

với $p=0,025$. Thời gian sống không bệnh trung bình là 36 tháng đối với nhóm cắt gan đơn thuần và 41 tháng đối với nhóm nút ĐMG trước mổ. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 1-3-5 năm sau mổ là 89%, 73%, và 59% ở nhóm cắt gan đơn thuần và 81%, 57%, 47% ở nhóm nút ĐMG trước mổ với $P=0.025$. Tỷ lệ sống không bệnh 1-3-5 năm sau mổ là 66%, 44%, và 32% ở nhóm cắt gan đơn thuần, trong khi đó tỷ lệ này là 60%, 49%, và 40% ở nhóm nút ĐMG trước mổ.¹⁵

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là 48,8 tuổi, hay gặp nhất là độ tuổi 50-60 tuổi, nam nhiều hơn nữ chiếm 80,4%. Tỷ lệ viêm gan virus B trong nghiên cứu là 91,3%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (10,9%) chủ yếu là tràn dịch màng phổi (8,7%). Thời gian sống thêm trung bình sau mổ tính đến thời điểm kết thúc nghiên cứu là $44 \pm 2,75$ tháng, tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm và 3 năm sau mổ là 88,6%, 85,9% và 80,9% với tỷ lệ tái phát sau mổ là 26,1%, tỷ lệ chết chiếm 15,2% (chết do tái phát sau mổ 13%, chết do suy gan sau mổ 2,2%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cha CH, Saif MW, Yamane BH, Weber SM. Hepatocellular carcinoma: current management. *Curr Probl Surg*. 2010;47(1):10-67. doi:10.1067/j.cpsurg.2009.09.003
2. Cherqui D, Belghiti J. [Hepatic surgery. What progress? What future?]. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009; 33(8-9): 896-902. doi:10.1016/j.gcb.2009.05.005
3. Tabrizian P, Jibara G, Shrager B, Schwartz

M, Roayaie S. Recurrence of hepatocellular cancer after resection: patterns, treatments, and prognosis. *Ann Surg*. 2015;261(5): 947-955. doi:10.1097/SLA.0000000000000710

4. El-Serag HB. Epidemiology of viral hepatitis and hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology*. 2012;142(6): 1264-1273.e1. doi:10.1053/j.gastro.2011.12.061
5. Kang JY, Choi MS, Kim SJ, et al. Long-term outcome of preoperative transarterial chemoembolization and hepatic resection in patients with hepatocellular carcinoma. *Korean J Hepatol*. 2010;16(4): 383-388. doi:10.3350/kjhep.2010.16.4.383
6. Sun VCY, Sarna L. Symptom management in hepatocellular carcinoma. *Clin J Oncol Nurs*. 2008; 12(5): 759-766. doi:10.1188/08.CJON.759-766
7. Choi GH, Kim DH, Kang CM, et al. Is preoperative transarterial chemoembolization needed for a resectable hepatocellular carcinoma? *World J Surg*. 2007;31(12): 2370-2377. doi:10.1007/s00268-007-9245-6
8. Reddy SK, Barbas AS, Turley RS, et al. A standard definition of major hepatectomy: resection of four or more liver segments. *HPB*. 2011; 13(7): 494-502. doi:10.1111/j.1477-2574.2011.00330.x
9. Virani S, Michaelson JS, Hutter MM, et al. Morbidity and mortality after liver resection: results of the patient safety in surgery study. *J Am Coll Surg*. 2007;204(6):1284-1292. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2007.02.067
10. Zimmitti G, Roses RE, Andreou A, et al. Greater complexity of liver surgery is not associated with an increased incidence of liver-related complications except for bile leak: an experience with 2,628 consecutive resections. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. 2013;17(1):57-64; discussion p.64-65. doi:10.1007/s11605-012-2000-9

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG SƯỜN BẰNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đức Hùng^{1,2}, Phan Thanh Hoàng², Phạm Hữu Lưu^{1,2}

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, chỉ định phẫu thuật và thời điểm phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít trong điều trị chấn thương ngực tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2023.
Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên

cứu mô tả hồi cứu các bệnh nhân chấn thương ngực được phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, trong giai đoạn từ tháng 01 năm 2018 đến tháng 08 năm 2023. **Kết quả:** Có 44 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $48,09 \pm 13,45$; nam giới chiếm 61,4%. Nguyên nhân chính là tai nạn giao thông (77,3%). Triệu chứng đau ngực xuất hiện ở 95,5% bệnh nhân, 26(59,1%) bệnh nhân nhập viện cần thở oxy hỗ trợ và 03(6,8%) bệnh nhân cần đặt ống nội khí quản. 97,7% bệnh nhân có giảm rì rào phế nang bên tổn thương, 25% trường hợp có dấu hiệu màng sườn di động trên lâm sàng. Số xương sườn gãy trung bình trên X-quang ngực thẳng là $6,27 \pm 2,86$ và trên cắt lớp vi tính lồng ngực là $8,23 \pm 3,82$; 31,8% bệnh nhân có tràn máu màng phổi,

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Hữu Lưu

Email: phamhuulu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

68,2% tràn máu tràn khí màng phổi; 22 (50%) bệnh nhân đung dập phổi, 01(2,3%) trường hợp tổn thương khí quản và 02(4,5%) bệnh nhân có tổn thương mạch máu lớn trong lồng ngực. 38,6% bệnh nhân được chỉ định mổ vì màng sườn di động, 59,1% bệnh nhân được chỉ định vì gãy ≥ 3 xương sườn di lệch. Thời điểm phẫu thuật trung bình $5,77 \pm 4,02$ ngày. Không có sự khác biệt về độ tuổi ($p=0,083$) và tỷ lệ giới tính ($p=0,907$) giữa hai nhóm phẫu thuật sớm và phẫu thuật muộn. Có mối tương quan giữa mức độ nặng của chấn thương và việc lựa chọn thời điểm phẫu thuật ($p=0,023$). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít điều trị chấn thương ngực là khả thi và mang lại kết quả tốt. Chỉ định phẫu thuật chính bao gồm màng sườn di động và gãy nhiều xương sườn (trên 3 xương) di lệch, đau nhiều. Đánh giá đặc điểm bệnh nhân trước mổ có liên quan đến việc lựa chọn thời điểm mổ thích hợp. **Từ khóa:** Chấn thương ngực, kết hợp xương sườn bằng nẹp vít, chỉ định phẫu thuật, thời điểm phẫu thuật.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND INDICATIONS FOR RIB FIXATION SURGERY BY PLATES AND SCREWS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Purpose: To evaluate the clinical characteristics, operative indications, and timing of rib fixation surgery using plates and screws in the treatment of chest trauma at Viet Duc University Hospital during the period of 2018 to 2023. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on patients with chest trauma who underwent rib fixation surgery using plates and screws at the Cardiovascular and Thoracic Center, Viet Duc University Hospital, from January 2018 to August 2023. **Results:** A total of 44 patients met the inclusion criteria. The mean age was 48.09 ± 13.45 years, and 61.4% were male. The main cause of injury was traffic accidents (77.3%). Chest pain was present in 95.5% of patients, 26(59.1%) required supplemental oxygen, and 03(6.8%) required endotracheal intubation. Decreased vesicular resonance were observed in 97.7% of patients, and 25% had clinical signs of flail chest. The average number of rib fractures on chest X-ray was 6.27 ± 2.86 and on chest CT was 8.23 ± 3.82 ; 31.8% had hemothorax, and 68.2% had hemopneumothorax; 22(50%) had lung contusion, 01(2.3%) had tracheal injury, and 02(4.5%) had major vascular injuries. Surgical indications included flail chest in 38.6% of patients and ≥ 3 displaced rib fractures in 59.1%. The mean time to surgery was 5.77 ± 4.02 days. There was no significant difference in age ($p=0.083$) and gender ratio ($p=0.907$) between early and late surgery groups. There was a correlation between the severity of injury and the choice of surgical timing ($p=0.023$). **Conclusion:** Rib fixation operation using plates and screws for the treatment of rib fracture in chest trauma is feasible and gives good results. The main operative indications include flail chest and multiple displaced rib fractures (above 3 ribs), severe pain. Preoperative patient assessment is relevant to the selection of appropriate operative timing.

Keywords: Chest trauma, rib fixation, operative indications, timing of operation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương ngực gặp trong khoảng 60% bệnh nhân đa chấn thương và chiếm tỷ lệ tử vong từ 20% đến 25%¹. Gãy xương sườn là tổn thương phổ biến trong chấn thương ngực, xảy ra ở khoảng 9-10% bệnh nhân chấn thương nói chung và chiếm 2/3 bệnh nhân chấn thương ngực kín nói riêng^{2,3}. Điều trị gãy xương sườn thường là bảo tồn bao gồm kiểm soát đau tốt, hỗ trợ hô hấp và lý liệu pháp hô hấp¹. Hiện nay, phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít đang ngày càng được ứng dụng triển khai thường qui trên lâm sàng và cho thấy hiệu quả trong những trường hợp gãy nhiều xương sườn khi có chỉ định. Tuy nhiên, nhiều đồng thuận thống nhất chỉ định cho phẫu thuật này, các chỉ định thường gặp bao gồm màng sườn di động, gãy nhiều xương sườn di lệch và biến dạng thành ngực kèm đau nhiều hạn chế hô hấp. Phẫu thuật sớm cho các trường hợp chấn thương ngực có chỉ định được xem là mang lại kết quả tốt hơn cho bệnh nhân, mốc thời gian được lựa chọn thường là 72 giờ sau chấn thương⁴. Tuy nhiên lợi ích của phẫu thuật sớm chưa được chứng minh đầy đủ.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá về các đặc điểm lâm sàng, chỉ định phẫu thuật và thời điểm phẫu thuật của các bệnh nhân được kết hợp xương sườn bằng nẹp vít điều trị chấn thương ngực tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2018-2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân chấn thương ngực được phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít tại Trung tâm Tim mạch và Lồng ngực- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2018 đến tháng 08/2023.

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

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương ngực có gãy xương sườn, được phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng từ tháng 01/2018 đến 08/2023: Màng sườn di động, gãy từ 3 xương sườn trở lên di lệch nhiều, đau nhiều hoặc gãy trên 3 xương sườn kèm theo tổn thương trong lồng ngực có chỉ định phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có kết hợp xương sườn ở tuyến khác trước khi vào bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

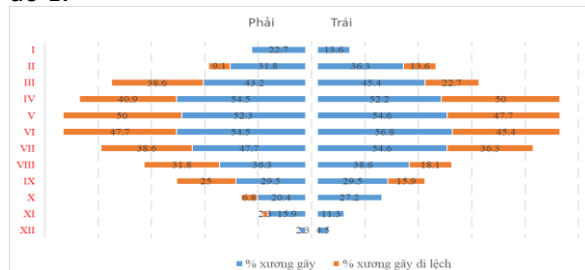
Từ tháng 01/2018 đến tháng 08/2023, có 44 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là $48,09 \pm 13,45$; bệnh nhân thấp tuổi nhất là 21 và cao nhất là 76. Nam giới chiếm tỷ lệ 61,4%. Các bệnh lý nội khoa đi kèm ghi nhận được gồm tăng huyết áp (05 bệnh nhân, 11,4%) và đái tháo đường (02 bệnh nhân, 4,5%). Nguyên nhân chấn thương bao gồm tai nạn giao thông: 77,3%; tai nạn lao động: 15,9% và tai nạn sinh hoạt: 6,8%. 42 bệnh nhân (95,5%) nhập viện có thang điểm ý thức Glasgow >10; 02 bệnh nhân (4,5%) cần thở máy và an thần. Triệu chứng đau ngực khai thác được ở 42 bệnh nhân (95,5%), 15 bệnh nhân (34,1%) tự thở không cần hỗ trợ, 26 bệnh nhân (59,1%) khó thở mức độ nhẹ đến vừa cần sử dụng oxy gong kính hoặc oxy mask, chỉ 03 trường hợp (6,8%) cần đặt ống nội khí quản. 21 bệnh nhân (47,7%) có dấu hiệu tràn khí dưới da, 43/44 trường hợp (97,7%) có giảm rì rào phế nang bên tổn thương. Nghiên cứu ghi nhận 11 trường hợp (25%) có dấu hiệu của màng sườn di động lúc nhập viện.

Trong nghiên cứu, có 17 trường hợp (38,6%) tổn thương bên phải, 17 trường hợp (38,6%) tổn thương bên trái và 10 trường hợp (22,7%) tổn thương cả hai bên lồng ngực. Siêu âm màng phổi phát hiện 41 (93,2%) bệnh nhân có dịch màng phổi. Khả năng phát hiện xương sườn gãy trên X-Quang ngực thẳng và chụp cắt lớp vi tính lồng ngực được thể hiện qua Bảng 1.

Bảng 1. Khả năng phát hiện xương gãy trên X-Quang ngực thẳng và cắt lớp vi tính lồng ngực (N=44)

	X-Quang ngực thẳng	Cắt lớp vi tính lồng ngực
Tổng số xương gãy	276	362
Trung bình \pm Độ lệch chuẩn	$6,27 \pm 2,86$	$8,23 \pm 3,82$
Giá trị lớn nhất- Giá trị nhỏ nhất	2-17	4-21
p-value (p<0,05)	< 0,001	

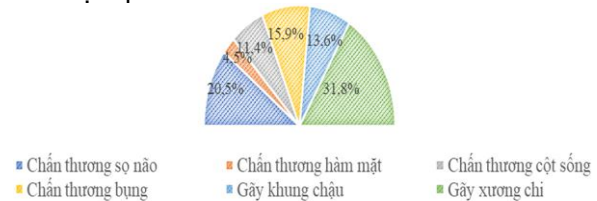
Phân bố xương gãy được thể hiện qua Biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Phân bố xương sườn gãy (N=44)
Các tổn thương tại khoang màng phổi phát

hiện được bao gồm tràn máu màng phổi (TMMP) 14 trường hợp chiếm 38,6%; tràn máu tràn khí màng phổi (TMTKMP) 30 trường hợp chiếm 68,2%; không có trường hợp tràn khí màng phổi đơn thuần. Có 22 bệnh nhân (50%) phát hiện đưng dập phổi qua cắt lớp vi tính lồng ngực; 02 bệnh nhân (4,5%) kèm theo chấn thương mạch máu lớn (01 trường hợp chấn thương động mạch chủ lên, 01 trường hợp chấn thương động mạch dưới đòn) và chỉ có 01 trường hợp (2,3%) có chấn thương khí quản. Gãy xương đòn (15 bệnh nhân chiếm 34,1%) và gãy xương ức (03 bệnh nhân chiếm 6,8%) là hai loại gãy xương thường được thấy kèm theo trên phim chụp.

Chấn thương phổi hợp ngoài lồng ngực được thể hiện qua Biểu đồ 2.



Biểu đồ 2. Chấn thương phổi hợp ngoài lồng ngực

Các bệnh nhân trước mổ có chỉ số mạch trung bình là $84,41 \pm 9,69$ lần/phút; huyết áp tâm thu $120,09 \pm 9,41$ mmHg; huyết áp tâm trương $78,14 \pm 8,95$ mmHg. Các chỉ định phẫu thuật được áp dụng thể hiện qua Bảng 2.

Bảng 2. Chỉ định phẫu thuật kết hợp xương sườn (N=44)

Chỉ định phẫu thuật	n	%
Màng sườn di động	17	38,6
Gãy ≥ 3 xương sườn có di lệch ổ gãy nghiêm trọng	26	59,1
Biến dạng thành ngực đặc biệt giảm thể tích lồng ngực	15	34,1
Ổ gãy di lệch được phát hiện trong phẫu thuật lồng ngực khác	2	4,5
Xương sườn gãy là tác nhân đâm xuyên	8	18,2

Đánh giá về đặc điểm bệnh nhân trước và sau mổ giữa 2 nhóm chỉ định có màng sườn di động và gãy nhiều xương sườn không có màng sườn di động thể hiện trong Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm bệnh nhân giữa hai nhóm chỉ định (N=44)

Đặc điểm	Màng sườn di động (n=17)	Không có màng sườn di động (n=27)	p-value (p<0,05)
Đau ngực	94,1%	96,3%	1,000
Giảm rì rào phế nang	100%	96,3%	1,000

	TMMP	17,6%	40,7%	0,109
	TMTKMP	76,5%	59,3%	0,241
	Đụng dập phổi	52,9%	48,1%	0,757
	Thang điểm ISS*	22,71 ±5,63	18,30 ±6,53	0,014
Sau mổ**	Thời gian nằm hồi sức	1,82 ±4,63	0,15 ±0,60	0,043
	Thời gian nằm viện sau mổ	10,41 ±5,33	8,04 ±5,30	0,063
	Tổng thời gian nằm viện	16,24 ±6,36	14,04 ±6,77	0,184

*ISS (Injury Severity Score): Thang điểm đánh giá mức độ nặng tổn thương

**Thời gian được tính bằng đơn vị ngày

Thời điểm phẫu thuật được xác định là thời gian từ lúc nhập viện đến lúc được phẫu thuật. Thời điểm phẫu thuật trung bình là $5,77 \pm 4,02$, trong đó sớm nhất là 01 ngày và muộn nhất là 15 ngày. Có 16 bệnh nhân (36,4%) được phẫu thuật trong vòng 72 giờ và 28 bệnh nhân (63,6%) được phẫu thuật sau 72 giờ. Đặc điểm nhân khẩu học bệnh nhân của hai nhóm phẫu thuật sớm (≤ 72 giờ) và phẫu thuật muộn (> 72 giờ) được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4: Đặc điểm nhân khẩu học bệnh nhân của hai nhóm phẫu thuật (N=44)

Đặc điểm	Phẫu thuật sớm (≤ 72 h) n = 16	Phẫu thuật muộn (> 72 h) n = 28	p-value ($p < 0,05$)
Tuổi	43,44 ± 14,33	50,75 ± 12,41	0.083
Giới	Nam 62,5%	60,7%	0,907
	Nữ 37,5%	39,3%	

Bệnh nhân được xác định có tổn thương phổi hợp nếu có ít nhất một trong sáu loại tổn thương được liệt kê trong biểu đồ 2. Thang điểm đánh giá mức độ nặng chấn thương sử dụng thang điểm ISS (Injury Severity Score). Đặc điểm tổn thương và mức độ nặng chấn thương giữa hai nhóm phẫu thuật được trình bày trong Bảng 5.

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương và mức độ nặng chấn thương giữa hai nhóm phẫu thuật (N=44)

		Phẫu thuật sớm (≤ 72 h) n = 16	Phẫu thuật muộn (> 72 h) n = 28	p-value ($p < 0,05$)
Tổn thương phổi hợp	Có	18,8%	71,4%	0,001
	Không	81,2%	28,6%	
ISS		16,88 ±4,83	21,79 ±6,73	0,023

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương sườn điều trị chấn thương ngực đã được thực hiện bằng nhiều phương pháp từ đơn giản đến phức tạp đã được giới thiệu trong y văn. Màng sườn di động được xem là chỉ định chủ yếu của phẫu thuật này nhưng chỉ định phẫu thuật ngày càng được mở rộng cho các trường hợp gãy nhiều xương sườn mà không có màng sườn di động, bởi những rối loạn sinh lý tồi tệ mà nó mang lại, đặc biệt trong trường hợp biến dạng thành ngực nghiêm trọng.

Đặc điểm dịch tễ. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là thường gặp ở nam giới, trung tuổi, chấn thương năng lượng cao. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $48,09 \pm 13,45$, tương tự với nghiên cứu của Majeed và cộng sự (n=43, $51,35 \pm 13,75$)⁵. Nam giới chiếm 61,4%, tai nạn giao thông chiếm đa số (77,3%), một loại chấn thương năng lượng cao thường gặp nữa là tai nạn lao động (15,9%) trong khi chỉ có 6,8% trường hợp gặp trong tai nạn sinh hoạt. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Marasco và cộng sự (năm 2015)⁶. Điều này cho thấy nam giới có xu hướng dễ bị chấn thương ngực nặng hơn so với nữ giới.

Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng đau ngực xuất hiện ở gần như tất cả bệnh nhân (95,5%), đây là dấu hiệu có độ nhạy cao để gợi ý tổn thương tại ngực; trong khi đó giảm rì rào phế nang là triệu chứng rất có giá trị để nghĩ đến có tổn thương bên trong lồng ngực. Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân có tổn thương tại khoang màng phổi (tràn máu màng phổi 31,8% và tràn máu tràn khí khoang màng phổi 68,2%) và triệu chứng giảm rì rào phế nang phát hiện ở 97,7% trường hợp. Màng sườn di động phát hiện tại thời điểm nhập viện có 11 trường hợp (25%), tại thời điểm chỉ định mổ có 17 bệnh nhân có màng sườn di động (38,6%), 6 trường hợp xuất hiện di động màng sườn trong thời gian theo dõi. Điều này phù hợp với xu hướng di lệch theo thời gian của ổ gãy xương sườn, trong giai đoạn đầu các ổ gãy chưa di lệch hoàn toàn. Như vậy cần thiết theo dõi sát những bệnh nhân phát hiện màng sườn qua phim chụp nhưng chưa có dấu hiệu di động trên lâm sàng.

Đặc điểm cận lâm sàng. Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực có khả năng phát hiện xương sườn gãy tốt hơn X-Quang ngực thẳng (trung bình 8,23 so với 6,27), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Traub và cộng sự nghiên cứu trên 141 bệnh nhân cũng có kết luận cắt lớp vi tính lồng ngực có giá trị chẩn đoán cao hơn⁷. Điều này

cũng giải thích nguyên nhân cắt lớp vi tính ngày càng được chỉ định nhiều hơn trên lâm sàng.

Vị trí gãy thường gặp là các xương sườn từ 4 đến 7, tỷ lệ xương gãy di lệch cũng cao hơn nhiều so với các vị trí khác và có sự tương đồng giữa hai bên (biểu đồ 1). Điều này có thể là do cấu trúc của khung xương lồng ngực làm cho các xương sườn giữa trở thành điểm chịu lực lớn nhất khi va chạm. Đây cũng có thể là lý do các phẫu thuật viên có xu hướng lựa chọn kết hợp xương ở các vị trí này. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hữu Ước và cộng sự (n=22); Phạm Thanh Việt và cộng sự (n=40) cũng ghi nhận phẫu thuật chủ yếu ở các xương sườn 4,5,6,7^{8,9}.

Chỉ định phẫu thuật. Màng sườn di động và gãy di lệch nhiều xương sườn là các chỉ định phẫu thuật chính. Có 17 bệnh nhân (38,6%) bệnh nhân được chỉ định mổ vì màng sườn di động, chỉ định cho gãy di lệch nhiều xương sườn không có màng sườn trên 26 trường hợp (59,1%). Kết quả này cho thấy chỉ định phẫu thuật kết hợp xương sườn đang được mở rộng hơn cho nhóm gãy xương sườn không có màng sườn di động. Trong nghiên cứu, đặc điểm tổn thương trước mổ giữa hai nhóm chỉ định có màng sườn di động và không có màng sườn di động bao gồm triệu chứng đau ngực, giảm rì rào phế nang, tổn thương khoang màng phổi, đưng dập phổi đều không có sự khác biệt (bảng 5). So sánh kết quả sau mổ của hai nhóm về thời gian nằm viện sau mổ (p=0,063) và tổng thời gian nằm viện (p=0,184) cũng có sự tương đương. Ở nhóm chỉ định màng sườn di động, mức độ nặng của tổn thương đánh giá qua thang điểm ISS cao hơn (p=0,014) và thời gian nằm hồi sức lâu hơn (p=0,043). Như vậy lợi ích của phẫu thuật kết hợp xương sườn cho nhóm bệnh nhân được có màng sườn di động và gãy nhiều xương sườn không có màng sườn di động khá tương đồng.

Thời gian phẫu thuật. Đánh giá các yếu tố có thể ảnh hưởng đến lựa chọn phẫu thuật sớm hay muộn trên nhóm bệnh nhân, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về tuổi (p=0,083) và tỷ lệ giới tính (p=0,907) giữa hai nhóm phẫu thuật sớm (≤ 72 h) và phẫu thuật muộn (> 72 h). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Wang và cộng sự (N=403)¹⁰. Có sự tương quan về tổn thương phổi hợp và mức độ nặng của tổn thương giữa 2 nhóm phẫu thuật; phẫu thuật muộn có tỷ lệ tổn thương phổi hợp cao hơn (71,4% so với 18,8%, p=0,001), điểm ISS trung bình cũng cao hơn (21,99 so với 16,88, p=0,023). Có thể giải thích cho việc trì hoãn phẫu thuật sớm ở những bệnh nhân đa chấn

thương là mất một khoảng thời gian theo dõi cho các tổn thương sọ não, chấn thương cột sống hoặc gãy khung chậu ổn định trước khi phẫu thuật kết hợp xương sườn; vì những tổn thương này có thể ảnh hưởng đến sự thành công của phẫu thuật. Trong nghiên cứu của Prins và cộng sự cũng đưa ra bảng chống chỉ định của phẫu thuật sớm bao gồm: huyết động không ổn định, tăng áp lực nội sọ, chấn thương nguy cơ cao cần ưu tiên (như chấn thương cột sống), hoặc các tổn thương cần cố định tư thế (chấn thương bụng và gãy xương chậu)⁴.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương sườn bằng nẹp vít trong điều trị chấn thương ngực ngày càng được ứng dụng nhiều trên lâm sàng. Chỉ định tốt cho các trường hợp màng sườn di động, các bệnh nhân gãy nhiều xương sườn di lệch kèm đau nhiều. Trong bệnh cảnh chấn thương thì lựa chọn bệnh nhân tốt, chỉ định hợp lý và thời điểm mổ phù hợp sẽ giúp đem lại hiệu quả cao cho phương pháp phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dogru BN, Kiliccalan I, Asci ES, Peker SC.** Blunt trauma related chest wall and pulmonary injuries: An overview. *Chin J Traumatol.* 2020; 23(03):125-138. doi:10.1016/j.cjtee.2020.04.003
2. **He Z, Zhang D, Xiao H, et al.** The ideal methods for the management of rib fractures. *J Thorac Dis.* 2019;11(Suppl 8):S1078-S1089. doi:10.21037/jtd.2019.04.109
3. **Witt CE, Bulger EM.** Comprehensive approach to the management of the patient with multiple rib fractures: a review and introduction of a bundled rib fracture management protocol. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2017;2(1):e000064. doi:10.1136/tsaco-2016-000064
4. **Prins JTH, Wijffels MME, Pieracci FM.** What is the optimal timing to perform surgical stabilization of rib fractures? *J Thorac Dis.* 2021;13(Suppl 1):S13-S25. doi:10.21037/jtd-21-649
5. **Majeed FA, Zafar U, Imtiaz T, Ali Shah SZ, Ali A, Mehmood U.** Rib Fixation Versus Conservative Management Of Rib Fractures In Trauma Patients. *J Ayub Med Coll Abbottabad JAMC.* 2018;30(4):576-584.
6. **Marasco S, Lee G, Summerhayes R, Fitzgerald M, Bailey M.** Quality of life after major trauma with multiple rib fractures. *Injury.* 2015; 46(1): 61-65. doi:10.1016/j.injury.2014. 06.014
7. **Traub M, Stevenson M, McEvoy S, et al.** The use of chest computed tomography versus chest X-ray in patients with major blunt trauma. *Injury.* 2007; 38(1): 43-47. doi:10.1016/j.injury.2006. 07.006
8. **Nguyễn Hữu Ước, Nguyễn Việt Anh, Nguyễn Văn Trường, Phạm Hữu Lư** (2021). Kết quả phẫu thuật kết hợp xương sườn gãy bằng tấm nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. *Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam*, 31, 39-46. doi:10.47972/vjcts.v31i.501

9. **Phạm Thanh Việt, Nguyễn Việt Đăng Quang, Châu Phú Thi** (2023). Phẫu thuật cố định xương sườn điều trị mảng sườn di động do chấn thương ngực kín. Tạp Chí Học Việt Nam, 526(1A). doi:10.51298/vmj.v526i1A.5371

10. **Wang Z, Jia Y, Li M.** The effectiveness of early surgical stabilization for multiple rib fractures: a multicenter randomized controlled trial. J Cardiothorac Surg. 2023;18(1):118. doi:10.1186/s13019-023-02203-7

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT DO POLYP TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2021- 2022

Nguyễn Thị Phương¹, Trần Bảo Long²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật do polyp tại bệnh viện đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 37 người bệnh phẫu thuật nội soi cắt túi mật do polyp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật cắt túi mật nội soi trung bình là $44,46 \pm 13,934$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình là $1,43 \pm 0,689$ ngày. Xếp loại điều trị sớm: **Tốt: 97,3%, Trung bình: 2,7%**. Kết quả theo dõi sau mổ: Sau mổ 1 tháng tỷ lệ mắc hội chứng sau cắt túi mật là 37,8% với triệu chứng thường gặp là rối loạn phân. Sau mổ 6 tháng tỷ lệ hội chứng này giảm đáng kể chỉ còn 8,1% **Kết luận:** Người bệnh sau phẫu thuật nội soi cắt túi mật do polyp có thời gian nằm viện ngắn, thể trạng hồi phục nhanh và ít gặp biến chứng.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, polyp túi mật.

SUMMARY

RESULTS OF REMOVING POLYPS LAPAROSCOPIC SURGERY AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL PERIOD 2021- 2022

Objective: Evaluate the results of laparoscopic cholecystectomy due to polyps at Hanoi Medical University Hospital. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 37 patients undergoing laparoscopic gallbladder removal due to polyps at Hanoi Medical University Hospital from January 2021 to December 2022. **Results:** The average laparoscopic cholecystectomy time was 44.46 ± 13.934 minutes. The average postoperative time was 1.43 ± 0.689 days. Early treatment classification: Good: 97.3%, Average: 2.7%. Results of post-operative monitoring: 1 month after surgery, the rate of post-cholecystectomy syndrome was 37.8% with a common symptom being stool disorders. Six months after surgery, the rate of this syndrome decreased

significantly to only 8.1%. **Conclusion:** Patients after laparoscopic cholecystectomy due to polyps have a short hospital stay, recover quickly and have few complications. **Keywords:** Laparoscopic surgery, gallbladder polyps.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp túi mật là dạng tổn thương ở thành túi mật, đẩy lùi bề mặt lớp niêm mạc túi mật vào trong lòng túi mật. Tỷ lệ mắc polyp túi mật chiếm từ 0,3-9,5% dân số trên thế giới và từ 0,3-13,8% các tổn thương túi mật phải cắt bỏ [1]. Các nghiên cứu cho thấy 92% polyp túi mật có bản chất lành tính, hoàn toàn có thể chung sống hòa bình với polyp túi mật nên phần lớn người bệnh không cần đến can thiệp gì. Tuy nhiên một số ít trường hợp polyp túi mật có thể gây ra các biến chứng tắc mật cấp, viêm túi mật cấp và có nguy cơ tiến triển thành ung thư túi mật [2].

Do vậy, vấn đề được đặt ra là khi nào nên cắt bỏ túi mật trong trường hợp bị polyp túi mật. Đa số các tác giả đều đồng ý với quan điểm: đối với polyp có triệu chứng hoặc kích thước >10 mm thì có chỉ định phẫu thuật do nguy cơ ung thư hoá cao [3]. Tuy nhiên với các polyp không triệu chứng và/hoặc có kích thước <10mm, các ý kiến chưa thống nhất về chỉ định mổ, theo dõi. Một số trường hợp có chỉ định mổ cho cả loại nếu có các yếu tố nguy cơ như: kích thước polyp tăng nhanh trong quá trình theo dõi, polyp không cuống, tuổi ≥ 55 , polyp túi mật ở người có bất thường kênh mật tụy và polyp kết hợp với sỏi [4].

Phương pháp phẫu thuật trước đây là mổ cắt túi mật qua đường mổ bụng. Phẫu thuật nội soi ổ bụng ra đời là một bước đột phá trong nền Y học hiện đại và hiện nay đang phát triển mạnh mẽ trên thế giới và trong nước vì những lợi ích mà phẫu thuật này mang lại: giảm đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện, tăng tính thẩm mỹ và nhanh chóng phục hồi sức lao động. Cắt túi mật nội soi được Philip Mouret (Pháp) thực hiện thành công lần đầu tiên năm 1987. Ở Việt Nam, tác giả Nguyễn Tấn Cường đã thực hiện kỹ thuật

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: bsnguyenphuong87@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024