

36 trường hợp hoặc Nguyễn Huy Thành (2009)<sup>6</sup> ghi nhận tỷ lệ tốt và rất tốt là 42,6% trên 61 bệnh nhân. Sự khác biệt này có thể đến từ nguyên nhân chấn thương, quá trình vận động PHCN hoặc kiểu gãy...

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa cho gãy đầu dưới xương đùi là lựa chọn hiệu quả cho gãy kín đầu dưới xương đùi loại A,C đặc biệt các trường hợp gãy phức tạp nhiều mảnh rời, gãy xương ở người cao tuổi có thừa xương, loãng xương. Các bệnh nhân đạt kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối tốt sau 6 tháng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đức BV.** Gãy đầu dưới xương đùi. Tạp Chí Học Việt Nam. 1989;(4):35-38.
2. **Schatzker J.** Fractures of the Distal Femur

Revisited. Clin Orthop. 1998;347:43.

3. **Lindvall E.M SR Infante AF.** Distal Femur Fractures. In: Surgery of the Knee, Fifth Edition. ; 2012:762-772.
4. **Mooney V, Nickel VL, Harvey JP, Snelson R.** Cast-brace treatment for fractures of the distal part of the femur. A prospective controlled study of one hundred and fifty patients. J Bone Joint Surg Am. 1970;52(8):1563-1578.
5. **Mize RD, Bucholz RW, Grogan DP.** Surgical treatment of displaced, comminuted fractures of the distal end of the femur. J Bone Joint Surg Am. 1982;64(6):871-879.
6. **Thành NH, Thủy NX.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Gãy Kín Trên Lồi Cầu và Liên Lồi Cầu Người Lớn Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2009.
7. **Thuận VV.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Gãy Kín Trên và Liên Lồi Cầu Xương Đùi ở Người Trưởng Thành Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
8. **Thanh DD.** Nghiên Cứu Các Yếu Tố Nguy Cơ Trong Gãy Xương Chi Dưới. Luận văn thạc sĩ Y học; 2019.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THÙNG Ổ LOÉT HÀNH TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP

Nguyễn Thế May<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ<sup>1</sup>,  
 Nông Ngọc Quang<sup>1</sup>, Trần Tiến Thành<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Loét dạ dày - tá tràng tác động đến 4 triệu người mỗi năm và có tỉ lệ ước tính khoảng 5-10% dân số trên thế giới [2]. Mặc dù tỉ lệ bệnh đã giảm xuống rất nhiều trong một thập kỷ vừa qua. Tuy nhiên, các biến chứng của bệnh vẫn không thay đổi [2]. Biến chứng thủng xảy ra với tỉ lệ 2-10% trong các bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng, với nguy cơ tử vong cao, đặc biệt ở người lớn tuổi, với tỉ lệ là 10-40%[4]. Theo khuyến cáo hội phẫu thuật nội soi thế giới, chỉ định mổ cấp cứu sớm nhất có thể đối với phần lớn trường hợp bệnh nhân thủng ổ loét hành tá tràng, trong đó phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích. Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp ở nhóm người bệnh trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025. Các dữ liệu nghiên cứu bao gồm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm phẫu thuật, tai biến, biến chứng sau phẫu

thuật và theo dõi sau phẫu thuật. **Kết quả:** Có 180 người bệnh đã được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt tiếp từ tháng 1/2020 đến tháng 06/2025, trong đó nam gấp 4 lần nữ, độ tuổi trung bình là 48,3±19,6. Mùa khởi phát bệnh chủ yếu là đông xuân chiếm: 64,5%. Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là sử dụng rượu, chiếm 57,2%. Có 11 bệnh nhân (6,1%) có chỉ số Boey là 1 điểm, còn lại đều là 0 điểm. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 3,4%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị thủng ổ loét hành tá tràng là một phương pháp điều trị hiệu quả và có nhiều ưu điểm bao gồm giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian điều trị, tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong thấp. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi, thủng ổ loét hành tá tràng, viêm phúc mạc.

## SUMMARY

### EVALUATE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGERY REPAIR PERFORATED DUODENAL ULCER IN VIET TIEP FRIENDSHIP HOSPITAL

**Introduction:** Peptic ulcer disease (PUD) affects four million people worldwide annually and has an estimated lifetime prevalence of 5-10% in the general population. Although the global prevalence of PUD has dramatically decreased in the past decades, the incidence of its complications has remained constant. Perforation occurs in 2-10% of cases of PUD with a high risk of mortality, especially among the elderly. The mortality rate of PUD perforations is in the range 10-40%. World Society of Emergency Surgery (WSES) recommend performing surgery as soon as possible

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế May

Email: nguyenthemay@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

with perforated peptic ulcer patient, in which laparoscopic surgery has many advantages. The research aim to evaluated outcome of laparoscopic surgery repair perforated duodenal ulcer in Viet Tiep hospital. **Material and methods:** All patients management by laparoscopic surgery for perforated duodenal ulcer in Viet Tiep hospital between 01/2020 and 06/2025 were included. Demographics, ulcer characteristics, operative procedure, outcomes and follow up were recorded. **Results:** A total of 180 patients were identified, the male 4 fold female, mean age=48,3±19,6. The most common season which disease onset is winter and spring, accounting for 64.5%. The most common risk factor is alcohol use (57.2%). There were 11 patients (6.1%) with a Boey score of 1 point, the rest all had 0 points. The postoperative complication rate is 3.4%. **Conclusion:** The laparoscopic approach is an effective method for management of perforated duodenal ulcer in selected cases with many advantages include less postoperative pain, reduce hospital length of stay, low morbidity and mortality. **Keywords:** Laparoscopic surgery, perforated duodenal ulcer, peritonitis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày- tá tràng tác động đến 4 triệu người mỗi năm và có tỉ lệ ước tính khoảng 5-10% dân số trên thế giới [2]. Mặc dù tỉ lệ bệnh đã giảm xuống rất nhiều trong một thập kỷ vừa qua nhờ sử dụng thuốc ức chế bơm proton và điều trị diệt vi khuẩn *H. pylori*, tuy nhiên các biến chứng của bệnh lại vẫn không thay đổi [2].

Biến chứng thủng xảy ra với tỉ lệ 2-10% trong các bệnh nhân loét dạ dày- tá tràng, với nguy cơ tử vong cao, đặc biệt ở người lớn tuổi. Tỉ lệ tử vong của thủng ổ loét dạ dày- tá tràng là 10-40%[4].

Đối với những bệnh nhân có biến chứng thủng ổ loét tá tràng, có biểu hiện của viêm phúc mạc sẽ được chỉ định điều trị phẫu thuật cấp cứu. Trong đó, phẫu thuật nội soi (PTNS) khâu lỗ thủng dạ dày- tá tràng được chỉ định trong phần lớn các trường hợp so với mổ mở, do có nhiều ưu điểm hơn. Theo khuyến cáo của hội phẫu thuật cấp cứu thế giới, phẫu thuật nội soi được lựa chọn ở những bệnh nhân thủng dạ dày tá tràng ổn định, do các ưu điểm về hồi phục sớm sau phẫu thuật, giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, tính thẩm mỹ và không có sự khác biệt về các biến chứng sau mổ và tỉ lệ tử vong khi so sánh với phẫu thuật mổ mở [9].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng dạ dày- tá tràng biến chứng thủng cũng đã được thực hiện thường quy tại các tuyến bệnh viện tuyến Trung Ương và tuyến tỉnh, thậm chí là các tuyến huyện được trang bị đầy đủ các trang thiết bị nội soi. Trong đó tại bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp, phẫu thuật này cũng đã được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1998, cho tới

hiện tại đây là một phẫu thuật cấp cứu thường quy. Việc đánh giá, tổng kết lại các đặc điểm dịch tễ, bệnh học, phương pháp và kết quả phẫu thuật cũng như các biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật sẽ đóng góp nâng cao chất lượng chăm sóc bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp” nhằm:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/2020 tới 06/2025.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp ở nhóm người bệnh trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 180 bệnh nhân được PTNS khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ 01/2020 đến 06/2025.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh:

- Bệnh nhân được chẩn đoán thủng ổ loét hành tá tràng dựa vào lâm sàng, cận lâm sàng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh: X-quang, siêu âm, CLVT và chẩn đoán sau phẫu thuật là ổ loét hành tá tràng thủng.

- Được PTNS khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

- Hồ sơ bệnh án cung cấp thông tin phục vụ nghiên cứu.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân thủng hành tá tràng không phải do loét.

- Hồ sơ bệnh án không có những thông tin tối thiểu phục vụ nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:** Lấy mẫu toàn bộ tất cả các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp trong thời gian từ tháng 01/2020 đến 06/2025.

### 2.3. Các biến số nghiên cứu

**2.3.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:**

- Tuổi; Giới

- Tiền sử:

- Thời điểm vào viện: theo tháng, theo mùa

### 2.3.2. Đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng:

- Phân loại theo ASA trước phẫu thuật, chỉ số Boey

- Triệu chứng lâm sàng: cơ năng, thực thể

- Triệu chứng cận lâm sàng: X-quang bụng không chuẩn bị, siêu âm bụng, cắt lớp vi tính (CLVT).

### 2.3.3. Đặc điểm phẫu thuật:

- Kích thước, vị trí, số lượng lỗ thủng
- Dẫn lưu ổ bụng
- Thời gian phẫu thuật
- Tai biến trong mổ
- Chuyển mổ mở: Lý do chuyển mổ mở

### 2.3.4. Tình trạng sau phẫu thuật:

- Thời gian rút ống dẫn lưu dạ dày
- Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng
- Thời gian trung tiện
- Thời gian nằm viện
- Tử vong sau phẫu thuật: Nêu nguyên nhân tử vong.

- Biến chứng sớm: Phân loại theo thang điểm Clavien - Dindo

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật (trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật)

### 2.3.5. Theo dõi sau phẫu thuật:

- Thời gian khám lại
- Khám lâm sàng, cận lâm sàng
- Biến chứng gần, xa

**2.4. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS Statistics 20.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 180 người bệnh đã được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025

**3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 1. Các đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

| Biến số                           | N                                      | Tỉ lệ (%)                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|
| <b>Giới (Nam/Nữ)</b>              | 140/40                                 |                              |
| <b>Tuổi trung bình (năm)</b>      | 48,3±19,6 (nhỏ nhất 10 và lớn nhất 91) |                              |
| <b>Tiền sử viêm - loét dạ dày</b> | 54                                     | 30,3% (50,6% không điều trị) |
| <b>Mùa khởi phát bệnh</b>         |                                        |                              |
| Xuân                              | 59                                     | 32,8                         |
| Hè                                | 31                                     | 17,2                         |
| Thu                               | 33                                     | 18,3                         |
| Đông                              | 57                                     | 31,7                         |
| <b>Yếu tố nguy cơ</b>             |                                        |                              |
| Rượu                              | 103                                    | 57,2                         |
| Thuốc lá                          | 86                                     | 47,8                         |
| Thuốc NSAIDs                      | 4                                      | 2,2                          |
| <b>Chỉ số ASA</b>                 |                                        |                              |
| I                                 | 57,3                                   | 70                           |
| II                                | 38,5                                   | 47                           |

|                    |     |      |
|--------------------|-----|------|
| III                | 4   | 5    |
| <b>Chỉ số Boey</b> |     |      |
| 0                  | 169 | 93,9 |
| 1                  | 11  | 6,1  |
| 2                  | 0   | 0    |
| 3                  | 0   | 0    |

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

| Thông số                   | N   | Tỉ lệ (%) |
|----------------------------|-----|-----------|
| <b>Triệu chứng</b>         |     |           |
| Nôn                        | 56  | 31,1      |
| Bí trung đại tiện          | 53  | 29,4      |
| Đau bụng đột ngột, dữ dội  | 138 | 76,7      |
| <b>Thời gian khởi phát</b> |     |           |
| <12 giờ                    | 51  | 28,3      |
| Từ 12 giờ tới 24 giờ       | 126 | 70        |
| Trên 24 giờ                | 3   | 1,7       |
| <b>X-quang có liên hơi</b> | 132 | 73,3      |
| <b>Siêu âm có dịch/khí</b> | 123 | 68,3      |
| <b>CLVT có khí tự do</b>   | 88  | 100       |

**Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu**

| Biến số                                        | N                   | Tỉ lệ |
|------------------------------------------------|---------------------|-------|
| Thời gian phẫu thuật (phút)                    | 77,55±28,5 (30-150) |       |
| Tai biến                                       | 0                   | 0     |
| Tỉ lệ chuyển mổ mở                             | 2                   | 1,1   |
| Đặt dẫn lưu                                    | 180                 | 100   |
| Kích thước lỗ thủng (mm)                       | 4,13±1,13 (3-20)    |       |
| Thời gian trung tiện (ngày)                    | 3,42±1,71           |       |
| Thời gian rút sonde dạ dày (ngày)              | 3,41±1,69           |       |
| Thời gian rút dẫn lưu (ngày)                   | 5,1±2,5             |       |
| Thời gian hậu phẫu (ngày)                      | 8,49±4,3            |       |
| <b>Biến chứng sau mổ</b>                       |                     |       |
| Nhiễm trùng vết mổ                             | 1                   | 0,6   |
| Viêm phổi                                      | 3                   | 1,7   |
| Ap xe tồn dư trong ổ bụng                      | 2                   | 1,1   |
| <b>Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo</b> |                     |       |
| I                                              | 1                   | 0,6   |
| II                                             | 3                   | 1,7   |
| IIIa                                           | 2                   | 1,1   |
| Viêm phổi                                      | 3                   | 1,7   |
| Abcess ổ bụng                                  | 2                   | 1,1   |

### 3.2. Theo dõi sau phẫu thuật

**Theo dõi gần:** Tất cả bệnh nhân đều được tái khám sau mổ 1 tháng, trong đó 86 người bệnh thực hiện nội soi dạ dày kiểm tra khi khám lại: 5 trường hợp loét vị trí khâu, 27 trường hợp viêm hang vị và 31 trường hợp viêm hành tá tràng vị trí khâu.

#### Theo dõi xa:

- Có 1 trường hợp thủng lại sau mổ 2 năm
- Có 1 trường hợp hẹp môn vị sau mổ và được điều trị bảo tồn.
- Có 2 trường hợp có sẹo lồi vết mổ, trong đó có 1 trường hợp là do nhiễm trùng vết mổ,

trường hợp còn lại có sẹo lồi do cơ địa.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm chung:** Cũng tương tự như các nghiên cứu trước đây, bệnh nhân chủ yếu là nam giới (gấp 4 lần nữ), trong độ tuổi lao động (tuổi trung bình là  $48,3 \pm 19,6$ ). Điều này được giải thích là do các đối tượng có nhiều yếu tố nguy cơ như trong nghiên cứu đã nêu ra, bao gồm: Sử dụng thuốc lá (47,8%) và rượu bia (57,2%). Các yếu tố nguy cơ này cũng đã được nhắc tới nhiều trong các nghiên cứu trước đây: Một nghiên cứu tổng hợp cho thấy có 23% bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có liên quan tới thuốc lá [1], nghiên cứu của Surgen Agho [8] cho tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc là 76,7%; sử dụng rượu là 24,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 30,3% có tiền sử viêm loét dạ dày tá tràng và hơn một nửa trong số đó đều chưa điều trị gì trước đây.

Mùa khởi phát bệnh phổ biến ở mùa đông xuân hơn (64,5%) là mùa hè - thu, điều này cũng đã được nêu ra trong một nghiên cứu lớn, kéo dài trong 6 năm để nghiên cứu sự tương quan giữa bệnh lý viêm loét dạ dày - tá tràng và các yếu tố thời tiết, khí tượng [6]: Theo đó, tỉ lệ phát hiện bệnh vào các tháng từ tháng 11 tới tháng 4 là 24,8%-28,8% và cao nhất là tháng 1 (28,8%), ngược lại từ tháng 5 tới tháng 10 tỉ lệ phát hiện bệnh là 20-22,6%, với tháng thấp nhất là tháng 6 (20%); Có sự giảm tỉ lệ phát hiện bệnh từ mùa đông-xuân và mùa thu- hè, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $P < 0,05$ );

#### **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:**

Chẩn đoán bệnh tương đối rõ ràng với đa số các trường hợp bệnh nhân, dựa trên các triệu chứng lâm sàng phổ biến như: Đau bụng đột ngột, dữ dội vùng thượng vị hoặc đau toàn bụng, bụng chướng, phản ứng thành bụng,... kết hợp với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh là X-quang bụng đứng, siêu âm và có thể là cắt lớp vi tính (CLVT) cho các trường hợp nghi ngờ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau với các mức độ khác nhau, trong đó 76,7% có triệu chứng đau dữ dội, và vì tính chất đau rất đặc trưng như vậy sẽ giúp người bệnh nhận biết và nhập viện sớm. Do đó, gần như tất cả bệnh nhân (98,3%) đều được nhập viện và xử trí phẫu thuật trước 24 giờ. Việc phát hiện và xử trí sớm là một yếu tố tiên lượng bệnh, giúp giảm thiểu các tai biến, biến chứng hậu phẫu.

Cũng như khuyến cáo của WSES[9] và y văn trước đây, tất cả bệnh nhân nghi ngờ thủng tạng rỗng đều được cho chụp X-quang bụng đứng, tuy nhiên tỉ lệ xuất hiện liệt hơi dưới cơ hoành

(1 hoặc 2 bên) trong nghiên cứu của chúng tôi là 73,3%. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác, khi tỉ lệ có liệt hơi dưới cơ hoành trên phim chụp x-quang bụng đứng là 60% tới 75%[1]. Và trong các trường hợp chẩn đoán không rõ ràng, chụp CLVT ổ bụng sẽ được chỉ định, theo các nghiên cứu độ chính xác của CLVT đạt tới 98%[1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 88 bệnh nhân được chỉ định chụp cắt lớp vi tính cho kết quả 100% bệnh nhân đều có hình ảnh khí tự do trong ổ bụng.

**Các thang điểm tiên lượng bệnh:** Hiện tại, có rất nhiều thang điểm để giúp tiên lượng mức độ nặng và tử vong của bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày- tá tràng như: Thang điểm Boey, ASA, Sepsis, Charlson, APACHE... Tuy nhiên, trên thực hành lâm sàng thang điểm ASA và đặc biệt thang điểm Boey được sử dụng thường xuyên nhất để tiên lượng hậu phẫu cho bệnh nhân do dễ ứng dụng, đặc hiệu cho bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày-tá tràng và cho độ chính xác từ 72%- 77,2%[1]. Vì vậy theo khuyến cáo của WSES[9] sử dụng thang điểm Boey để tiên lượng biến chứng và tử vong trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 91,4% bệnh nhân đều có chỉ số Boey là 0 điểm, và đều không có tai biến, biến chứng sau mổ. Còn lại, có 11 bệnh nhân có chỉ số Boey khi nhập viện là 1, biến chứng xảy ra trên 6 bệnh nhân (3 bệnh nhân viêm phổi, 2 áp xe sau mổ và 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ) và có 1 bệnh nhân phải điều trị hồi sức tích cực thời gian dài.

**Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu:** Thời gian phẫu thuật trung bình là  $77,55 \pm 28,5$  phút. Thời gian phẫu thuật thay đổi tùy thuộc vào tình trạng bụng của bệnh nhân, vị trí lỗ thủng, tiền sử sẹo mổ cũ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Có 2 trường hợp bệnh nhân phải chuyển mổ mở, 1 trường hợp là do kích thước lỗ thủng lớn (20mm), 1 trường hợp là bệnh nhân nhí, vào viện trong tình trạng muộn, dịch ổ bụng nhiều làm hạn chế trường phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu ổ bụng, Theo chúng tôi, việc quyết định đặt dẫn lưu hay không tùy thuộc vào từng trường hợp bệnh nhân và sự đánh giá của mỗi phẫu thuật viên. Vấn đề đặt dẫn lưu ổ bụng còn nhiều ý kiến khác nhau và chưa có sự thống nhất.

Trong nghiên cứu, tỉ lệ biến chứng sau mổ là 3,4%, xếp theo phân độ Clavien Dindo bao gồm 1 bệnh nhân độ I (nhiễm khuẩn vết mổ), 3 bệnh nhân độ II (Viêm phổi) và 2 bệnh nhân độ IIIa (Áp xe tồn dư sau mổ, cần phải dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm). So sánh với một số nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Chung[1], cho tỉ

lệ các biến chứng phổ biến bao gồm áp xe tồn dư (8,1%), rò (2,1%); Wilhelmsen[10] cho kết quả biến chứng phổ biến là rò sau mổ (5,9%), dính vết mổ (4,7%); Nghiên cứu của Surgen Agho[8] cho tỉ lệ biến chứng là 10,7%, bao gồm: Xi rò (5,4%), viêm phổi (5,4%).

Tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật điều trị thủng ổ loét dạ dày - tá tràng thay đổi từ 1.3% đến 20%, theo các báo cáo tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày có thể tới 20%, 90 ngày là 30% [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi và tái khám sau mổ thời gian 1 tháng, không ghi nhận trường hợp tử vong nào, có thể do độ tuổi trung bình bệnh nhân còn trẻ ( $48,3 \pm 19,6$ ), phần lớn bệnh nhân được xử trí tổn thương sớm.

**Thủng ổ loét hành tá tràng trên bệnh nhi:** Trên thế giới, bệnh lý viêm loét dạ dày tá tràng khá hiếm trên trẻ em, và biến chứng thủng ổ loét dạ dày- tá tràng càng hiếm xảy ra hơn. Theo một thống kê tại Hoa Kỳ [7], số lượng bệnh nhi nhập viện vì thủng ổ loét dạ dày-tá tràng tăng dần theo từng năm từ năm 2000 tới năm 2012; Hay một nghiên cứu trong 20 năm (1986-2005) của Hua [3] cho thấy cho thấy thủng ổ loét dạ dày-tá tràng ở trẻ em có tuổi trung bình là 14,2 tuổi, với 90% là ở độ tuổi vị thành niên, 80% xảy ra ở nam giới và kết quả hậu phẫu thường tốt hơn so với người lớn; hay nghiên cứu của G.Hattingh[5] cho thấy tỉ lệ loét tá tràng phổ biến hơn loét dạ dày ở trẻ em với tỉ lệ là 18:4. Tỉ lệ thủng xảy ra ở trẻ em là 0-9% trên các bệnh nhân bị loét tá tràng và xảy ra phổ biến ở trẻ trên 7 tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 9 bệnh nhân dưới 20 tuổi (Chiếm 5%), trong đó nhỏ tuổi nhất là 10 tuổi. Bởi vì triệu chứng ở các bệnh nhân này thường không điển hình, dễ nhầm lẫn với các triệu chứng của các bệnh tiêu hoá khác (Tiêu chảy, đau bụng âm ỉ, sốt,...) nên các bệnh nhân thường được chẩn đoán trễ, dẫn tới có nhiều biến chứng.

Đặc biệt, trong nghiên cứu ghi nhận 2 trường hợp thủng ổ loét hành tá tràng ở bệnh nhi 14 tuổi và 10 tuổi. Ở trường hợp thứ nhất, bệnh nhân nam 14 tuổi, vào viện với các triệu chứng điển hình của thủng loét dạ dày tá tràng và được phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng và xuất viện sau 1 tuần điều trị, tuy nhiên sau 1 năm, bệnh nhân đã tái phát thủng ổ loét tá tràng. Về yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân này, cần chú ý tới vi khuẩn HP và sự lây nhiễm chéo trong gia đình, đặc biệt là từ người mẹ. Do đó cần có sự tầm soát vi khuẩn HP trong gia đình khi 1 thành viên được chẩn đoán có vi khuẩn HP.

Bệnh nhân thứ 2 là nam giới, 10 tuổi, bệnh

nhân được người nhà đưa vào viện cách thời điểm khởi phát 24 giờ, có các dấu hiệu của viêm phúc mạc toàn thể và sốc nhiễm khuẩn bao gồm tụt huyết áp, mạch nhanh, vẻ mặt nhiễm trùng, bụng chướng căng,... Bệnh nhi đã được phẫu thuật nội soi cấp cứu khâu lỗ thủng nhưng do bụng bệnh nhi chướng nhiều, dịch ổ bụng nhiều hạn chế phẫu trường phẫu thuật nên đã được chuyển sang mổ hở khâu lỗ thủng. Sau mổ bệnh nhân đã được điều trị hồi sức tích cực 20 ngày hậu phẫu. Sau đó bệnh nhân đã hồi phục tốt. Ở trên bệnh nhân này không tìm thấy các yếu tố nguy cơ như vi khuẩn HP, dùng thuốc kháng viêm NSAIDs hay các yếu tố nguy cơ khác. Và thủng ổ loét tá tràng cũng là biểu hiện đầu tiên của bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 180 trường hợp phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng là một phẫu thuật an toàn, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như ít đau sau mổ, rút ngắn thời gian điều trị, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chung Kin Tong and Shelat Vishalkumar G.** Perforated peptic ulcer- an update. World J Gastrointest Surg.2017; 9:1- 12.
2. **Fattahi Mohsen Abbasi - Kangevari Naser Ahmadi Nima and Razaee Negar.** Quality of care of peptic ulcer disease worldwide: A systematic analysis for the global burden of disease study 1990- 2019. PLOS ONE.2022:1- 15.
3. **Hua Man - Chin, Kong Man - Shan, Lai Ming - Wei, et al.** Perforated Peptic Ulcer in Children: A 20- year Experience. Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition.2007; 45:71- 74.
4. **Bertleff M. J. and Lange J. F.** Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. Dig Surg.2010; 27(3):161-9.
5. **Hattingh G., Salas-Parra R. D., Nuzhad A., et al.** Duodenal perforation in the pediatric population: two rare cases at a small community hospital. J Surg Case Rep.2020; 2020(11): rjaa455.
6. **Liu Da-Yun, Gao An- Ning, Tang Guo- Du, et al.** Relationship between onset of peptic ulcer and meteorological factors. World J gastroenterol 2006; 12:1463- 1467.
7. **Munoz Abraham A. S., Osei H., Martino A., et al.** Incidence and Outcomes of Perforated Peptic Ulcers in Children: Analysis of the Kid's Inpatient Database and Report of Two Cases Treated by Laparoscopic Omental Patch Repair. J Laparoendosc Adv Surg Tech A.2019; 29(2):248-255.
8. **Stepanyan S. A., Petrosyan A. A., Safaryan H. H., et al.** Laparoscopic and open repair for perforated duodenal ulcer: single-center experience. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne. 2019; 14(1):60-69.

9. Tarasconi A., Coccolini F., Biffl W. L., et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. World J Emerg Surg.2020; 15:3.  
10. Wilhelmsen M., Moller M. H., and

Rosenstock S. Surgical complications after open and laparoscopic surgery for perforated peptic ulcer in a nationwide cohort. Br J Surg.2015; 102(4):382-7.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT LỌC, LÀM SẠCH, GIỮ LẠI KHỚP GỐI NHÂN TẠO (DAIR) TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG SỚM SAU THAY KHỚP GỐI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Mạnh Khánh<sup>1,2</sup>, Lê Xuân Hoàng<sup>1,2</sup>,  
Chu Đức Phong<sup>1</sup>, Đặng Văn Long<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp gối nhân tạo (Debridement, Antibiotics, and Implant Retention - DAIR) điều trị nhiễm trùng sau mổ thay khớp gối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 7 bệnh nhân được phẫu thuật DAIR điều trị nhiễm trùng sau mổ thay khớp gối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2022 -2025. Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 7 bệnh nhân nhiễm trùng sớm sau thay khớp gối: 4 nữ (57%) và 3 nam (43%), tuổi trung bình 66 (54–80). Tác nhân vi sinh: 2 ca âm tính (28,6%), 2 ca Staphylococcus aureus nhạy Methicillin (MSSA, 28,6%), 1 ca S. aureus kháng Methicillin (MRSA, 14,3%), 1 ca Klebsiella pneumoniae nhạy cảm rộng (14,3%) và 1 ca không xác định (14,3%). Kháng sinh sau mổ: đa số phối hợp 2–3 loại, thời gian sử dụng 3 tháng đến 1 năm. Kết quả điều trị: 6/7 ca (85,7%) kiểm soát được nhiễm trùng sau mổ, 1 ca (14,3%) thất bại được phẫu thuật thay lại khớp hai thì, biên độ vận động trung bình đạt 91°, phần lớn đi lại bình thường. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật DAIR kết hợp liệu pháp kháng sinh kéo dài là hướng điều trị hiệu quả, an toàn và bảo tồn được implant cho các trường hợp nhiễm trùng sớm sau thay khớp gối.

**Từ khóa:** Thay khớp gối toàn phần; nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo; cắt lọc, liệu pháp kháng sinh, giữ lại khớp nhân tạo; nhiễm trùng sớm.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF DEBRIDEMENT, ANTIBIOTICS, AND IMPLANT RETENTION (DAIR) FOR EARLY PERIPROSTHETIC JOINT INFECTION AFTER TOTAL KNEE ARTHROPLASTY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Hoàng

Email: lexuanhoang1995@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

**Objective:** To review the indications and evaluate the outcomes of debridement, antibiotics, and implant retention (DAIR) surgery for the treatment of periprosthetic joint infection (PJI) after total knee arthroplasty (TKA) at Viet Duc University Hospital. **Subjects and Methods:** The study included seven patients who underwent DAIR for postoperative knee infection at Viet Duc University Hospital from 2022 to 2025. This was a descriptive study. **Results:** The study involved seven patients with early postoperative infections after TKA: four females (57%) and three males (43%), with a mean age of 66 years (range 54–80). Microbiological findings: two culture-negative cases (28.6%), two cases of methicillin-sensitive Staphylococcus aureus (MSSA, 28.6%), one case of methicillin-resistant S. aureus (MRSA, 14.3%), one case of Klebsiella pneumoniae sensitive to multiple antibiotics (14.3%), and one unidentified case (14.3%). Postoperative antibiotic regimens commonly combined two to three agents, with treatment duration ranging from three months to one year. Outcomes: infection was successfully controlled in six of seven patients (85.7%), while one patient (14.3%) required two-stage revision due to treatment failure. The mean range of motion was 91°, and most patients regained normal ambulation. **Conclusion:** DAIR combined with prolonged antibiotic therapy proved to be an effective, safe, and implant-preserving approach for managing early infections following total knee arthroplasty.

**Keywords:** Total knee arthroplasty; periprosthetic joint infection; debridement; antibiotic therapy; implant retention; early infection.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần là phương pháp điều trị hiệu quả cho thoái hóa khớp gối nặng, giúp phục hồi vận động và giảm đau rõ rệt. Tuy nhiên, nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo vẫn là biến chứng nghiêm trọng, làm tăng tỷ lệ tái phẫu thuật, chi phí và thời gian nằm viện. Tỷ lệ nhiễm trùng sau thay khớp gối dao động 0,5–2% trong phẫu thuật nguyên phát và 10–15% ở ca thay lại, có xu hướng gia tăng tại Việt Nam do tình trạng đa kháng và bệnh nền phức tạp (1–2).

Nhiễm trùng sau mổ thay khớp được phân