

glucose ở ngoại vi. Việc sử dụng corticosteroid có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường typ 2, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và tăng cân nhanh chóng ở những người nhận sau LT. Tacrolimus cũng được công nhận là yếu tố nguy cơ của hội chứng chuyển hóa và hậu quả là NAFLD sau LT. Chúng có liên quan đến tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường typ 2 mới khởi phát và bệnh thận mạn tính, trong đó tacrolimus có tác dụng gây bệnh tiểu đường nổi bật hơn so với cyclosporine [1]. Các nghiên cứu về mối liên quan trực tiếp giữa NAFLD sau LT và corticosteroid với thời gian sử dụng bị giới hạn bởi các nghiên cứu hồi cứu nhỏ, mặc dù vậy chúng ta vẫn nên giảm thiểu việc sử dụng Corticosteroid bằng cách giảm liều sớm [1].

Gan nhiễm mỡ của người hiến tặng cũng là một yếu tố rủi ro gây NAFLD sau LT. Tuy nhiên tại thời điểm LT, chúng tôi đã sinh thiết gan của người hiến, và thấy tỷ lệ thoái hóa mỡ của nhu mô gan tương đương 1%. Chính vì vậy trên bệnh nhân này của chúng tôi, yếu tố gan nhiễm mỡ của người hiến gan không phải nguy cơ gây NAFLD của bệnh nhân sau LT.

Các yếu tố rủi ro khác như rối loạn lipid máu và tăng đường huyết sau LT, đều đã được loại trừ, qua việc theo dõi xét nghiệm đường máu và mỡ máu định kỳ của bệnh nhân này đều trong giới hạn bình thường.

Vậy với bệnh nhân của chúng tôi, yếu tố nguy cơ cao nhất được ghi nhận là quá trình

tăng cân quá nhanh trong thời gian ngắn, dẫn đến NAFLD sau LT. Sau khi chẩn đoán xác định NAFLD là nguyên nhân gây tăng AST, ALT, GGT, bệnh nhân này đã được điều chỉnh chế độ ăn, kiểm soát cân nặng. Sau khoảng 1 tháng, các chỉ số AST, ALT, GGT đã trở về giới hạn bình thường.

IV. KẾT LUẬN

NAFLD sau LT vẫn là một thách thức lớn đối với bác sĩ chuyên khoa gan mật và bác sĩ phẫu thuật ghép tạng. Việc phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa bệnh xuất hiện. Hiện tại chưa có loại thuốc nào được phê duyệt để điều trị NAFLD, chính vì thế chiến lược điều trị chính là điều chỉnh lối sống, xây dựng chế độ ăn tốt để có thể đảm bảo sự phát triển của bệnh nhi, nhưng không được gây tăng cân quá nhanh sau LT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shetty A., Giron F., Divatia M.K., et al.** (2021). Nonalcoholic Fatty Liver Disease after Liver Transplant. *J Clin Transl Hepatol*, 9(3), 428–435.
2. **Kalogirou M.S. and Giouleme O.** (2022). Growing challenge of post-liver transplantation non-alcoholic fatty liver disease. *World J Transplant*, 12(9), 281–287.
3. **Saeed N., Glass L., Sharma P., et al.** (2019). Incidence and Risks for Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Steatohepatitis Post-liver Transplant: Systematic Review and Meta-analysis. *Transplantation*, 103(11), e345.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỐI SAU QUA ĐƯỜNG LIÊN BẢN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Văn Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật nội soi lối sau qua đường liên bản sống lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa Phẫu thuật thần kinh cột sống Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình với 26 bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đơn thuần được mổ nội soi lối sau qua đường liên bản sống lấy thoát vị. **Đối tượng và phương pháp:**

26 bệnh nhân chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, được mổ lấy thoát vị bằng nội soi lối sau qua đường liên bản sống. Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiền cứu. **Kết quả:** Tuổi: cao nhất là 62t, thấp nhất là: 37t. Thời gian mổ trung bình $89,22 \pm 15,27$ phút. VAS chân trung bình trước mổ $6,03 \pm 1,17$ và sau mổ còn 1.10 ± 0.29 , rối loạn cảm giác được cải thiện tốt ngay sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 2.2 ± 1.09 ngày sau mổ. Không có tai biến, biến chứng trong mổ. Chụp MRI sau mổ thấy 25/26 bệnh nhân lấy hết thoát vị. **Kết luận:** Bước đầu cho thấy kỹ thuật mổ nội soi cột sống lối sau qua đường liên bản sống lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ, thời gian điều trị hậu phẫu ngắn.

SUMMARY

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Tú
Email: bstu.ytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.2.2024
Ngày phản biện khoa học: 18.3.2024
Ngày duyệt bài: 23.4.2024

EARLY RESULT OF PERCUTANEOUS INTERLAMINAR ENDOSCOPIC LUMBAR DISCECTOMY OF LUMBAR DISC HERNIATION AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: The early result of Percutaneous Endoscopic Interlaminar Discectomy (PEID) for treatment of lumbar disc herniation at the Neurosurgery and Spinal Department of Thái Bình General Hospital with 26 lumbar disc herniation patients, laparoscopic surgery was performed after the hernia repair. **Subject and method:** 26 patients with lumbar disc herniation, percutaneous interlaminar endoscopic lumbar discectomy of lumbar disc herniation. Describing study on clinical lobbied research. **Result:** The age: maximal 62, minimal 37. The mean times: 89,22 ± 15,27 mn. The mean VAS scores for leg pain decreased from 6,03 ± 1,17 to 1.10 ± 0.29. The mean time of hospital stay was 2.2 ± 1.09 days. There were no complications or complications during surgery. Postoperative MRI showed that 25/26 patients had all hernia removed **Conclusion:** The first step shows that the endoscopic technique of posterior spine surgery through the intervertebral line to remove lumbar disc herniation is a safe, effective, aesthetic technique with a short postoperative treatment time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là sự dịch chuyển của nhân nhầy đĩa đệm khỏi vị trí của nó trong đĩa đệm. Thoát vị đĩa đệm liên qua tới các yếu tố làm cho áp lực nội đĩa tăng cao như: cúi nhiều hay ngồi nhiều... Vì vậy, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thấp là hay gặp hơn cả do vùng thắt lưng thấp là vùng chịu lực và mức độ vận động nhiều nhất so với toàn bộ cột sống [1]. Đối với thoát vị gây chèn ép vào rễ thần kinh mà điều trị nội khoa không có kết quả thì phương pháp điều trị kinh điển là mổ mở lấy thoát vị giải phóng chèn ép và phương pháp hiện đại nhất hiện nay là mổ nội soi lấy thoát vị [2]. Mặc dù phương pháp mổ mở kinh điển vẫn đạt được mục đích giải ép nhưng không ít thì nhiều sẽ ảnh hưởng tới cấu trúc của cột sống: gây tổn thương cơ, tổn thương dây chằng, tổn thương xương nhiều hơn, về lâu dài sẽ đẩy nhanh quá trình thoái hoá cột sống. Mặt khác, mổ mở sẽ có nguy cơ nhiều trùng, chảy máu, thời gian nằm viện (từ 7-12 ngày) và thời gian trở lại công việc sau mổ kéo dài. Trong khi đó, mổ nội soi cột sống với việc chọc qua da một ống nong có đường kính khoảng 7mm vào ống sống kết hợp với dụng cụ chuyên dụng để lấy thoát vị có lợi thế hơn mổ mở kinh điển: hình ảnh rõ ràng, ít tổn thương cơ và mô xung quanh nên giữ được cấu trúc cột sống, tính thẩm mỹ cao, khắc phục được những nhược điểm của phương pháp mổ mở thông thường.

Hàng năm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, chúng tôi phẫu thuật cho khoảng 250 bệnh nhân bị bệnh lý cột sống thắt lưng, trong đó có khoảng 150 bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm và hẹp ống sống. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản cột sống" với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản cột sống.*

2. *Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Phẫu thuật thần kinh – Cột sống - BVĐK tỉnh Thái Bình
- Thời gian: từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 8 năm 2020

2.2. Đối tượng nghiên cứu. 26 bệnh nhân được chẩn đoán là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng đã được phẫu thuật nội soi cột sống lối sau lấy thoát vị

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng lệch bên cùng có triệu chứng lâm sàng 1 bên tương ứng với hình ảnh trên phim

Điều trị nội khoa không có kết quả.

Không có mất vững cột sống thắt lưng.

Bệnh nhân được theo dõi, đánh giá kết quả khám lại sau mổ.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng nhiều tầng.

Thoát vị kèm mất vững cột sống thắt lưng.

Bệnh nhân đã từng được phẫu thuật cột sống vùng thắt lưng - cùng

Các bệnh lý cột sống ảnh hưởng đến chẩn đoán và điều trị: viêm cột sống dính khớp, lao cột sống, viêm màng nhện tủy, u cột sống, u tủy....)

Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu. [SEP]

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu.

2.3.2. Quy trình phẫu thuật

***Dụng cụ:** Dụng cụ phẫu thuật nội soi và phương tiện định vị(C-arm)

*Kỹ thuật:

- Bệnh nhân được gây mê NKQ, tư thế nằm sấp.

- Chụp định vị tầng thoát vị và vị trí đặt ống nội soi bằng C-arm.

- Rạch đường mổ khoảng 10mm ở vị trí đã được định vị trước

- Chọc ống nong tới dây chằng vàng khe liên cung sau đốt sống và kiểm tra cung sau và khối bên đốt sống.

- Qua ống nong đưa ống nội soi tới khe liên cung sau đốt sống đến khi chạm dây chằng vàng.

- Dùng kerrison và khoan mài gặm lấy bỏ 1 phần dây chằng vàng và cung sau, tiếp cận rễ thần kinh và khối thoát vị.

- Tùy mức độ thoát vị và vị trí khối thoát vị so với rễ thần kinh mà quyết định lấy một phần thoát vị hay không trước khi vén rễ thần kinh.

- Dùng đầu vát của ống làm việc tách rễ thần kinh khỏi khối thoát vị.

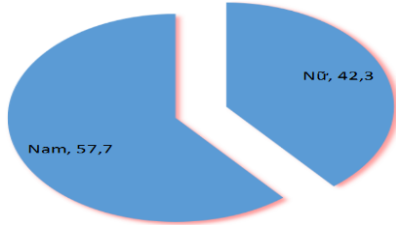
- Dùng dụng cụ chuyên dụng gỡ khối thoát vị.

- Kiểm tra khoảng trống rễ thần kinh không bị chèn ép.

- Rút hệ thống ống nội soi, khâu da một lớp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giới



Biểu đồ 3.1: Phân bố theo giới

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ 57,7% cao hơn so với nữ giới với tỷ lệ 43,3%. Tỷ lệ nam: nữ sắp xỉ 1,3 : 1

3.2. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	Tỷ lệ %
< 30	0	0,0
31 - 45	10	38,5
45 - 60	13	50,0
> 60	3	11,5
Tổng	26	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 47,45 tuổi, nhỏ nhất là 37 lớn nhất là 62 tuổi. Phần lớn bệnh nhân tập trung ở độ tuổi (31 – 60) chiếm 88,5%.

3.2. Triệu chứng lâm sàng trước mổ

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng trước mổ

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Đau thắt lưng	23	88,5
Đau chân kiểu rễ	26	100
Rối loạn cảm giác	26	100
Rối loạn cơ tròn	0	0,0
Rối loạn vận động	0	100

Nhận xét: Trước mổ, 100% bệnh nhân có

triệu chứng đau chân kiểu rễ và rối loạn cảm giác. Có 2/263 bệnh nhân đau lưng chiếm 88,5%. Không có trường hợp nào rối loạn cơ tròn trước mổ

3.3. Đặc điểm cộng hưởng từ trước mổ

Bảng 3.3. Phân bố vị trí thoát vị

Vị trí thoát vị	n	Tỷ lệ %
L3-4	3	11,5
L4-5	14	53,9
L5-S1	9	34,6
Tổng	26	100

Nhận xét: Vị trí thoát vị gặp nhiều nhất là vị trí L4-5 với 14/26 bệnh nhân chiếm 53,9%. Vị trí thoát vị gặp ít nhất là L3-4 với 3/26 bệnh nhân chiếm 11,5%. Vị trí L5S1 gặp 9/26 bệnh nhân chiếm 34,6%.

3.4. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 3.4. Đặc điểm chung của phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	89,22±15,27 (50 – 170)		
Lượng máu mất (ml)	Không đáng kể		
Không lấy được thoát vị	Không		
Tai biến trong phẫu thuật	Rách màng cứng	1	3,8%
	Tổn thương rễ thần kinh	0	0%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, không trường hợp nào không lấy được thoát vị. Thời gian phẫu thuật trung bình 89,22 ± 15,27 phút, lượng máu mất không đáng kể. Trong mổ, có 1 trường hợp gặp tai biến rách màng cứng chiếm tỷ lệ 3,8%. Không ghi nhận trường hợp nào tổn thương rễ thần kinh

3.5. Kết quả phẫu thuật sớm

3.5.1. Mức độ cải thiện lâm sàng sau mổ

Bảng 3.5. Mức độ cải thiện lâm sàng

Triệu chứng	Trước mổ		Sau mổ	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Đau lưng	23	88,5	1	3,8
Đau chân kiểu rễ	26	100	1	3,8
Rối loạn cảm giác	26	100	1	3,8
Rối loạn cơ tròn	0	0,0	0	0,0
Rối loạn vận động	0	0,0	0	0,0

Nhận xét: Sau mổ, 25/26 bệnh nhân hết đau tê chân chiếm tỷ lệ 96,2%. Có 1/26 trường hợp sau mổ còn đau và tê chân mức độ ít chiếm tỷ lệ 3,8%. 1/26 bệnh nhân còn đau lưng chiếm tỷ lệ 3,8%. Không trường hợp nào rối loạn cơ tròn và rối loạn vận động sau mổ.

Bảng 3.6. Đánh giá mức độ cải thiện dấu hiệu Lasègue

Lasègue	Trước mổ	Sau mổ
Trung bình	47,34 ± 15,23	87,21 ± 17,32

Thấp nhất	20	80
Cao nhất	70	> 90

Nhận xét: Dấu hiệu Lasègue cải thiện rõ rệt sau mổ với Lasègue trung bình là $87,21 \pm 17,32$ so với trước mổ là $47,34 \pm 15,23$.

Bảng 3.7. Đánh giá mức độ đau VAS chân sau mổ

Điểm VAS	Trước mổ	Sau mổ
Trung bình	$6,03 \pm 1,17$	1.10 ± 0.29
Thấp nhất	5	0
Cao nhất	9	2

Nhận xét: Mức độ đau theo thang điểm VAS cải thiện rõ rệt, VAS trước mổ trung bình $6,03 \pm 1,17$; sau mổ VAS trung bình là 1.10 ± 0.29 .

3.5.2. Cộng hưởng từ sau mổ

Bảng 3.8. Kết quả chụp lại cộng hưởng từ

Kết quả chụp lại	n	Tỷ lệ %
Hết thoát vị	25	96,2
Còn thoát vị	1	3,8

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân được chụp lại cộng hưởng từ đánh giá sau mổ. Kết quả 25/26 bệnh nhân hết thoát vị chiếm tỷ lệ lên 96,2%. Có 1 trường hợp còn thoát vị chiếm 3,8%.

3.5.3. Kết quả chung

Bảng 3.9. Đánh giá kết quả chung

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Tốt	25	96,2
Khá	1	3,8
Trung bình	0	0,0
Xấu	0	0,0
Tổng	26	100

Nhận xét: Dựa vào tiêu chuẩn YUMASHEV, 25/26 bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 96,2%. 1/26 bệnh nhân đạt kết quả khá chiếm 3,8%, không có bệnh nhân nào đạt kết quả trung bình, xấu.

IV. BÀN LUẬN

Có 26 bệnh nhân tỷ lệ nam giới 57,7%, nữ giới 43,3%. Nam/ Nữ sắp xỉ 1,3 : 1. Tuổi trung bình: 47,45 tuổi, nhỏ nhất là 37 lớn nhất là 62 tuổi. Theo Đinh Ngọc Sơn và cộng sự, tuổi trung bình là: $42,85 \pm 9,77$ (thấp nhất 25, cao nhất: 65)[1]. Thời gian phẫu thuật TB $89,22 \pm 15,27$ phút. Theo Yasushi Inomata và cộng sự [3] thời gian trung bình: 75,3 phút, Chao Shi and Weijun Kong [3]: thời gian mổ trung bình: 78,64 phút.(50p – 145p).

Đường kính trung bình khe liên bàn sống theo chiều ngang của chúng tôi là 35,6mm, đường kính trên dưới trung bình: 15,3mm. Ông làm việc của chúng tôi sử dụng kích thước chỉ khoảng 7mm nên đo kích thước khe liên bàn sống là một bước rất cần đối với phẫu thuật nội

soi liên bàn sống. Chúng tôi chọn những bệnh nhân có khe liên bàn sống rộng vì khe liên bàn sống rộng sẽ thuận lợi cho việc cắt dây chằng vàng bộc lộ rễ thần kinh và khối thoát vị. [2][4]

Xác định vị trí thoát vị trước mổ giúp phẫu thuật viên tiên lượng khi cắt dây chằng vàng, cần phải mở lên trên hay xuống dưới hoặc phải cắt 1 phần cung sau trên, dưới để bộc lộ khối thoát vị. Tuy nhiên, chúng tôi chọn những bệnh nhân thoát vị tại chỗ hoặc di trú ít.

Bệnh nhân vào viện với VAS chân trung bình: $6,03 \pm 1,17$. VAS lưng trung bình: $4,23 \pm 1,23$. Lasseque trung bình: $47,34 \pm 15,23$ độ. Triệu chứng của bệnh nhân được cải thiện tốt sau mổ. Theo Chao Shi and Weijun Kong: Chức năng cột sống và đau đều được cải thiện rất tốt sau mổ nội soi cột sống lấy thoát vị đĩa đệm[3], Zheng XU và cộng sự: VAS chân và chức năng cột sống được cải thiện đáng kể sau mổ[5]. Bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ cải thiện cao là do: chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có khối thoát vị đã vỡ rõ ràng, không di trú, khoảng cách 2 cung sau rộng, không có thoái hoá kèm.

Có 26 bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác trước mổ thì sau mổ 6h có 25 bệnh nhân hết tê bì hoàn toàn, 1 bệnh nhân hết 80%. Sau 1 tuần có 25 bệnh nhân hết hoàn toàn tê bì, có 1 bệnh nhân hết tê bì được 90%. Tất cả bệnh nhân sau mổ đều được chụp cộng hưởng từ đánh giá mức độ lấy thoát vị cho thấy 25 bệnh nhân lấy hết khối thoát vị. Có 1 bệnh nhân chưa lấy hết thoát vị phải mổ lại bằng mổ mở do khối thoát vị chưa lấy được nằm tại vị trí trung tâm. Theo một số tác giả thì lấy hết TV chiếm 94,5%[1]

Với thời gian nằm viện 3 ngày sau mổ, vết mổ khoảng 10mm, các triệu chứng hết gần như hoàn toàn sau mổ, thời gian trở lại với sinh hoạt bình thường nhanh nên trong thời gian gần các bệnh nhân đều hài lòng với đánh giá là rất tốt theo tiêu chuẩn Macnab.

Với 26 bệnh nhân của chúng tôi, không có bệnh nhân nào có biểu hiện mất máu, có 01 trường hợp rách màng cứng trong mổ các vết mổ kiểm tra sau 1 tuần đến 1 tháng đều liền sẹo tốt. Bệnh nhân đều trở lại sinh hoạt và lao động bình thường.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mổ nội soi cột sống lỗi sau qua đường liên bàn sống lấy thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ.

Nghiên cứu này có cỡ mẫu nhỏ và thời gian

theo dõi ngắn nên chưa thực sự ý nghĩa. Do đó cần cỡ mẫu cần lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài để có thể đánh giá đầy đủ. Mặc dù vậy, kết quả bước đầu cũng cho thấy tính ưu việt của phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Ngọc Sơn và cộng sự**, "Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm L5,S1 bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống". Tạp chí Chấn thương chỉnh hình Việt Nam 2017, trang 417-421.
2. **Võ Xuân Sơn (2011)**: "Hồi cứu 100 trường hợp mổ đĩa đệm thắt lưng bằng phương pháp nội soi qua đường liên bản sống". hội nghị phẫu thuật thần kinh Việt nam.
3. **Chao Shi and Weijun Kong**, "The Early Clinical Outcomes of a Percutaneous Full-

Endoscopic Interlaminar Approach via a Surrounding Nerve Root Discectomy Operative Route for the Treatment of Ventral-Type Lumbar Disc Herniation." BioMed Research International, Volume 2018, Article ID 9157089, 6 pages[PubMed]

4. **Yasushi Inomata^{1,2}, Yasushi Oshima^{1,3,4}, Hirokazu Inoue^{2,3}, Yuichi Takano^{1,3}, Hirohiko Inanami^{1,3}, Hisashi Koga**, "Percutaneous endoscopic lumbar discectomy via adjacent interlaminar space for highly down-migrated lumbar disc herniation: a technical report". JSS Vol 4, No 2 (June 2018) [PubMed]
5. **Zheng XU, Yi LIU, Jinchuan CHEN**, "Percutaneous Endoscopic Interlaminar Discectomy for L5-S1 Adolescent Lumbar DiscHerniation". Turkish Neurosurgery 2018 , Vol 28 , Num 6 [PubMed]

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC CHĂM SÓC CỦA CHA MẸ CÓ CON MẮC LỒNG RUỘT CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI QUẢNG NINH NĂM 2022

Đỗ Thu Tình¹, Trần Đình Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức chăm sóc của cha mẹ có con mắc lồng ruột cấp tính tại khoa gây mê hồi tỉnh Bệnh viện Sản nhi Quảng Ninh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 42 bố mẹ có con điều trị lồng ruột cấp tính tại khoa Ngoại bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh từ tháng 5 đến hết tháng 6 năm 2022. **Kết quả:** Điểm trung bình kiến thức về chăm sóc trẻ mắc lồng ruột cấp tính là 15.2 ± 5.9 , trong đó cha mẹ có kiến thức chưa đạt chiếm tỷ lệ 64.3% và đạt là 35.7%. **Kết luận:** kiến thức chăm sóc của cha mẹ có con mắc lồng ruột cấp tính còn nhiều hạn chế, cần tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh lồng ruột cho tất cả các gia đình có con đang nằm viện.

Từ khóa: kiến thức về chăm sóc, lồng ruột.

SUMMARY

CURRENT STATE OF CARE KNOWLEDGE OF PARENTS OF CHILDREN WITH ACUTE INTUSSUSCEPTION AT THE DEPARTMENT OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE AT QUANG NINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2022

Objective of the study: Describing the current

state of care knowledge of parents of children with acute intussusception at the Department of Anesthesiology and Intensive Care at Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive studies were performed on 42 parents whose children were treated for acute intussusception at the Department of Surgery at Quang Ninh Obstetrics and Pediatrics Hospital from May to the end of June 2022. **Results:** The average score of knowledge about caring for children with acute intussusception is 15.2 ± 5.9 , of which parents with inadequate knowledge account for 64.3% and 35.7% have satisfactory knowledge. **Conclusions:** Care knowledge of parents of children with acute intussusception is still limited, it is necessary to strengthen health communication and education about intussusception for all families with children in hospital.

Keywords: Care knowledge, intussusception.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột là tình trạng bệnh lý xảy ra khi một phần ống tiêu hóa chui vào lòng đoạn kế tiếp, thường là theo chiều nhu động. Lồng ruột là cấp cứu ngoại nhi thường gặp, là nguyên nhân hàng đầu gây tắc ruột cơ học ở trẻ. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ hầu hết là cấp tính, diễn biến hoại tử ruột nhanh. Lồng ruột ở trẻ lớn phần nhiều là ở thể bán cấp và mạn tính [1]. Lồng ruột gặp ở trẻ với tỷ lệ nam/nữ 2/1 đến 3/1; dịch tể học ở Anh cho thấy tỷ lệ lồng ruột 1,57/1000 - 4/1000, ở Việt Nam tỷ lệ này 302/100.000, lồng ruột có thể gặp ở 75% trường hợp trẻ dưới 2 tuổi, 90% dưới 3 tuổi, hay gặp thời kỳ 4-9 tháng tuổi (40%) [2].

Nếu bệnh lồng ruột tiến triển và không được

¹Đại học Điều dưỡng Nam Định

²Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thu Tình

Email: tinhngoai85@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024