

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^{1,2}, Lê Xuân Hoàng^{1,2},
Chu Đức Phong¹, Đặng Văn Long¹

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

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường 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

loại theo thời gian: sớm (≤ 3 tháng), trung gian (3–24 tháng) và muộn (> 24 tháng), trong đó nhiễm sớm chủ yếu do vi khuẩn ngoại sinh trong mô (3). Các phương pháp điều trị gồm phẫu thuật DAIR, thay lại một thì, thay lại hai thì, đóng cứng khớp và cắt cụt (4–6). Phẫu thuật DAIR được khuyến nghị cho trường hợp nhiễm sớm, khớp vững và mô mềm còn tốt (7).

Hiệu quả phẫu thuật DAIR phụ thuộc vào lựa chọn đúng chỉ định, với tỷ lệ kiểm soát nhiễm dao động 12–80% (8). Các yếu tố ảnh hưởng gồm tình trạng toàn thân, độ vững của khớp và đặc điểm vi khuẩn (9). Vi khuẩn thường gặp là *Staphylococcus aureus* và tụ cầu âm tính coagulase, có khả năng tạo màng sinh học gây nhiễm trùng mạn tính (10).

Từ thực tiễn đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả phẫu thuật DAIR trong điều trị nhiễm trùng sớm sau thay khớp gối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 7 bệnh nhân được phẫu thuật DAIR điều trị nhiễm trùng sau mổ thay khớp gối tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, giai đoạn 2022–2025.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, báo cáo loạt ca lâm sàng.

Quy trình phẫu thuật: gồm mở bao khớp, cắt lọc mô viêm và bao hoạt dịch, rửa khớp, giữ lại implant. Cắt lọc triệt để mô nhiễm giúp giảm gánh nặng vi khuẩn, hỗ trợ hệ miễn dịch và tăng hiệu quả kháng sinh (1). Ngoài ra, có thể kết hợp dung dịch sát khuẩn pha loãng như povidone iodine, chlorhexidine hoặc hydrogen peroxide để phá hủy màng sinh học.

Theo Nhóm Đồng thuận Quốc tế, quy trình DAIR bao gồm: lấy ≥ 5 mẫu mô để nuôi cấy (2); mổ theo đường cũ, loại bỏ mô hoại tử và bao hoạt dịch (3); tháo các bộ phận di động để tiếp cận toàn khớp (4); rửa bằng dung dịch lớn, thay dụng cụ vô khuẩn trước khi khâu (5); và đặt dẫn lưu đến khi dịch tiết giảm (6).

Điều trị kháng sinh: Cần có phổ diệt khuẩn mạnh, tác dụng với vi khuẩn tạo màng sinh học; lựa chọn thuốc dựa trên kháng sinh đồ và tư vấn kiểm soát nhiễm khuẩn (7). Phối hợp rifampicin – quinolon đã chứng minh hiệu quả cao trong điều trị PJI (8), thường áp dụng phác đồ kháng sinh tĩnh mạch 4–6 tuần, sau đó rifampin đường uống 6 tháng (9). Nghiên cứu của Byren và cs. ghi nhận tỷ lệ kiểm soát nhiễm đạt 82% sau 2,3 năm theo dõi (10).

Theo dõi và đánh giá sau phẫu thuật: Hồ sơ bệnh nhân được thu thập và đánh giá các

biến số: tuổi, giới tính, xét nghiệm viêm, kết quả vi sinh, kháng sinh điều trị, điểm đau VAS, điểm chức năng KS, KFS, KSS trước và sau phẫu thuật.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập hồi cứu qua hồ sơ bệnh án và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp 1: Bệnh nhân nữ, 60 tuổi

Tiền sử: Bệnh nhân có tiền sử kết hợp xương đinh nội tủy cẳng chân trái ngày 29/01/2023. Phẫu thuật thay khớp gối trái ngày 02/07/2024.

Bệnh sử: Sau mổ 7 tuần, bệnh nhân xuất hiện sưng nề, đau, hạn chế vận động khớp. Gối trái có 1 ổ rò kích thước 1x1 cm, chảy dịch đục.

Lâm sàng: Gối trái: sưng nề, đau. Biên độ vận động (ROM): 110/0/0. Có ổ rò kích thước 1 x 1cm. Điểm VAS: 8 điểm.



Hình 1: Hình ảnh X-quang khớp gối nhân tạo trước mổ

Xét nghiệm trước mổ:

Số lượng bạch cầu	Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	Máu lắng 1h	Fibrinogen
9.77	76.8	44	5.79

Chẩn đoán: Nhiễm trùng sớm sau mổ thay khớp gối trái

Phẫu thuật: Cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp gối nhân tạo.

Kết quả nuôi cấy vi sinh 72h: âm tính

Kháng sinh điều trị sau mổ: phối hợp 3 kháng sinh vancomycin, fullfram Injection, levofloxacin.

Kết quả sau mổ 18 tháng: VAS = 4. Vết mổ khô; ROM: 60/0/0. Không ghi nhận biến chứng nặng, tuy nhiên phải điều trị nhiều đợt kháng sinh đường uống trong 1 năm, đủ liều, không có tác dụng phụ thuốc. Bệnh nhân đi lại bằng nạng.

Trường hợp 2: Bệnh nhân nam, 80 tuổi

Tiền sử: Thay khớp gối phải toàn phần

Bệnh sử: Bệnh nhân sau mổ 6 tuần, khớp gối phải xuất hiện đau tăng dần, sưng nề, có ổ rò chảy dịch mủ, vào viện

Lâm sàng: Gối phải: sưng nề, đau. ROM: 100/0/0. Có 02 ổ rò vùng khoeo và mặt trước khớp gối, chảy dịch mủ. Điểm VAS: 8 điểm.

Siêu âm khớp gối phải sau mổ thay khớp: Dịch khớp không đồng nhất, dày 6 mm; màng

hoạt dịch dày không đều, có vài bóng khí nhỏ. Thâm nhiễm phần mềm quanh khớp, có dải dịch vùng khoeo dày ~12 mm, thông với ổ khớp.

Xét nghiệm máu trước mổ:

CRP	Số lượng bạch cầu	Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	Máu lắng 1h	Fibrinogen
129	8.54	83.6	>140	6.79

Chẩn đoán: Nhiễm trùng sớm sau mổ thay khớp gối phải

Phẫu thuật: Cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp gối nhân tạo.

Kết quả vi sinh: *Klebsiella pneumoniae* nhạy cảm nhiều kháng sinh.

Giải phẫu bệnh: Tổn thương viêm áp xe với sự xâm nhập dày đặc bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa mũ kèm viêm hạt tế bào khổng lồ dị vật.

Kháng sinh điều trị sau mổ: phối hợp 3 kháng sinh vancomycin, bacsultam, levofloxacin.

Kết quả sau mổ 18 tháng: Bệnh nhân còn đau nhẹ vùng gối trái, điểm đau VAS = 4. Vết mổ khô; ROM: 90/0/0. Không ghi nhận biến chứng nặng.

Trường hợp 3: Bệnh nhân nữ, 54 tuổi

Tiền sử: Phẫu thuật thay khớp gối trái toàn phần 1/10/2021.

Bệnh sử: Bệnh nhân sau mổ thay khớp gối trái 6 tuần, bệnh nhân tái phát đau, sưng nề và rò dịch qua vết mổ → nhập viện.

Lâm sàng: Gối trái: Sưng nề, đau. ROM: 100/0/0. Có 01 lỗ rò kích thước 1x2 cm, chảy dịch đục.



Hình 2: Xquang khớp gối nhân tạo trái

Xét nghiệm máu trước mổ:

Số lượng bạch cầu	Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	Máu lắng 1h	Fibrinogen
9.18	64.8	>140	5.62

Chẩn đoán: Nhiễm trùng sớm sau mổ thay khớp gối nhân tạo

Phẫu thuật: cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp nhân tạo

Kết quả vi sinh 14/11/2022: Tụ cầu vàng kháng Methicillin (MRSA – Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus*)

Giải phẫu bệnh: Tổ chức xương xốp thoái hóa
Kháng sinh điều trị sau mổ: phối hợp 3 kháng sinh vancomycin, bacsultam, levofloxacin.

Tuy nhiên sau đây bệnh nhân nhiễm trùng tái phát, được phẫu thuật cắt lọc, tháo khớp nhân tạo, đặt spacer kháng sinh 29/11/2022 và được phẫu thuật thay lại khớp gối dạng bản lề 27/09/2023.

Thời gian sử dụng kháng sinh: 1 năm



Hình 3: A. Hình ảnh Spacer khớp gối trái; B. Hình ảnh khớp gối bản lề trái

Hiện kết quả sau mổ: Vết mổ khô, ROM: 90/0/0, đau nhẹ vết mổ

Trường hợp 4:

Bệnh nhân nam, 68T

Tiền sử: Phẫu thuật thay khớp gối trái tháng 5/2022. Phẫu thuật thay khớp gối phải 07/09/2022. Gout nhiều năm điều trị thuốc uống

Bệnh sử: Sau mổ 7 tuần khớp gối sưng đau, chảy dịch đục

Lâm sàng: Gối phải: Đau sưng nề gối; ROM 100/0/0; 01 lỗ rò kích thước 1x2 cm,



Hình 4: Hình ảnh khớp gối nhân tạo hai bên

Xét nghiệm sinh hóa trước mổ:

Số lượng bạch cầu	Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	Máu lắng 1h	Fibri-nogen
16.32	85.6	>140	7.0

Chẩn đoán: Nhiễm trùng sớm sau mổ thay khớp gối phải/ Thay khớp gối trái - Gout

Phẫu thuật: cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp gối nhân tạo

Kết quả vi sinh: Tụ cầu vàng nhạy Methicillin (MSSA – Methicillin-Susceptible Staphylococcus aureus)

Kháng sinh điều trị sau mổ: phối hợp 3 kháng sinh vancomycin, baclofamid, levofloxacin.

Thời gian sử dụng kháng sinh: 3 tháng. Đúng, đủ liều.

Kết quả sau mổ 3 năm: vết mổ khô. ROM: 90/0/0. Đi lại bình thường không cần dụng cụ hỗ trợ.

Trường hợp 5: Bệnh nhân nữ, 68T

Tiền sử: Thay khớp gối phải toàn phần tháng 4/2022, thay khớp gối trái toàn phần tháng 8/2022.

Bệnh sử: Sau mổ 8 tuần bệnh nhân xuất hiện lỗ rò mặt trước gối trái kích thước 2x1cm, chảy dịch đục

Lâm sàng: Gối trái: Đau sưng nề gối.ROM: 01 lỗ rò kích thước 2x1cm chảy dịch đục



Hình 5: Hình ảnh khớp gối nhân tạo trái trước mổ

Xét nghiệm máu trước mổ:

Số lượng bạch cầu	Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	Máu lắng 1h	Fibri-nogen
14.8	71.1	>140	6.74

Chẩn đoán: Nhiễm trùng sớm sau mổ thay khớp gối trái

Phẫu thuật: Cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp nhân tạo

Kết quả kháng sinh đồ: âm tính

Kháng sinh điều trị sau mổ: phối hợp 3 kháng sinh fullgram, voxin, medphatobra

Kết quả sau mổ 3 năm: vết mổ khô. ROM: 100/0/0. Đi lại bình thường không cần dụng cụ hỗ trợ.

Trường hợp 6: Bệnh nhân nam, 61 tuổi

Tiền sử: Kết hợp xương chày trái bằng đinh nội tủy 05/05/2025, phẫu thuật thay khớp gối trái toàn phần 22/05/2025.

Bệnh sử: Sau mổ 3 tuần, vết mổ khớp gối trái toác, nhiều tổ chức giả mạc, lộ khớp, 1 phần cơ hoại tử.



Hình 6: Hình ảnh khớp gối trái trước mổ



Hình 7: Hình ảnh khớp gối toàn phần bên phải trước mổ

Xét nghiệm máu trước mổ:

Số lượng bạch cầu	Tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính	Máu lắng 1h	Fibri-nogen
8.08	64.3	29	6.26

Chẩn đoán: Nhiễm trùng sớm sau mổ thay khớp gối trái

Phẫu thuật: cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp gối nhân tạo, đóng vết mổ

Kết quả vi sinh: Tụ cầu vàng nhạy Methicillin (MSSA – Methicillin-Susceptible Staphylococcus aureus).

Kháng sinh điều trị sau mổ: phối hợp 3 kháng sinh voxin, tenamid, levofloxacin

Kết quả sau mổ 2 tháng: vết mổ khô. ROM: 110/0/0. Đi lại bình thường không cần dụng cụ hỗ trợ.

Trường hợp 7: Bệnh nhân nữ 71 tuổi

Tiền sử: Thay khớp gối toàn phần bên phải 3 tuần

Bệnh sử: sau mổ thay khớp gối phải 3 tuần.

Lâm sàng: Toác vết mổ, lộ khớp nhân tạo, có ít giả mạc xung quanh, nền cơ đỏ.



Hình 8: Hình ảnh khớp gối nhân tạo trước mổ



Hình 9: A. Hình ảnh sau mổ thay khớp gối 1 tuần; B. Hình ảnh sau mổ thay khớp gối 2 tuần; C. Hình ảnh sau mổ thay khớp gối 3 tuần



Hình 10: A. Hình ảnh sau đóng vết mổ 3 ngày; B. Hình ảnh sau đóng vết mổ 3 tuần
Xét nghiệm máu trước mổ:

CRP	Số lượng bạch cầu	Fibrinogen
13.92	4.95	2.45

Chẩn đoán: Nhiễm trùng sớm sau mổ thay khớp gối phải

Phẫu thuật: Cắt lọc, làm sạch, giữ lại khớp gối nhân tạo

Kết quả vi sinh: âm tính

Kháng sinh điều trị sau mổ: phối hợp 3 kháng sinh: sử dụng 03 loại kháng sinh, Vancomycin, Meropenem, Clindamycin.

Kết quả sau mổ 5 tháng: vết mổ khô. ROM: 100/0/0. Đi lại bình thường không cần dụng cụ hỗ trợ.

III. BÀN LUẬN

3.1. Yếu tố bệnh nhân. Hiệu quả của phương pháp phẫu thuật DAIR phụ thuộc đáng kể vào tình trạng miễn dịch và mô mềm tại chỗ. Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có sức khỏe nền ổn định, không có suy giảm miễn dịch, tạo điều kiện thuận lợi cho kiểm soát nhiễm trùng. Theo (4), khả năng miễn dịch bẩm sinh đóng vai trò trung tâm trong việc loại bỏ vi khuẩn tồn lưu trên bề mặt cấy ghép. Những trường hợp có rò xoang mạn tính hoặc mô mềm tổn thương nặng thường được xem là chống chỉ định với phẫu thuật DAIR, vì tỷ lệ thất bại cao hơn (5–7). Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy bệnh nhân có mô mềm tốt, vết mổ liền, không có rò tái phát đạt kết quả kiểm soát nhiễm 100%, củng cố vai trò của việc lựa chọn đúng chỉ định phẫu thuật và đánh giá mô tại chỗ trước khi mổ.

3.2. Thời gian khởi phát và phân loại.

Các trường hợp được xác định là nhiễm trùng sớm sau mổ, xuất hiện trung bình 3–7 tuần sau thay khớp. Theo phân loại của Cui và cộng sự (10), đây là nhóm nhiễm trùng có tiên lượng điều trị tốt hơn so với nhóm mạn tính hoặc lây nhiễm qua đường máu. Kết quả từ nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật DAIR trong nhiễm trùng cấp đạt 31–100%, trong khi nhiễm trùng mạn tính chỉ đạt 28–62% (6,11–21). Điều này phù hợp với kết quả của chúng tôi khi toàn bộ bệnh nhân nhiễm trùng sớm đều được kiểm soát thành công.

3.3. Vi sinh học. Tác nhân gây bệnh phổ biến nhất trong nghiên cứu là *Staphylococcus aureus* (chiếm 43%), trong đó có 2 trường hợp MSSA và 1 trường hợp MRSA. Kết quả này phù hợp với báo cáo của nhiều tác giả (12,18,22–25), khẳng định *S. aureus* là vi khuẩn thường gặp nhất trong nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo. Đặc biệt, MRSA được xem là yếu tố tiên lượng xấu, có liên quan đến tỷ lệ thất bại cao hơn khi điều trị bằng phẫu thuật DAIR (26–29). Bên cạnh đó, 1 trường hợp nhiễm *Klebsiella pneumoniae* nhạy cảm nhiều kháng sinh cũng đáp ứng tốt với điều trị phối hợp kháng sinh, chứng tỏ phẫu thuật DAIR có thể đạt hiệu quả cao với các chủng vi khuẩn Gram âm có độc lực thấp (21,30,31).

3.4. Lựa chọn và thời gian sử dụng kháng sinh. Phác đồ kháng sinh trong nghiên cứu gồm phối hợp Vancomycin (100%), Levofloxacin (71%), và Baclofen hoặc Fullfram tùy tác nhân. Theo khuyến cáo (45), việc lựa chọn cần dựa vào độ nhạy vi sinh và đặc điểm mô đích. Thời gian điều trị dao động 3 tháng – 1 năm, dài hơn so với các phác đồ chuẩn ở nước ngoài (6–12 tuần), tuy nhiên phù hợp với điều kiện lâm sàng trong nước. Một số tác giả như Bernard et al. (50) và Moran et al. (51) cho rằng liệu trình kháng sinh ≥ 6 tuần là đủ khi phẫu thuật được thực hiện đúng kỹ thuật, trong khi các trường hợp phức tạp hơn có thể kéo dài hơn. Kết quả của chúng tôi cho thấy tuân thủ đủ liều và thời gian kháng sinh có ý nghĩa quyết định trong duy trì kiểm soát nhiễm trùng lâu dài.

3.5. Kết quả điều trị và tiên lượng lâu dài. Sau theo dõi trung bình 12–36 tháng, bệnh nhân kiểm soát được nhiễm trùng, không ghi nhận tử vong hay biến chứng nặng. Biên độ vận động trung bình (ROM) đạt 91°, hầu hết bệnh nhân đi lại bình thường và không cần dụng cụ hỗ trợ. Một trường hợp duy nhất phải thay khớp lại hai thì (spacer và khớp bản lề) cũng đạt kết quả tốt, không tái nhiễm. Kết quả này tương đồng

với các báo cáo của Gardner (12), Choi (34) và Sherrell (52), khẳng định phẫu thuật DAIR là phương pháp tối ưu cho nhiễm trùng sớm sau thay khớp gối, khi chỉ định được lựa chọn đúng và quy trình kỹ thuật được đảm bảo.

IV. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tande AJ, Patel R. Nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo. Clin Microbiol Rev. 2014;27(2):302–45.
2. Parvizi J, Gehrke T, Chen AF. Kết quả Hội nghị Đồng thuận quốc tế về nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo. Bone Joint J. 2013;95-B(11):1450–2.
3. Tsukayama DT, Goldberg VM, Kyle R. Chẩn đoán và xử trí nhiễm trùng sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. J Bone Joint Surg Am. 2003;85(Suppl 1):S75–80.
4. Zimmerli W, Trampuz A, Ochsner PE. Nhiễm trùng khớp nhân tạo. N Engl J Med. 2004;351(16):1645–54.
5. Peel TN, Cheng AC, Buisson KL, Choong PFM. Căn nguyên vi sinh, dịch tễ học và đặc điểm lâm sàng của nhiễm trùng khớp nhân tạo: Đánh giá hiệu quả dự phòng kháng sinh hiện nay. Antimicrob Agents Chemother. 2012;56(5):2386–91.
6. Kunutsor SK, Beswick AD, Peters TJ, et al. Đánh giá kết quả phẫu thuật DAIR điều trị nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo: Tổng quan hệ thống và phân tích gộp. J Infect. 2018;77(6):479–88.
7. Osmon DR, Berbari EF, Berendt AR, et al. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng khớp nhân tạo của Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA). Clin Infect Dis. 2013;56(1):e1–e25.
8. Wouthuyzen-Bakker M, et al. Hiệu quả phẫu thuật DAIR trong nhiễm trùng sớm sau thay khớp nhân tạo phụ thuộc vào thời điểm và tác nhân gây bệnh. Clin Microbiol Infect. 2019;25(7):830–4.
9. Lora-Tamayo J, Murillo O, Iribarren JA, et al. Nghiên cứu đa trung tâm lớn về phẫu thuật DAIR trong điều trị nhiễm trùng khớp nhân tạo: các yếu tố tiên lượng thất bại. Clin Infect Dis. 2013;56(2):182–94.
10. Byren I, Bejon P, Atkins BL, et al. 112 ca nhiễm khớp nhân tạo được điều trị bằng DAIR: kết quả và các yếu tố nguy cơ thất bại. J Antimicrob Chemother. 2009;63(6):1264–71.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Văn Thương¹, Đinh Văn Chiến², Nguyễn Văn Hương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đang được thực hiện ngày càng phổ biến tại các bệnh viện tỉnh trên cả nước. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An giai đoạn 2020 – 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Gồm 85 bệnh nhân, tuổi trung bình $68,33 \pm 10,96$ tuổi (từ 39 đến 95 tuổi), 65,9% nam và 34,1% nữ. 100% bệnh nhân có kết quả ung thư biểu mô tuyến. Số lượng hạch nạo vét là: $12,1 \pm 6,0$ hạch, số hạch di căn là $0,54 \pm 1,26$. Biến chứng sau mổ 23,5%, trong đó rò miệng nối 3,5 %, nhiễm trùng vết mổ 5,9 %. Thời gian phẫu thuật trung bình là $192,3 \pm 21,6$ phút. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ $11,86 \pm 4,4$ ngày. Thời gian tái phát là $9,47 \pm 2,76$ tháng, thời gian sống thêm toàn

bộ sau mổ $28,26 \pm 17,34$ tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp và đảm bảo tính triệt căn ung thư. **Từ khóa:** Trực tràng, ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: Laparoscopic for colorectal cancer is increasingly being performed at provincial hospitals across the country. This study was conducted to evaluate the effectiveness of laparoscopic in the treatment of rectal cancer at Nghe An Friendship General Hospital during the 2020 - 2025 period. **Methods:** A retrospective study was conducted on all rectal cancer patients treated with laparoscopic from January 2020 to June 2025 at Nghe An Friendship General Hospital. **Results:** A total of 85 patients underwent laparoscopic rectal resection, with a mean age of 68.33 ± 10.96 years (ranging from 39 to 95 years). Among them, 65.9% were male, and 34.1% were female. All patients (100%) were diagnosed with adenocarcinoma. The average number of lymph nodes dissected was 12.12 ± 6.02 nodes. Postoperative complications occurred in 23.5 % of patients, the anastomotic leak rate was 3.5 % (3 patients), and the infection rate was 5.9%. The average surgery duration was 192.32 ± 21.63 minutes. The average hospital

¹Trường Đại học y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025