

biên độ gấp từ 10°-30°, 30°-50° lần lượt là 23,5% và 26,5%. Có 1 người bệnh (2,9%) giảm biên độ gấp trên 50%. Là trường hợp người bệnh chúng tôi đã nêu trên. Việc tập phục hồi chức năng sớm sau mổ trên một kết hợp xương vững chắc là yếu tố quyết định đến kết quả điều trị của người bệnh. Tuy nhiên nó lại phụ thuộc nhiều vào nỗ lực của bản thân người bệnh và sự giúp đỡ của gia đình cho nên kết quả không phải luôn đạt được như mong muốn. Tỷ lệ người bệnh giảm biên độ gấp háng trên 50° ở nghiên cứu của Lê Đức Nghị là 8,7%.

Theo dõi tình trạng ngắn chi trong nghiên cứu cho thấy có 32 (94,1%) người bệnh có mức độ ngắn chi nhỏ hơn 1cm, 2 (5,9%) người bệnh có mức độ ngắn chi từ 1cm-2cm, đây là trường hợp người bệnh cao tuổi, qua khai thác người bệnh không tập phục hồi chức năng theo hướng dẫn, không có trường hợp nào ngắn chi lớn hơn 2cm. Theo nghiên cứu của tác giả Vũ Trường Thịnh tỷ lệ ngắn chi dưới 1cm là 76,8%, ngắn chi từ 1-2cm là 20,9%, có 1 người bệnh (2,3%) ngắn chi lớn hơn 2cm.

Từ những kết quả thu được trên, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung sau phẫu thuật theo các tiêu chí của Nguyễn Trung Sinh: có 7 người bệnh đạt mức độ rất tốt chiếm tỷ lệ 20,6%. 14 người bệnh đạt mức độ tốt chiếm tỷ lệ 41,2%, 12 người bệnh đạt mức trung bình chiếm 35,3% và 1 người bệnh đạt mức độ kém chiếm 2,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương xứng với các kết quả nghiên cứu khác

V. KẾT LUẬN

Gãy kín liên mấu chuyển xương đùi là một gãy xương lớn, độ tuổi gặp thường là nhóm người cao tuổi. Vậy nên nhu cầu cầu phục hồi sớm về mặt giải phẫu và độ vững chắc sau phẫu thuật để bệnh nhân tập phục hồi chức năng sau

mổ là rất quan trọng, kết quả nghiên cứu cho thấy điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít là một trong những phương pháp đem lại hiệu quả hồi phục tốt và sớm cho người bệnh bị gãy kín liên mấu chuyển

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trung Dũng.** Chẩn đoán và điều trị gãy xương trật khớp chi dưới, Nhà Xuất bản y học 2020.
2. **Trần Đình Chiến.** Quá trình liền xương và các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình liền xương. In: Bệnh học ngoại khoa. Nhà xuất bản Quân đội nhân dân;2002: Tr 623-630.
3. **Nguyễn Trung Sinh.** Kết quả phục hồi chức năng sau gãy cổ xương đùi ở người già. Tạp chí ngoại khoa. 1999;10:tr. 118-121.
4. **Appelt A, Suhm N, Baier M, Meeder PJ.** Complications after Intramedullary Stabilization of Proximal Femur Fractures: a Retrospective Analysis of 178 Patients. Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc. 2007;33(3):262-267.
5. **Lê Quang Trí.** Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi người già bằng khung cố định ngoài, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, 2014.
6. **Trần Hữu Hiếu.** Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;503(1).
7. **Nguyễn Xuân Thùy, Vũ Trường Thịnh.** Đánh giá kết quả điều trị gãy đồng thời liên mấu chuyển và dưới mấu chuyển xương đùi ở người trưởng thành bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện Việt Đức. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;517(2).
8. **Heyse-Moore GH, MacEachern AG, Evans DC.** Treatment of intertrochanteric fractures of the femur. A comparison of the Richards screw-plate with the Jewett nail-plate. J Bone Joint Surg Br. 1983;65(3):262-267.
9. **Nguyễn Tiên Bình** (2002). Kết quả phẫu thuật kết hợp xương kín gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng đinh ender. Tạp chí y học thực hành. 2002;3: 40-41.
10. **Lê Đức Nghị.** 2015. Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi bằng nẹp DHS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình. Tạp Chí Học Việt Nam. 2022;518(1).

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU LỖ THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY - HÀNH TÁ TRĂNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Văn Hoan¹, Nguyễn Văn Chung¹, Trần Đức Quý²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
²Trường Đại học Y dược Thái Nguyên
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hoan
 Email: hoan087@gmail.com
 Ngày nhận bài: 3.11.2023
 Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023
 Ngày duyệt bài: 10.01.2024

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 60 bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng được điều trị bằng phương pháp nội soi khâu lỗ thủng đơn thuần tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 53.17 ± 12,28 nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 77 tuổi. Tỷ lệ thủng ổ loét dạ dày 36,7%, thủng ổ loét hành tá

tràng 63,3%, bờ ổ loét mềm mại 88,3%, xơ chai 11,7%, kích thước ổ thủng <10mm 91,7%, >10mm 8,3%. PTNS khâu ổ thủng đơn thuần thành công 100%. Phẫu thuật không có tai biến, biến chứng ngoại khoa và tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là $7,70 \pm 2,37$ ngày. **Kết luận:** PTNS khâu ổ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng là phương pháp an toàn, thời gian trung tiện sau mổ ngắn, giảm thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong. **Từ khóa:** Thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng, viêm phúc mạc, PTNS khâu ổ thủng loét.

SUMMARY

SURGERY RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR GASTRIC AND DUODENAL ULCERS AT THAI NGUYEN CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluation of the results of laparoscopic surgery to suture perforated gastric and duodenal ulcers. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive research method, on 60 patients with perforated gastric and duodenal ulcers treated by simple endoscopic suturing of the perforation at Thai Nguyen Central Hospital from January 2021 to June 2023. **Results:** The average age is 53.17 ± 12.28 , the youngest is 23 years old, the oldest is 77 years old. Perforation rate of gastric ulcer is 36.7%, perforation of duodenal ulcer 63.3%, soft ulcer margin 88.3%, callous fibrosis 11.7%, perforation size <10mm 91.7%, >10mm 8.3%. Surgeons sutured simple perforations with 100% success. Surgery had no complications, surgical complications and post-operative death. The average hospital stay was 7.70 ± 2.37 days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to suture perforated gastric and duodenal ulcers is a safe method, the duration of flatus after surgery is short, with short hospital stay, low rate of post-operative complications, and no mortality. **Keywords:** Perforated gastric and duodenal ulcers, peritonitis, laparoscopic surgery to suture perforated ulcers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng là biến chứng của loét dạ dày – hành tá tràng, tỷ lệ thủng của loét dạ dày – hành tá tràng khoảng 5% [5]. Hậu quả của thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng sẽ giải phóng thức ăn và men tiêu hóa vào khoang phúc mạc dẫn tới hiện tượng viêm phúc mạc toàn thể, nếu đến muộn có thể dẫn tới tình trạng sốc do nhiễm khuẩn, nguy cơ tử vong cho người bệnh. Theo một số nghiên cứu, thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng khi phẫu thuật muộn có tỷ lệ tử vong từ 2,5-10% [2]. Với xu thế phát triển của phẫu thuật thâm nhập tối thiểu hướng đến giảm sang chấn, thẩm mỹ hơn. Nhiều nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi (PTNS) khâu ổ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng có nhiều ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn, vết mổ ít đau, bệnh nhân có nhu động ruột và hồi phục sớm sau mổ [7], [8]. Vì vậy PTNS khâu ổ

thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng đang là một lựa chọn của các phẫu thuật viên tại các cơ sở ngoại khoa được đào tạo và trang bị các phương tiện phẫu thuật nội soi. Trong nước đã có rất nhiều nghiên cứu báo cáo về phẫu thuật cả mở và nội soi điều trị thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng, bệnh viện Trung ương Thái Nguyên áp dụng phương pháp PTNS cho người bệnh thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng từ năm 2013 đã cho thấy tính hiệu quả của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kết quả phẫu thuật nội soi khâu ổ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu ổ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ T1/2021-T6/2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán xác định thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng
- Thời điểm thủng trước 24h (Được tính từ lúc có đau bụng đột ngột dữ dội đến lúc mổ)
- Được phẫu thuật nội soi cấp cứu khâu ổ thủng
- ASA 1, ASA 2, ASA 3 (Phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ ASA năm 2021)

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Loại trừ những bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng nhưng:
 - + Kèm biến chứng hẹp môn vị, xuất huyết tiêu hóa.
 - + Bệnh lý nội khoa nặng đi kèm với ASA > 3 (Phân loại tình trạng sức khỏe của Hiệp hội gây mê Hoa Kỳ ASA năm 2021)
 - + Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng nhiều lần.
 - Ổ loét dạ dày do ung thư (Dựa vào kết quả giải phẫu bệnh).

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

2.3. Phương pháp chọn mẫu. Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện có: Chọn toàn bộ bệnh nhân có đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu, chẩn đoán sau phẫu thuật là thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng, được phẫu thuật nội soi.

2.4. Xử lý số liệu

- Thu thập số liệu dựa vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất cho toàn bộ bệnh nhân.
- Số liệu được xử lý và phân tích bằng thuật toán thống kê y học SPSS Statistics 25. Phương pháp thống kê tính tỉ lệ phần trăm (%)
- Kiểm định χ^2 để xác định mức độ khác nhau có ý nghĩa thống kê hay không khi so sánh hai tỷ lệ. Sự khác nhau về kết quả giữa các biến số được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân

STT	Đặc điểm	Kết quả (n=60)
1	Tuổi (năm)	53,27±12,28
2	Tỷ lệ nam/nữ	4/1
3	Thời gian khởi phát đến khi phẫu thuật	7,93±3,79 (2-26)
4	Xquang liềm hơi dưới cơ hoành	75%
5	Chụp cắt lớp vi tính	41/60 (68,3%)
6	Chỉ số Boey	
	Boey 0	48 (80%)
	Boey 1	12 (20%)
	Boey 2 và 3	0

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân 53,27 ± 12,28 tuổi, tỷ lệ nam/nữ 4/1. Thời gian khởi phát đau đến khi phẫu thuật 7,93 ± 3,79 giờ, ngắn nhất là 2 giờ, muộn nhất là 26 giờ. Xquang có hình ảnh liềm hơi dưới cơ hoành 75%, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có 41/60 ca (chiếm 68,3%). Chỉ số Boey 0 và 1 chiếm 100%.

Bảng 2: Kết quả trong phẫu thuật

STT	Đặc điểm	Kết quả (n=60)
1	Vị trí thủng	
	Mặt trước hành tá tràng	38 (63,3%)
	Mặt trước tiền môn vị	21 (35%)
	Bờ cong nhỏ	1 (1,7%)
2	Kích thước lỗ thủng	
	<5mm	15 (25%)
	5-10mm	40 (66,7%)
>10mm	5 (8,3%)	
3	Tình trạng ổ phúc mạc	
	VPM khu trú	33 (55%)
VPM lan tỏa	27 (45%)	
4	Tình trạng ổ loét	
	Ổ loét mềm mại	51 (88,3%)
Ổ loét xơ chai	7 (11,7%)	

Nhận xét: Vị trí lỗ thủng mặt trước hành tá tràng 63,3%, mặt trước tiền môn vị chiếm 35%, có 1 ca thủng bờ cong nhỏ. Kích thước lỗ thủng ≤ 10mm chiếm 91,7%. Viêm phúc mạc khu trú chiếm 55%. Ổ loét mềm mại 88,3%.

Bảng 3: Kết quả sau phẫu thuật

STT	Đặc điểm	Kết quả (n=60)
-----	----------	----------------

1	Thời gian phẫu thuật (phút)	70,35 ± 13,98
2	Phương pháp khâu lỗ thủng	
	Khâu mũi chữ X	36 (60%)
	Khâu mũi đơn	24 (40%)
3	Dẫn lưu sau phẫu thuật	
	Dưới gan	8 (13,3%)
	Dưới gan và Douglas	52 (86,7%)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 70,35 ± 13,98 phút. Lỗ thủng được khâu bằng mũi chữ X chiếm 60% (36 bệnh nhân), khâu mũi đơn 40%. Đặt 2 dẫn lưu sau mổ (dưới gan và Douglas) chiếm 86,7%, chỉ có 8 bệnh nhân đặt 1 dẫn lưu dưới gan chiếm 13,3%.

- Chuyển phẫu thuật mở: Không có ca phẫu thuật nào chuyển phẫu thuật mở.

- Tai biến trong phẫu thuật: Không ghi nhận trường hợp nào gặp tai biến trong phẫu thuật.

Bảng 4: Kết quả điều trị sau phẫu thuật

STT	Đặc điểm	Kết quả
1	Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa (ngày)	2,97±0,9 (2-7)
2	Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)	3,68±0,77 (3-6)
3	Thời gian nằm viện (ngày)	7,70±2,37 (5-15)
4	Biến chứng	
	Nhiễm trùng trocar	2 (3,4%)
Tràn dịch KMP	2 (3,4%)	
5	Tử vong	0

Nhận xét: Thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa 2,97 ± 0,9 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất 7 ngày. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình 3,68 ± 0,77 ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất 6 ngày. Thời gian nằm viện 7,70 ± 2,37 ngày, ngắn nhất 5 ngày, dài nhất 15 ngày. Biến chứng sau phẫu thuật có 4 bệnh nhân: Nhiễm trùng trocar sau phẫu thuật 2 bệnh nhân chiếm 3,4%, tràn dịch khoang màng phổi 2 bệnh nhân chiếm 3,4%.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng có tỷ lệ thành công cao (100%), không có ca chuyển phẫu thuật mở. Phương pháp PTNS khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng ngày càng được áp dụng phổ biến trên thế giới vì giúp bệnh nhân hồi phục sớm sau mổ [7].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều thủng 1 lỗ, vị trí mặt trước dạ dày – hành tá tràng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lỗ thủng mặt trước hành tá tràng 38 ca (63,3%), mặt trước tiền môn vị 21 ca (35%), 1 ca thủng bờ cong nhỏ dạ dày. Trường hợp thủng bờ cong nhỏ dạ dày, trong qua trình phẫu thuật, chúng

tôi nhận thấy bờ mỡ loét mềm mại, kích thước lỗ thủng 7mm, đánh giá trong phẫu thuật nhận định ổ loét lành tính, tiến hành khâu lỗ thủng bằng mũi đơn. Sau phẫu thuật giải phẫu bờ ổ loét lành tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ổ loét mềm mại chiếm 88,3%, ổ loét xơ chai có 7 ca chiếm 11,7%. Kết quả của chúng tôi tương tự như các tác giả Trần Mạnh Hùng ổ loét mềm mại chiếm 72,6% [1], kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Tuấn ổ loét mềm mại chiếm 44,9% [4].

Về kích thước lỗ thủng: đường kính lỗ thủng $\leq 10\text{mm}$ có 55 BN chiếm 91,7%. Với lỗ thủng đường kính $\leq 10\text{mm}$ chúng tôi khâu lỗ thủng bằng mũi chữ X hoặc mũi đơn phụ thuộc vào kinh nghiệm, kỹ năng của phẫu thuật viên. Đường kính lỗ thủng $>10\text{mm}$ có 5 BN chiếm 8,3% đều được khâu mũi đơn và đều có diễn biến ổn định sau mổ. Kết quả tương đồng với các tác giả Trần Mạnh Hùng lỗ thủng kích thước từ 5-10mm chiếm 85,5% [1], Nguyễn Thanh Tuấn lỗ thủng kích thước $\leq 10\text{mm}$ chiếm 98,4% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi, viêm phúc mạc khu trú chiếm 55%, viêm phúc mạc lan tỏa 45%. Tỷ lệ viêm phúc mạc lan tỏa trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Trí, tỷ lệ viêm phúc mạc lan tỏa 20,8% [3].

Về thời gian phẫu thuật: Nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình $70,35 \pm 13,98$ phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của tác giả Tulinsky là $58,9 \pm 23,3$ phút [10], Nguyễn Thanh Tuấn là $64,3 \pm 26,5$ phút [4]. Những nghiên cứu gần đây cho thấy thời gian phẫu thuật nội soi không có sự chênh lệch nhiều so với phẫu thuật mở [10]. Phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – tá tràng ngày càng được sử dụng thường quy nên thời gian phẫu thuật được rút ngắn nhờ kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nghiên cứu của tác giả Quah và CS với một phân tích gộp thấy không có khác nhau về thời gian phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi [8].

Về vấn đề đặt dẫn lưu ổ bụng có nhiều ý kiến khác nhau, có tác giả không đặt dẫn lưu, có tác giả đặt một dẫn lưu dưới gan, có tác giả đặt hai dẫn lưu dưới gan và Douglas, thậm chí có tác giả còn đặt nhiều vị trí hơn nữa [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặt 2 dẫn lưu là dưới gan và Douglas 86,7% (52 ca), chỉ có 13,3% đặt 1 dẫn lưu dưới gan (8 ca).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian tái lập lưu thông tiêu hóa trung bình $2,97 \pm 0,9$ ngày, kết quả này tương đương với tác giả Nguyễn Hữu Trí $2,4 \pm 0,6$ ngày [3], tác giả

Nguyễn Thanh Tuấn $2,65 \pm 0,72$ ngày [4].

Thời gian nằm viện $7,70 \pm 2,37$ ngày cho thấy phẫu thuật nội soi giúp người bệnh phục hồi nhanh và có thể trở về với cuộc sống sinh hoạt thường ngày sớm hơn. Hầu hết các tác giả cũng có kết quả và nhận xét tương tự, như tác giả Quah 6,6 ngày [8], tác giả Nguyễn Thanh Tuấn $5,7 \pm 1,2$ ngày. Nghiên cứu của tác giả Vakayil và cộng sự thực hiện trên 616 bệnh nhân được điều trị thủng ổ loét tá tràng bằng phương pháp phẫu thuật nội soi so sánh với nhóm 1846 bệnh nhân được phẫu thuật mở, kết quả cho thấy bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn hơn, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, biến chứng và tử vong đều thấp hơn so với nhóm chứng là nhóm được phẫu thuật mở. Nghiên cứu của tác giả Laforgia R và cộng sự thực hiện trên 59 bệnh nhân gồm 38 phẫu thuật mở, 21 phẫu thuật nội soi, thời gian nằm viện của phẫu thuật nội soi cũng ngắn hơn (7,5 so 13,1 ngày) [6].

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp có thể do những bệnh nhân mổ nội soi được lựa chọn thường có thể trạng khá hơn, toàn trạng đỡ nặng hơn, bệnh nhân đến viện không quá muộn. Nghiên cứu của chúng tôi có 4 bệnh nhân xuất hiện biến chứng sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 6,7%. Các biến chứng này bao gồm: Nhiễm trùng trocar sau phẫu thuật, tràn dịch khoang màng phổi. Các bệnh nhân này được hồi sức tích cực, dẫn lưu khoa màng phổi dưới hướng dẫn của siêu âm, diễn biến đều ổn định, không có bệnh nhân tử vong. Phân tích gộp của Quah G.S. thấy không có sự khác nhau về tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật giữa 2 nhóm phẫu thuật mở và nội soi [8]. Nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí có tỷ lệ biến chứng chung 2,8%, không tử vong và không có biến chứng rò chỗ khâu [3].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân điều trị thủng ổ loét dạ dày – tá tràng bằng phương pháp khâu nội soi tại Khoa Ngoại Tiêu hóa – Gan mật bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái chúng tôi thấy phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày – hành tá tràng là một phương pháp an toàn, hiệu quả, giúp bệnh nhân vận động, hồi phục tốt hơn, thời gian trung tiện và thời gian nằm viện ngắn so với phẫu thuật mở, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, không có tử vong. Do vậy cần cân nhắc để lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Mạnh Hùng, Trần Hiếu Học và Trần Quốc Sơn (2021), "Kết quả phẫu thuật nội soi

- khâu lỗ thủng ổ loét hành tá tràng tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2018-2019", Tạp chí Y học Việt Nam. 501(2).
- 2. Trường Đại học Y Hà Nội - Bộ môn Ngoại** (2021), Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 106-118.
 - 3. Nguyễn Hữu Trí** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một công khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày, Luận văn tiến sĩ y học, Trường đại học Y Dược Huế, Huế.
 - 4. Nguyễn Thanh Tuấn** (2019), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi khâu lỗ thủng ổ loét dạ dày tá tràng ở người cao tuổi tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2018-2019, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Cần Thơ.
 - 5. K. T. Chung và V. G. Shelat** (2017), "Perforated peptic ulcer - an update", World J Gastrointest Surg. 9(1), tr. 1-12.
 - 6. R. Laforgia và các cộng sự.** (2017), "Laparoscopic and Open Surgical Treatment in Gastrointestinal Perforations: Our Experience", Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 27(2), tr. 113-115.
 - 7. M. Pelloni và các cộng sự.** (2022), "Comparative study of postoperative complications after open and laparoscopic surgery of the perforated peptic ulcer: Advantages of the laparoscopic approach", Asian J Surg. 45(4), tr. 1007-1013.
 - 8. Gaik S. Quah, Guy D. Eslick và Michael R. Cox** (2019), "Laparoscopic Repair for Perforated Peptic Ulcer Disease Has Better Outcomes Than Open Repair", Journal of Gastrointestinal Surgery. 23(3), tr. 618-625.
 - 9. L. Rebibo, I. Darmon và J. M. Regimbeau** (2016), "Laparoscopic surgical technique for perforated duodenal ulcer", J Visc Surg. 153(2), tr. 127-33.
 - 10. L. Tulinsky và các cộng sự.** (2022), "Laparoscopic Repair Modality of Perforated Peptic Ulcer: Less Is More?", Cureus. 14(10), tr. e30926.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN SỤN CHÊM KHỚP GỐI

Đinh Phương Huệ¹, Nguyễn Thị Kim Liên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá kết quả phục hồi chức năng ở bệnh nhân sau phẫu thuật nội soi cắt bán phần sụn chêm khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, đánh giá trước sau can thiệp không có nhóm chứng trên 40 bệnh nhân rách sụn chêm khớp gối được điều trị phẫu thuật nội soi cắt bán phần sụn chêm tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong năm 2023, đánh giá bệnh nhân tại 2 thời điểm: 2 ngày sau phẫu thuật và 1 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình $47,32 \pm 18,88$, với tỉ lệ bệnh nhân trong độ tuổi 40-60 chiếm ưu thế với tỉ lệ 37,5%. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng ghi nhận tai nạn thể thao là nguyên nhân chính gây rách sụn chêm ở bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu. Bệnh nhân hậu như ở mức độ đau nhẹ ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật theo thang điểm đau Visual Analog Scale (VAS). Đa số bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng có cải thiện chức năng khớp gối đánh giá theo thang điểm Lysholm và cải thiện chất lượng cuộc sống theo thang điểm EQ-5D-5L với sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sau can thiệp phục hồi chức năng một tháng từ ngày đầu sau phẫu thuật nội soi sửa sụn chêm, bệnh nhân cải thiện chức năng khớp gối và chất lượng cuộc sống sau thời gian nghiên cứu 1 tháng. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi cắt bán phần sụn chêm, rách sụn chêm

SUMMARY

ASSESSMENT THE EFFECT OF REHABILITATION AFTER ARTHROSCOPIC MENISCETOMY

Objectives: The primary objective of this study was to assess the outcomes of the rehabilitation process following arthroscopic meniscectomy. **Subjects and methods:** This study followed a prospective approach, conducting an evaluation both before and after the intervention, without a control group, a total of 40 patients who underwent arthroscopic meniscectomy for meniscus tear at Viet Duc Hospital in 2023 were included in this study. Patients were assessed at two specific time points to measure the effectiveness of the intervention: 2 days after surgery and 1 month after surgery. **Results:** The mean age of the participants was $47,32 \pm 18,88$ years, with a majority of male patients. According to the research findings, meniscal lesions are mainly caused by sports-related injuries, with a rate of 37,5%. At one-month post-surgery mark, the majority of patients reported minor levels of pain on the Visual Analog Scale (VAS). Additionally, patients demonstrated improvements in their knee function and quality of life, as assessed by the Lysholm knee scale and EQ-5D-5L questionnaire, respectively. **Conclusion:** This study highlights the significance of early rehabilitation after arthroscopic meniscectomy for improving lower limb function and quality of life one month post-operation. **Keywords:** arthroscopic meniscectomy, meniscus tear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tổn thương sụn chêm là nguyên

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Phương Huệ

Email: dinhphuonghue97rehab@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2023

Ngày duyệt bài: 12.01.2024