh Hiếu, Đặng Thị Minh Nguyệt, Nguyễn Tuấn Minh.** Đặc điểm cận lâm sàng u biểu mô buồng trứng được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 532-Tháng 11 số 1B năm 2023.

9. **Đỗ Thị Thủy.** Thực trạng phẫu thuật khối u buồng trứng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang năm 2019-2020, Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội. 2022.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT DẠ DÀY BÁN PHẦN CỰC DƯỚI, NẠO VẾT HẠCH D2 VỚI MIỆNG NỔ TRONG Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Minh Cường^{1,2}, Quách Văn Kiên^{2,3}, Bùi Thanh Phúc³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2021-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện, thực hiện trên 36 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2021-2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $62,4 \pm 11,4$ tuổi (37-86 tuổi). Nam giới chiếm 69,4%. Lý do đến khám hay gặp là đau bụng vùng thượng vị (69,4%). Khối u hay gặp nhất ở hang môn vị và bờ cong nhỏ (97,2%). Kích thước khối u trung bình $3,14 \pm 1,65$ cm. Đặc điểm mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến (86,1%). Số hạch nạo vét trung bình là $22,31 \pm 7,64$ hạch, số hạch di căn trung bình là $1,61 \pm 4,29$ hạch. Thời gian mổ trung bình $202,67 \pm 51,378$ phút (120-360 phút). Hầu hết các bệnh nhân không gặp tai biến trong mổ. Đa số bệnh nhân đau ít sau mổ (72,3%). Sau phẫu thuật, vận động sớm sau mổ trung bình 1,83 ngày, rút sonde dạ dày 1,94 ngày, bệnh nhân có trung tiện trung bình 3 ngày, ăn đường miệng 3,25 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 7,25 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,4%, bao gồm chảy máu miệng nối sau mổ và áp xe tồn dư sau mổ nhưng đều được điều trị nội khoa ổn định và ra viện. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày là phương pháp an toàn, mang lại hiệu quả cao trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, phẫu thuật nội soi, nạo vét hạch.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY

¹Bệnh viện Đa khoa Hòa Bình

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Minh Cường
Email: nguyennminhcuong1994hb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 20.11.2025

AND INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA TREATMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and intracorporeal anastomosis in the treatment of gastric adenocarcinoma at Viet Duc University Hospital during the period 2021–2024. **Subjects and Methods:** This is a retrospective descriptive study with convenience sampling, conducted on 36 patients who underwent laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and intracorporeal anastomosis for the treatment of gastric adenocarcinoma at Viet Duc University Hospital during the period 2021–2024. **Results:** The mean age of patients was 62.4 ± 11.4 years (range: 37–86 years), with males accounting for 69.4%. The most common chief complaint was epigastric pain (69.4%). The tumor was most frequently located at the antrum-pylorus and lesser curvature (97.2%). The average tumor size was 3.14 ± 1.65 cm. The predominant histopathological type was adenocarcinoma (86.1%). The mean number of harvested lymph nodes was 22.31 ± 7.64 , with an average of 1.61 ± 4.29 metastatic lymph nodes. The mean operative time was 202.67 ± 51.38 minutes (range: 120–360 minutes). Most patients did not experience intraoperative complications. Postoperatively, the majority reported mild pain (72.3%). The average time to early ambulation was 1.83 days, nasogastric tube removal at 1.94 days, first flatus at 3 days, and oral intake was initiated at 3.25 days. The mean length of hospital stay was 7.25 days. The postoperative complication rate was 8.4%, including anastomotic bleeding and residual abscess, all of which were managed successfully with conservative treatment and patients were discharged in stable condition. **Conclusion:** Laparoscopic distal subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy and intracorporeal anastomosis is a safe and highly effective method for the treatment of gastric adenocarcinoma. **Keywords:** Gastric cancer, laparoscopic surgery, lymph node dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong các bệnh ung thư thường gặp trên thế giới cũng như tại Việt Nam, trong đó ung thư biểu mô tuyến là loại phổ biến nhất chiếm khoảng 90% đến 97%.

Theo thống kê của cơ quan nghiên cứu ung thư quốc tế IARC (GLOBOCAN 2022), tỷ lệ mắc mới ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 sau ung thư vú, ung thư gan, ung thư phổi và ung thư trực tràng. Phẫu thuật triệt căn vẫn là phương pháp điều trị cơ bản trong UTDD. Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch đã được chứng minh ưu điểm vượt trội so với mổ mở về mặt thẩm mỹ và sự phục hồi sớm của bệnh nhân sau mổ mà còn giúp đạt được hiệu quả mặt ung thư học tương đương phẫu thuật mổ mở cả giai đoạn ung thư dạ dày sớm cũng như tiến triển. Trong PTNS cắt dạ dày, ở thì cắt nối trước đây thường được thực hiện ở bên ngoài ổ bụng, gần đây phát triển kỹ thuật cắt nối trong ổ bụng với các ưu điểm như giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, giảm thời gian nằm viện sau mổ, không làm tăng biến chứng trong và sau phẫu thuật, mà vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư học. Tại Việt Nam, bên cạnh phương pháp PTNS có mổ nhỏ hỗ trợ thì phương pháp PTNS với miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư dạ dày đã và đang được tiến hành tại các trung tâm tiêu hóa lớn. Nhưng bên cạnh đó vẫn còn nhiều tranh cãi về phương pháp thực hiện miệng nối trong ổ bụng như: Có làm tăng nguy cơ xì rò miệng nối, nguy cơ nhiễm trùng trong ổ bụng áp xe tồn dư sau mổ, sự phục hồi sớm sau phẫu thuật của bệnh nhân có thực sự tốt hơn so với phương pháp mổ nhỏ thực hiện miệng nối ngoài ổ bụng không,... Vậy nên với mục đích đánh giá hiệu quả của phương pháp PTNS thực hiện miệng nối trong ổ bụng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân UTDD được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô dạ dày dựa vào khám lâm sàng, cận lâm sàng, nội soi dạ dày và kết quả sinh thiết.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng.

+ Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

+ Bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày do tái phát.

+ Mất hồ sơ, thông tin nghiên cứu không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả, hồi cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: triệu chứng lâm sàng, vị trí khối u, kích thước khối u, đặc điểm mô bệnh học khối u.

- Kết quả trong mổ: thời gian phẫu thuật, số hạch nạo vét trung bình, số hạch dương tính trung bình, tai biến trong mổ.

- Kết quả sớm sau mổ: mức độ đau sau mổ, thời gian trung tiện, vận động sớm sau mổ, thời gian rút sonde dạ dày, thời gian ăn đường miệng, thời gian rút dẫn lưu bụng, thời gian nằm viện.

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập số liệu và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS. Sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này là một nghiên cứu hồi cứu, sử dụng dữ liệu từ hồ sơ bệnh án đã được lưu trữ tại bệnh viện, không can thiệp trực tiếp đến người bệnh. Toàn bộ thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được mã hóa và bảo mật tuyệt đối, đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024, có 36 bệnh nhân UTDD được phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nối trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô tuyến tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Nam giới chiếm 69,4% so với 30,6% ở nữ giới, tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Tuổi trung bình là $62,4 \pm 11,4$ tuổi (37-86 tuổi). Có 55,6% bệnh nhân có bệnh lý kèm theo, trong đó tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất với 30%. Tỉ lệ bệnh nhân UTDD có tiền sử viêm loét dạ dày là 13,9%.

Bệnh nhân đến viện với triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị với 69,4%. Vị trí khối u hay gặp nhất là bờ cong nhỏ (50%) và hang môn vị (47,2%), kích thước u trung bình là $3,14 \pm 1,65$ cm. Kết quả mô bệnh học chủ yếu là ung thư biểu mô tuyến 86,1(%)

3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Số hạch nạo vét được và số hạch di căn

Đặc điểm	Min	Max	Mean	S.D
Số hạch nạo vét	9	46	22,31	7,638
Số hạch dương tính	0	22	1,61	4,291

Nhận xét: Tổng số hạch nạo vét trung bình là $22,31 \pm 7,638$ hạch. Ít nhất là 9 hạch, nhiều nhất là 46 hạch. Tổng số hạch dương tính trung bình là $1,61 \pm 4,291$ hạch. Ít nhất là 0 hạch, nhiều nhất là 22 hạch.

Bảng 3.2. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	n=36	%
Chảy máu trong mổ	3	8,3
Rách thanh mạc ruột non	1	2,8

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân không gặp tai biến trong mổ. Có 03 trường hợp chảy máu trong mổ từ diện bóc tách u và phẫu tích hạch, xử trí bằng đốt điện cầm máu. Có 01 trường hợp rách thanh mạc ruột non, xử trí khâu thanh cơ ruột non.

Bảng 3.3. Kết quả sớm sau mổ

Thời gian (ngày)	Thấp nhất	Cao nhất	$\bar{X} \pm SD$
Trung tiện	2	4	$3 \pm 0,79$
Vận động sớm sau mổ	1	3	$1,83 \pm 0,70$
Rút sonde dạ dày	1	3	$1,94 \pm 0,71$
Ăn đường miệng	2	5	$3,25 \pm 0,97$
Rút dẫn lưu bụng	3	6	$4,25 \pm 0,97$
Nằm viện	6	15	$7,56 \pm 1,75$

Nhận xét: Sau phẫu thuật, bệnh nhân có trung tiện trung bình 3 ngày, vận động sớm sau mổ trung bình 1,83 ngày, rút sonde dạ dày 1,94 ngày, ăn đường miệng 3,25 ngày và rút dẫn lưu bụng 4,25 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 7,25 ngày.

Bảng 3.4. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sớm sau mổ	n=36	%
Chảy máu sau mổ	2	5,6
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Bục, xì miệng nối	0	0
Áp xe tồn dư	1	2,8
Hẹp miệng nối	0	0
Tắc ruột sớm sau mổ	0	0

Nhận xét: 02 bệnh nhân chảy máu sau mổ (5,6%) và 01 bệnh nhân áp xe tồn dư sau mổ (2,8%). Các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa ổn định.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $62,4 \pm 11,4$ tuổi, cao tuổi nhất là 86 tuổi, thấp tuổi nhất là 37 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ramos¹ với tuổi trung bình là 63,9 tuổi (lớn nhất 94 tuổi, nhỏ nhất 20 tuổi).

Nam giới chiếm 69,4% so với 30,6% ở nữ giới, tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với một số tác giả: Chang In Choi² có tỉ lệ nam/nữ là 2,3/1, với nghiên cứu

của Phạm Văn Nam³ cho thấy nam giới chiếm 70,3% và nữ giới chiếm 29,7%.

Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu (69,4%). Tỉ lệ này thấp hơn các tác giả khác. Nguyên nhân có thể do một số bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn sớm. Khám sức khỏe định kì và phát hiện khi chưa có triệu chứng lâm sàng.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, kích thước u trung bình là $3,14 \pm 1,65$ cm. Kết quả nghiên cứu tương đồng với tác giả: Nguyễn Thị Thanh Tâm⁴ là $3,19 \pm 1,60$ cm. Về mối quan hệ giữa kích thước u và mức độ xâm lấn, độ xâm lấn T1 có kích thước u trung bình nhỏ nhất là $2,41 \pm 1,39$ cm, T4a có kích thước u trung bình lớn nhất là $5,25 \pm 0,35$ cm, có sự khác biệt giữa kích thước u và mức độ xâm lấn với $p=0,001 < 0,05$.

4.2. Kết quả sớm sau mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là: $202,67 \pm 51,38$ phút, tương đương với tác giả Nguyễn Thị Thanh Tâm⁴ là $196,0 \pm 43,8$ phút, ngắn hơn tác giả Tanimura S⁵ là 242 phút. So sánh thời gian mổ nội soi với mổ mở, các tác giả trên thế giới: Tanimura S⁵, Zhen Hong Zu⁶. đều kết luận thời gian mổ nội soi dài hơn mổ mở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân không gặp tai biến trong mổ. Có 03 trường hợp chảy máu trong mổ (chiếm 8,3%) từ diện bóc tách u và phẫu tích hạch, xử trí bằng đốt điện cầm máu. Có 01 trường hợp rách thanh mạc ruột non (chiếm 2,8%), xử trí khâu thanh cơ ruột non, các bệnh nhân sau xử trí đều ổn định.

Về đặc điểm nạo vét hạch, chúng tôi thực hiện vét hạch triệt căn D2 cho 100% trường hợp. Số hạch vét trung bình là $22,31 \pm 7,64$ hạch, ít nhất là 9 hạch, nhiều nhất là 36 hạch. Số hạch di căn trung bình là $1,61 \pm 4,29$ hạch, di căn nhiều nhất là 22 hạch. Số hạch vét trung bình tương đương các tác giả: Giuliani A⁷ là 22,6 hạch.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian có trung tiện sau mổ trung bình của các bệnh nhân là $3 \pm 0,79$ ngày, chủ yếu là vào ngày thứ 2 và ngày thứ 3 sau phẫu thuật, sớm hơn so với nghiên cứu của Park⁸ là $4,1 \pm 1,1$ ngày trên 71 bệnh nhân mổ mở và $3,8 \pm 1,1$ ngày trên 109 người bệnh mổ nội soi.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, thời gian rút sonde dạ dày sau mổ trung bình là $1,94 \pm 0,71$ ngày, gần đây chúng tôi có xu hướng rút sonde dạ dày sớm ngay trong mổ. Thời gian ăn sau mổ trung bình là $3,25 \pm 0,97$ ngày.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $7,56 \pm 1,75$ ngày, ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 15 ngày. Kết quả này tương đương với một tác giả như Phạm Văn Nam³ là

8,58±4,10 ngày.

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 8,4% trong đó có 02 trường hợp (chiếm 5,6%) chảy máu miệng nổi, 01 trường hợp (chiếm 2,8%) áp xe tồn dư sau mổ, tất cả các bệnh nhân đều được điều trị nội khoa ổn định và ra viện. Kết quả nghiên cứu về tỉ lệ biến chứng chung sau mổ của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác như Ramos¹ (2021) là 15,2%, nghiên cứu của Park⁸ (2018) là 25,4% trên 71 bệnh nhân mổ mở và 29,4% trên 109 bệnh nhân mổ nội soi. Các biến chứng toàn thân sau mổ như viêm phổi, nhiễm trùng tiết niệu,... đều không gặp trường hợp nào trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2 với miệng nổi trong ổ bụng điều trị ung thư biểu mô dạ dày là phương pháp an toàn, tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp, mang lại nhiều ưu điểm cho bệnh nhân về thẩm mỹ, phục hồi sớm sau phẫu thuật, giảm ngày nằm điều trị. Kết quả điều trị tương đương mổ mở, đảm bảo nguyên tắc về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ramos MFKP, Pereira MA, Dias AR, Ribeiro Jr U, Zilberstein B, Nahas SC. Laparoscopic gastrectomy for early and advanced gastric cancer in a western center: a propensity score-

matched analysis. Updates Surg. 2021;73(5): 1867-1877. doi:10.1007/s13304-021-01097-1

2. In Choi C, Baek DH, Lee SH, et al. Comparison Between Billroth-II with Braun and Roux-en-Y Reconstruction After Laparoscopic Distal Gastrectomy. J Gastrointest Surg. 2016;20(6): 1083-1090. doi:10.1007/s11605-016-3138-7
3. Phạm Văn Nam. Nghiên Cứu Ứng Dụng Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Dạ Dày, Vết Hạch D2, D2 Mở Rộng Điều Trị Ung Thư Biểu Mô Dạ Dày. Luận An Tiễn Sĩ Y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2019.
4. Nguyễn Thị Thanh Tâm. Đánh Giá Kết Quả Phẫu Thuật Nội Soi Cắt Dạ Dày Bán Phần Cực Dưới, Nạo Vết Hạch Điều Trị Ung Thư Biểu Mô Dạ Dày. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2022.
5. Tanimura S, Hiki N, Yook JH, Park SS. For Treatment of the Upper Area of the Stomach. In: Kitano S, Yang HK, eds. Laparoscopic Gastrectomy for Cancer: Standard Techniques and Clinical Evidences. Springer Japan; 2012:39-42. doi:10.1007/978-4-431-54003-8_9
6. Zou ZH, Zhao LY, Mou TY, et al. Laparoscopic vs open D2 gastrectomy for locally advanced gastric cancer: A meta-analysis. World Journal of Gastroenterology. 2014;20(44):16750-16764. doi: 10.3748/wjg.v20.i44.16750
7. Giuliani A, Caporale A, Corona M, et al. Lymphadenectomy in gastric cancer: influence on prognosis of lymph node count. J Exp Clin Cancer Res. 2004;23(2):215-224.
8. Park JH, Jeong SH, Lee YJ, et al. Comparison of long-term oncologic outcomes of laparoscopic gastrectomy and open gastrectomy for advanced gastric cancer: A retrospective cohort study. Korean J Clin Oncol. 2018;14(1):21-29. doi:10.14216/kjco.18004

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LỖI SAU ĐIỀU TRỊ GÂY TRẬT CỘT SỐNG ĐOẠN NGỰC - THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Hoàng Long¹, Nguyễn Vũ Hoàng², Phạm Văn Quỳnh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật lỗi sau điều trị gây trật cột sống đoạn ngực – thắt lưng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 được chẩn đoán gây trật cột sống ngực – thắt lưng điều trị bằng phẫu thuật lỗi sau tại Bệnh viện Việt Đức từ 10/2022 – 10/2025. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, nam giới (73,8%); nữ giới (26,2%). Độ tuổi thường gặp nhất là 40–59 tuổi (49,1%). Về rối loạn cơ tròn, tỷ

lệ bệnh nhân rối loạn chức năng cơ tròn do tổn thương thần kinh trong chấn thương là 65,6%, duy trì ở mức này đến sau 1 tháng, giảm xuống 60,7% sau 3 tháng và 42,6% sau 6 tháng. Đánh giá chức năng cảm giác cho thấy trước mổ có 67,2% bệnh nhân mất cảm giác, 31,1% giảm và 1,6% bình thường. Sau 6 tháng, tỷ lệ mất cảm giác giảm còn 45,9%, giảm cảm giác 19,7%, trong khi phục hồi cảm giác bình thường tăng lên 31,1%. Theo phân loại ASIA trước mổ, bệnh nhân mức A chiếm đa số (65,6%), tiếp theo là C (14,8%), D (14,8%) và B (4,9%). Sau phẫu thuật 6 tháng, tỷ lệ ASIA A giảm còn 54,1%, trong khi nhóm E (bình thường) tăng lên 29,5%; các mức B, C và D lần lượt chiếm 6,6%, 1,6% và 4,9%. Về biến chứng, có 57,4% bệnh nhân gặp biến chứng sau phẫu thuật do tổn thương và chăm sóc sau mổ của bệnh nhân và gia đình, trong đó nhiễm trùng tiết niệu là phổ biến nhất (45,9%). Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật lỗi sau giúp cải thiện rõ rệt chức năng cảm giác vận động, giảm rối loạn cơ tròn và tái lập vững chắc cột sống, tuy nhiên tỷ lệ

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên

³Bệnh viện Đa khoa Cuộc Sống

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Quỳnh

Email: phamquynhpkcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 21.11.2025