

thủ nguyên tắc kỹ thuật. Việc lựa chọn đường mổ trước ngoài cánh tay cùng với thao tác phẫu thuật cẩn thận giúp hạn chế nguy cơ tổn thương thần kinh quay trong quá trình bóc lộ và cố định ổ gãy. Đồng thời, chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp biến chứng liên quan dụng cụ kết xương như gãy nẹp hoặc lỏng vít. Điều này cho thấy việc lựa chọn loại nẹp phù hợp và cố định vững chắc ổ gãy đóng vai trò quan trọng trong việc đảm bảo kết quả điều trị.

V. KẾT LUẬN

Gãy kín thân xương cánh tay trong nghiên cứu gặp ở nhiều nhóm tuổi, với tuổi trung bình $51,0 \pm 2,99$; vị trí gãy thường gặp nhất là 1/3 giữa thân xương cánh tay, đa số thuộc nhóm gãy loại A theo phân loại AO.

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít cho tỷ lệ liền xương cao, phục hồi chức năng tốt và ít biến chứng, đồng thời cho phép bệnh nhân vận động sớm sau mổ. Phẫu thuật sớm cũng giúp đánh giá và xử trí kịp thời tổn thương thần kinh quay khi có chỉ định, góp phần nâng cao kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Phúc. Gãy thân xương cánh tay. In: *Chấn Thương Chính Hình*. Nhà xuất bản Y học; 2013:226-229.
2. Gallusser N, Barimani B, Vauclair F. Humeral shaft fractures. *EFORT Open Rev*. 2021;6(1):24-34. doi:10.1302/2058-5241.6.200033
3. Nguyễn Thế Độ. *Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Phẫu*

Thuật Gãy Kín Thân Xương Cánh Tay ở Người Lớn Bằng Nẹp Vít Tại Bệnh Viện Việt Đức. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội; 2012.

4. Nguyễn Mộc Sơn, Đỗ Văn Minh, Hoàng Minh Thắng, Nguyễn Mạnh Khánh, Ngô Văn Toàn. Kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khoá điều trị gãy kín thân xương cánh tay. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2022;510(2). doi:10.51298/vmj.v510i2.1962
5. Phạm Ngọc Thắng, Nguyễn Bá Ngọc, Trần Văn Phương, Nguyễn Thanh Long. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương cánh tay bằng nẹp vít tại bệnh viện quân y 105. *VietNam Mil Med Unisversity*. 2023;48(2):43-49. doi:10.56535/jmpm.v48i2.264
6. Từ Quốc Hiệu. *Đánh Giá Kết Quả Kết Xương Nẹp Vít Gãy Kín Thân Xương Cánh ở Người Lớn Tại Bệnh Viện Việt Đức*. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2002.
7. Su J can, Liu X wei, Yu B qing, Li Z dong, Li M, Zhang C cai. Shape memory Ni-Ti alloy swan-like bone connector for treatment of humeral shaft nonunion. *Int Orthop*. 2010;34(3):369-375. doi:10.1007/s00264-009-0726-0
8. Ekholm R, Ponzer S, Törnkvist H, Adami J, Tidermark J. Primary Radial Nerve Palsy in Patients With Acute Humeral Shaft Fractures. *J Orthop Trauma*. 2008;22(6):408-414. doi:10.1097/BOT.0b013e318177eb06
9. Shao YC, Harwood P, Grotz MRW, Limb D, Giannoudis PV. Radial nerve palsy associated with fractures of the shaft of the humerus: A SYSTEMATIC REVIEW. *J Bone Joint Surg Br*. 2005;87-B(12):1647-1652. doi:10.1302/0301-620X.87B12.16132
10. Chang G, Ilyas AM. Radial Nerve Palsy After Humeral Shaft Fractures. *Hand Clin*. 2018;34(1):105-112. doi:10.1016/j.hcl.2017.09.011

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Tuấn Cảnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư dạ dày (UTDD) tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

¹Trường Đại học Ngoại ngữ - Tin học TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: canhnt@huflit.edu.vn

Mã bài: N778

Ngày nhận bài: 4/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 3/4/2026

Ngày duyệt bài: 10/5/2026

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 44 trường hợp UTDD được PTNS cắt dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023.

Kết quả: Tuổi mắc bệnh trung bình là $57,5 \pm 10,5$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,93/1. Kết quả nội soi dạ dày, vị trí khối u gặp nhiều nhất là vùng hang môn vị với 66%. Về đại thể, thể sùi chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,4%; kích cỡ u từ 3 - 5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,2% trường hợp. Cắt dạ dày bán phần cực dưới là phương pháp phẫu thuật được sử dụng nhiều nhất với 93,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình $183 \pm 32,8$ (phút). Giai đoạn T4a chiếm đa số với tỷ lệ 50%. Di căn hạch có 52,3% trường hợp, trong đó giai đoạn N2, N3a thường gặp nhất nhất với tỷ lệ lần lượt là 20,5% và 22,7%.

Thời gian nằm viện trung bình là $7,75 \pm 1,5$ ngày. Thời gian trung tiện trung bình sau mổ là $3,2 \pm 1,1$ ngày. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 6,82%, trong đó 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp hẹp miệng nối. Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 93,2%.

Kết luận: PTNS cắt dạ dày trong điều trị UTDD có tỷ lệ thành công cao với 93,2% trường hợp, biến chứng thấp và không quá nặng như nhiễm trùng vết mổ và hẹp miệng nối.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, ung thư dạ dày.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGICAL TREATMENT FOR GASTRIC CANCER AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: Study on the clinical, paraclinical characteristics and early outcomes of laparoscopic gastrectomy for gastric cancer at Can Tho Central General Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 44 patients with gastric cancer who underwent laparoscopic gastrectomy at Can Tho Central General Hospital from June 2021 to June 2023.

Results: The mean age of the patients was 57.5 ± 10.5 years, with a male-to-female ratio of 1.93:1. Gastroscopy revealed that the most common tumor location was the antrum-pylorus region (66%). Macroscopically, the exophytic type was the most frequent, accounting for 36.4%; a tumor size of 3 - 5 cm represented the highest proportion at 43.2%. Subtotal distal gastrectomy was the most commonly performed surgical procedure (93.2%). The mean operative time was 183 ± 32.8 minutes. Stage T4a was predominant, accounting for 50%. Lymph node metastasis was observed in 52.3% of cases, with stages N2 and N3a being the most common at 20.5% and 22.7%, respectively. The mean postoperative hospital stay was 7.75 ± 1.5 days, and the mean time to first flatus was 3.2 ± 1.1 days. The postoperative complication rate was 6.82%, including 2 cases of surgical site infection and 1 case of anastomotic stricture. The overall surgical success rate was 93.2%.

Conclusions: Laparoscopic gastrectomy for gastric cancer demonstrates a high success rate (93.2%) with low and manageable complication rates, primarily limited to surgical site infections and anastomotic strictures.

Keywords: Endoscopic surgery, gastric cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTDD là một bệnh lý ác tính thường gặp đứng thứ 5 trên thế giới và là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 4 do ung thư [8]. Ở các nước Châu Á, hàng năm số người mắc UTDD ngày càng tăng, gây gánh nặng kinh tế không chỉ cho gia đình và xã hội [8]. Tại Việt Nam, trong những năm gần đây thì số ca mắc mới, cũng như số ca tử vong liên tục tăng và trở thành một trong những bệnh ung thư có tốc độ gia tăng nhanh chóng, tỉ lệ mắc của nam cao hơn nữ [1]. Hiện nay tỉ lệ tử vong của UTDD vẫn còn khá cao vì

hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển, tỉ lệ tái phát cao gây nhiều khó khăn trong điều trị. Cho đến nay, phương pháp điều trị tối ưu nhất đối với UTDD vẫn là phẫu thuật cắt dạ dày. Phẫu thuật cắt dạ dày không ngừng được cải tiến nhằm chuẩn hóa phương pháp, hạn chế biến chứng và đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân [4],[8]. Tại Việt Nam, năm 2005 PTNS cắt dạ dày, nạo hạch điều trị UTDD được thực hiện lần đầu tại bệnh viện Việt Đức và Chợ Rẫy. Hiện nay, PTNS cắt dạ dày điều trị UTDD đã được thực hiện rộng rãi ở các tỉnh, thành trong đó có Cần Thơ. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ là bệnh viện hạng 1 trực thuộc Bộ Y Tế đã triển khai kỹ thuật này từ lâu và có nhiều kết quả khả quan. Với mong muốn đánh giá lại hiệu quả của phương pháp này trong điều trị UTDD và nhằm cung cấp cơ sở khoa học cho việc nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân nên chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm PTNS điều trị UTDD tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư dạ dày được chẩn đoán, điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày, có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư dạ dày và được phẫu thuật cắt dạ dày bằng phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư dạ dày tái phát hoặc ung thư từ nơi khác di căn tới dạ dày. Khối u gây biến chứng như viêm phúc mạc hay tắc ruột. Những trường hợp có kèm theo phẫu thuật khác. Bệnh nhân có ung thư khác phối hợp. Bệnh nhân không có hồ sơ rõ ràng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ:

$$n = \frac{z_{(1-\frac{\alpha}{2})}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

- $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 là giá trị phân bố chuẩn, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê 5%.

- d: sai số tuyệt đối, chọn $d = 0,07$.

- $p = 0,964$, dựa vào nghiên cứu của Lê Thành Trung và cộng sự^[2].

Thay vào công thức trên: $n \approx 41$ bệnh nhân.

Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 44 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ. Chọn tất cả bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư dạ dày nhập viện từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2023 thỏa tiêu chuẩn.

Nội dung nghiên cứu

- **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:** tuổi, giới tính, BMI, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, phân loại ASA trước mổ, vị trí tổn thương, giai đoạn

u, tổn thương trên Ct-scan bụng.

- **Đánh giá kết quả điều trị:** phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình, Đánh giá giai đoạn khối u theo TNM, thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, biến chứng sớm sau phẫu thuật

- **PTNS thành công khi thỏa đầy đủ các tiêu chuẩn:** Không có tai biến và biến chứng trong phẫu thuật; Không phải chuyển mổ mở; Không phải phẫu thuật lại; Không có các biến chứng nặng trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật như: xì miệng nổi, bực mồm tá tràng, chảy máu vết mổ, tắc ruột sớm, nhồi máu cơ tim hay nhiễm trùng như viêm phổi,... Không có tử vong trong 30 sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 40 tuổi	30	68,2
	40 – 60 tuổi	13	29,5
	> 60 tuổi	1	2,3
Giới tính	Nam	29	65,9
	Nữ	15	34,1
BMI	< 18,5 (thiếu cân)	8	18,2
	18,5 - 24,9 (trung bình)	35	79,5
	25 - 29,9 (thừa cân)	1	2,3
	Trung bình: $21,2 \pm 2,3$ (kg/m ²)		
Triệu chứng cơ năng	Đau thượng vị	43	97,7
	Chán ăn	21	47,7
	Buồn nôn, nôn ói	32	72,7
	Sụt cân	14	31,8
	Nuốt khó	1	2,3
	Nôn ra máu	4	9,1
	Đi cầu phân đen	13	29,5
Triệu chứng thực thể	Điểm đau thành bụng	43	97,7
	Khối u thượng vị	6	13,6
	Thiếu máu	20	45,5
	Vàng da	1	2,3
	Báng bụng	9	20,5
Phân loại ASA trước mổ	ASA 1	13	29,5
	ASA 2	27	61,4
	ASA 3	4	9,1

Nhận xét: Độ tuổi mắc bệnh trung bình là $57,5 \pm 10,5$ tuổi. Nam giới chiếm đa số với 65,9%, tỷ lệ nam/nữ là 1,93/1. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau bụng vùng thượng vị chiếm tỉ lệ 97,7%. Phân loại ASA 2 chiếm đa số với tỉ lệ 61,4%. BMI trung bình là $21,2 \pm 2,3$ (kg/m²).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tổn thương trên siêu âm ổ bụng	Khối u	18	43,9
	Hạch ổ bụng	2	4,9
	Không phát hiện thương tổn	23	56,1
Tổn thương trên CT-scan ổ bụng	Khối u	44	100
	Dấu hiệu mất cấu trúc lớp	40	90,9
	Xâm lấn tạng lân cận	0	0
Vị trí tổn thương trên nội soi	Di căn hạch	23	52,3
	1/3 trên	3	6,8
	1/3 giữa	12	27,2
Giai đoạn u theo T	1/3 dưới	29	66,0
	T1	7	15,9
	T2	3	6,8
	T3	12	27,3
Giai đoạn u theo N	T4a	22	50
	N0	21	47,7
	N1	2	4,5
	N2	9	20,5
	N3a	10	22,8
	N3b	2	4,5

Nhận xét: Siêu âm phát hiện được khối u trong

43,9% trường hợp. Chụp ct-scan bụng phát hiện u là 100%, phát hiện được hạch vùng là 52,3%. Vị trí khối u gặp nhiều nhất là vùng hang môn vị với 66%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật

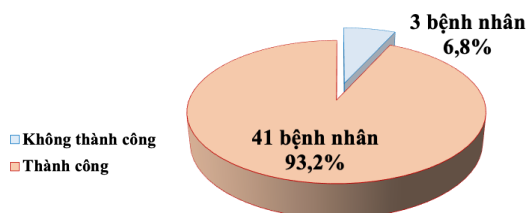
Phương pháp phẫu thuật	n	Thời gian phẫu thuật (phút)	P
Cắt bán phần	41	179 ± 27,7 (150 – 300)	< 0,001
Cắt toàn bộ	3	236,7 ± 56,9 (190 – 300)	
Chung	44	183 ± 32,8 (150 – 300)	

Nhận xét: Cắt dạ dày bán phần cực dưới là phương pháp điều trị được sử dụng nhiều nhất với 93,2%. Thời gian phẫu thuật trung bình 183 ± 32,8 (phút).

Bảng 4. Liên quan giữa giai đoạn T, phương pháp phẫu thuật và thời gian nằm viện

Đặc điểm		n	Thời gian nằm viện (ngày)	P
Giai đoạn T	T4a	22	8,64 ± 2	0,005
	Dưới T4a	22	7,27 ± 0,7	
Phương pháp phẫu thuật	Bán phần cực dưới	41	7,78 ± 1,5	0,008
	Cắt toàn bộ dạ dày	3	10,33 ± 1,5	

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 7,75 ± 1,5 ngày. Trong đó, sớm nhất là 4 ngày, muộn nhất là 13 ngày. Có sự khác biệt về thời gian nằm viện giữa các giai đoạn T và phương pháp phẫu thuật ($P < 0,05$).



Biểu đồ 1. Kết quả điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ PTNS thành công chiếm đa số với 93,2%. PTNS không thành công chiếm 6,8% với 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp có biến chứng hẹp miệng nối.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 57,5 ± 10,5 tuổi, nam giới chiếm ưu thế (65,9%), tỷ lệ nam/nữ là 1,93/1. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Võ Duy Long (55,3 ± 11,3 tuổi; tỷ lệ nam/nữ 1,7/1) [4] và Quách Văn Kiên (61,17 ± 11,5 tuổi; tỷ lệ nam/nữ 1,69/1) [3].

BMI trung bình là 21,2 ± 2,3 kg/m², đa số bệnh nhân có thể trạng bình thường (79,5%), suy dinh dưỡng chiếm 18,2% và béo phì chỉ 2,3%. Kết quả tương tự nghiên cứu của Đặng Đình Khoa với BMI trung bình 20,57 ± 2,03 kg/m², trong đó 81,1% có thể trạng trung bình [2].

Đau thượng vị là triệu chứng thường gặp nhất (97,7%), tương đương với kết quả của Đặng Đình Khoa (97,8%) [2]. Do nguy cơ liên quan đến gây mê và bơm CO₂ kéo dài, nghiên cứu không lựa chọn các trường hợp ASA > 3; nhóm ASA II chiếm tỷ lệ cao nhất (61,4%), tương tự nghiên cứu của Đặng Đình Khoa (46,7%) [2].

Vị trí u chủ yếu ở hang môn vị (66,0%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (20,4%), trong khi bờ cong lớn và tâm – phình vị đều chiếm 6,8%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước của Đặng Đình Khoa [2], Võ Duy Long [4], Phạm Văn Nam [8] và Lê Thành Trung [7], đều ghi nhận hang môn vị là vị trí tổn thương thường gặp nhất.

CT-scan bụng kết hợp nội soi dạ dày đóng vai trò quan trọng trong đánh giá giai đoạn bệnh. Nghiên cứu ghi nhận CT-scan phát hiện khối u ở 100% trường hợp, phát hiện hạch vùng ở 52,3%; các giai đoạn T3 và T4a chiếm 77,3%. Kết quả tương tự Đặng Đình Khoa [2] và Phạm Văn Nam [8], cho thấy phần lớn bệnh nhân vẫn được chẩn đoán ở giai đoạn tiến triển.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị sớm

Do đa số khối u nằm ở vùng hang môn vị nên cắt dạ dày bán phần cực dưới là phương pháp được thực hiện chủ yếu (93,2%), tương tự nghiên cứu của Võ Duy Long với tỷ lệ 86,6% [4].

Thời gian phẫu thuật trung bình là 183 ± 32,8 phút, tương đương với các nghiên cứu của Phạm Văn Nam (174,4 ± 46,6 phút) [8], Hồ Chí Thanh (186,1 ± 48,5 phút) [6], Đỗ Minh Hùng (182,8 ± 35,5 phút) [5] và Quách Văn Kiên (192,8 ± 41,0 phút) [3].

Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp chuyển mổ mở hay tai biến trong mổ. Có 3 trường hợp biến chứng sau mổ gồm 2 nhiễm trùng vết mổ và 1 hẹp miệng nối, đạt tỷ lệ thành công 93,2%. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Võ Duy Long với tỷ lệ

thành công 94,6% [4]. Quách Văn Kiên ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau mổ là 7%, chủ yếu là nhiễm khuẩn vết mổ, tắc ruột sớm, áp xe dưới hoành, viêm phổi và rò miệng nổi [3].

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $7,75 \pm 1,5$ ngày (4–13 ngày), tương tự kết quả của Quách Văn Kiên ($7,9 \pm 1,6$ ngày) [3] và Phạm Văn Nam (8,6 ngày) [8]. Nghiên cứu cũng ghi nhận thời gian nằm viện khác biệt theo giai đoạn T và phương pháp phẫu thuật ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

PTNS trong điều trị UTDD là phương pháp điều trị khả quan, tỉ lệ tai biến – biến chứng sau mổ thấp, tỷ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Đức, Đỗ Văn Gia Khánh và Nguyễn Thanh Xuân (2025), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt phần xa dạ dày thực hiện miệng nổi trong ổ phúc mạc điều trị ung thư dạ dày", *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế* 17, tr. 115 - 121.
2. Đặng Đình Khoa, Nguyễn Văn Hương và Phạm Văn Duyệt (2025), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt hang môn vị

dạ dày nạo vét hạch D2", *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 66(Special Issue 11), tr. 341 - 346.

3. Quách Văn Kiên, Phạm Hoàng Hà, Nguyễn Xuân Hòa, et al. (2025), "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt dạ dày bán phần cực dưới, nạo vét hạch điều trị ung thư biểu mô dạ dày", *Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam*. 15, tr. 5 - 13.
4. Võ Duy Long, Nguyễn Hoàng Bắc và Đỗ Đình Công (2016), "Vai trò nạo hạch của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. Phụ bản Tập 20, tr. 117 - 123.
5. Đỗ Minh Hùng, Dương Bá Lập và Phan Thanh Tuấn (2012), "Phẫu thuật cắt dạ dày bán phần với nội soi hỗ trợ điều trị ung thư dạ dày tiến triển", *Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*. tập 2 (1), tr. 53-59.
6. Hồ Chí Thanh (2016), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ điều trị triệt căn ung thư biểu mô 1/3 dưới dạ dày tại Bệnh viện Quân y 103", *Luận án Tiến sĩ Y học*. Học viện Quân y, tr. Hà Nội.
7. Lê Thành Trung (2011), "Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư dạ dày di căn hạch bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp hóa chất hỗ trợ tại bệnh viện K", *Luận văn thạc sĩ Y học*. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Phạm Văn Nam (2019), "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, nạo vét hạch D2, D2 mở rộng điều trị ung thư biểu mô dạ dày", *Luận án tiến sĩ y học*, Đại học y Hà Nội, Hà Nội

NỘI SOI ĐIỀU TRỊ RÁCH GÂN CƠ CHỚP XOAY - CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Mai Đức Thuận¹, Nguyễn Quốc Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị rách gân cơ chóp xoay và phân tích một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 32 bệnh nhân rách chóp xoay được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 10/2024 đến tháng 6/2025 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm đặc điểm phẫu thuật, kết quả điều trị và các yếu tố liên quan đến kết quả chức năng sau mổ. Kết quả được đánh giá tại thời điểm tái khám sau mổ ít nhất 9 tháng bằng thang điểm VAS và UCLA.

Kết quả: 100% bệnh nhân được gây mê nội khí quản và phẫu thuật ở tư thế Beach chair. Khâu bắc cầu là kỹ thuật được sử dụng chủ yếu (78,13%), số neo dùng 4 neo chiếm 78,13%; tạo hình mỏm cùng vai là thủ thuật xử trí tổn thương phối hợp thường gặp nhất (65,63%). Sau mổ, điểm VAS trung bình giảm từ $6,68 \pm 1,65$ xuống $1,00 \pm 1,02$ điểm, điểm UCLA tăng từ $13,94 \pm 5,19$ lên $30,90 \pm 3,43$ điểm; sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ kết quả chức năng khớp vai đạt mức tốt và rất tốt là 81,25%. Không ghi nhận biến chứng nặng như nhiễm trùng khớp vai, tổn thương mạch máu, thần kinh hay nhổ bật neo. Trong các yếu tố được phân tích, chỉ có mức độ thoái hóa mỡ trên cộng hưởng từ liên quan có ý nghĩa thống kê với kết quả chức năng sau mổ ($p = 0,011$).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị rách chóp xoay là phương pháp hiệu quả và an toàn, giúp giảm đau rõ rệt và cải thiện chức năng khớp vai ở đa số bệnh nhân. Mức độ thoái hóa mỡ trên cộng hưởng từ có liên quan đến kết quả chức năng sau mổ.

Từ khóa: Rách chóp xoay; phẫu thuật nội soi; khớp vai; UCLA; VAS.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận

Email: tuanmd108@gmail.com

Mã bài: N785

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/3/2026

Ngày duyệt bài: 30/5/2026