



ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(6):113-119

<https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.06.14>



Điểm đau của người bệnh sau phẫu thuật điều trị lõm ngực bẩm sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Lê Thị Tú Nguyên^{1*}, Trần Trịnh Quốc Việt¹, Lưu Trần Tường Vân¹

¹Trường Điều dưỡng – Kỹ thuật Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Lõm ngực bẩm sinh là dị dạng thành ngực thường gặp, nhiều trường hợp cần phẫu thuật sửa chữa. Đánh giá đau sau phẫu thuật có vai trò quan trọng trong chăm sóc, điều dưỡng.

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định điểm đau trung bình của người bệnh sau phẫu thuật điều trị lõm ngực bẩm sinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện từ tháng 01/2025 đến tháng 03/2025 tại khoa Lồng ngực – Mạch máu bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Điểm đau được đánh giá bằng thang đo nét mặt Wong – Baker (WBFS).

Kết quả: Nghiên cứu ghi nhận dữ liệu của 55 người bệnh. Điểm đau trung bình sau phẫu thuật là $2,9 \pm 0,85$, tương ứng với mức độ đau nhẹ. Điểm đau hậu phẫu ngày 1 cho thấy mối liên quan thuận có ý nghĩa thống kê với điểm đau hậu phẫu ngày 2 với hệ số hồi quy là 0,834 ($p < 0,001$). Không ghi nhận các mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm đau trung bình và các đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm phẫu thuật của người bệnh.

Kết luận: Người bệnh sau phẫu thuật điều trị lõm ngực bẩm sinh có mức độ đau trung bình nhẹ, chưa ghi nhận sự thay đổi có ý nghĩa thống kê về điểm đau theo thời gian. Nghiên cứu góp phần cung cấp thêm bằng chứng cho thực hành quản lý đau sau phẫu thuật.

Từ khóa: lõm ngực bẩm sinh; điểm đau; phẫu thuật lồng ngực; thang đo nét mặt Wong–Baker; đau sau phẫu thuật

Abstract

POSTOPERATIVE PAIN IN PATIENTS AFTER PECTUS EXCAVATUM REPAIR AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Le Thi Tu Nguyen, Tran Trinh Quoc Viet, Luu Tran Tuong Van

Background: Pectus excavatum is a common chest wall deformity for which many cases require surgical correction. Postoperative pain assessment plays a crucial role in care and nursing.

Ngày nhận bài: 03-03-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 08-05-2026 / Ngày đăng bài: 13-05-2026

*Tác giả liên hệ: Lê Thị Tú Nguyên. Trường Điều dưỡng – Kỹ thuật Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.
E-mail: ltnguyen@ump.edu.vn

© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Objectives: This study aims to determine the average pain score of patients after surgery to treat congenital pectus excavatum.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted from January 2025 to March 2025 at the Thoracic - Vascular Department of University Medical Center Ho Chi Minh City. Data were collected from patient medical records. Pain scores were assessed using the Wong-Baker Facial Features Scale (WBFS).

Results: The study recorded data from 55 patients. The mean postoperative pain score was 2.9 ± 0.85 , corresponding to mild pain. Postoperative pain score on day 1 showed a statistically significant positive correlation with postoperative pain score on day 2 with a correlation coefficient of 0.834 ($p < 0.001$). No statistically significant correlations were observed between mean pain score and demographic or surgical characteristics of the patients.

Conclusions: Patients who underwent surgery to treat congenital pectus excavatum experienced mild to moderate pain, and no statistically significant changes in pain scores over time were observed. This study contributes further evidence to the practice of postoperative pain management.

Keywords: pectus excavatum; pain score; chest wall surgery; Wong-Baker Faces Scale; postoperative pain

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lõm ngực bẩm sinh là dị dạng thành ngực phổ biến nhất [1], đặc trưng bởi xương ức lõm vào trong do sự phát triển bất thường của sụn sườn [2], chiếm 65–95% các dị dạng bẩm sinh thành ngực [3,4]. Bệnh không chỉ gây mặc cảm, hạn chế hoạt động thể lực mà còn ảnh hưởng đến chức năng hô hấp – tim mạch [2,5]. Tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ, với tỷ lệ nam:nữ từ 2:1 đến 9:1 [6]. Hai phương pháp phẫu thuật thường được sử dụng là Ravitch và Nuss, trong đó phẫu thuật Nuss dần thay thế nhờ ưu điểm ít xâm lấn, thời gian mổ và nằm viện ngắn, ít biến chứng và tính thẩm mỹ cao [7]. Tuy nhiên, phẫu thuật Nuss vẫn gây đau đáng kể sau mổ [8], khiến kiểm soát đau trở thành mục tiêu quan trọng trong chăm sóc và phục hồi sau phẫu thuật.

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định điểm đau trung bình của người bệnh sau phẫu thuật đặt thanh điều trị lõm ngực bẩm sinh tại khoa Lồng ngực - Mạch máu bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được phẫu thuật Nuss lần đầu và có hồ sơ bệnh án còn thời gian lưu trữ tại khoa Lồng ngực – Mạch máu bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (BVĐHYD TP.HCM) trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 03/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Người bệnh từ 4 tuổi trở lên được điều trị, theo dõi lõm ngực bẩm sinh tại khoa Lồng ngực – Mạch máu BVĐHYD TP.HCM.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh đã từng được phẫu thuật điều trị lõm ngực trước đây.

Người bệnh bị lõm ngực vì lý do khác.

Người bệnh hôn mê sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một trung bình với sai số ước tính d là 0,5; sai lầm loại 1: α là 0,05 và độ lệch chuẩn σ là 1,7 dựa vào kết quả đau 0 giờ sau phẫu thuật theo

ngiên cứu của Sujka JA tiến hành năm 2020 [9]. Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần thu thập là 45, không bao gồm tỉ lệ mất mẫu và thử nghiệm trên 30 hồ sơ bệnh án.

Chúng đã thu thập dữ liệu trên 55 hồ sơ bệnh án.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Dựa vào hồ sơ bệnh án người bệnh, chúng tôi thu thập các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm phẫu thuật và điểm đau của người bệnh sau phẫu thuật.

Phiếu thu thập số liệu gồm 3 phần:

- Phần A: Thông tin về đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh gồm 6 câu.

- Phần B: Thông tin về đặc điểm phẫu thuật gồm 12 câu.

- Phần C: Mức độ đau của người bệnh sau phẫu thuật ngày hậu phẫu 1 và 2 gồm 2 câu.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Biến số độc lập nhân khẩu học gồm tuổi, giới tính, người chăm sóc chính và bệnh lý kèm theo.

Biến số độc lập đặc điểm phẫu thuật gồm thời gian nằm viện tại khoa sau khi phẫu thuật đặt thanh nâng ngực, BMI, tiền căn phẫu thuật, phân loại độ nặng, thời gian thực hiện phẫu thuật, số lượng thanh nâng ngực đã đặt, đặt dẫn lưu màng phổi sau phẫu thuật, mất máu sau phẫu thuật, giảm đau với gây tê ngoài màng cứng, giảm đau bằng OPIOID, giảm đau bằng NSAID, giảm đau bằng Paracetamol.

Biến số phụ thuộc gồm điểm đau hậu phẫu ngày 1, điểm đau hậu phẫu ngày 2, điểm đau trung bình.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17. Thống kê phân tích sử dụng kiểm định T-test, ANOVA và Tương quan Hồi quy để tìm mối liên quan giữa biến điểm đau trung bình của người bệnh sau phẫu thuật điều trị lõm ngực bẩm sinh với các biến đặc điểm nhân khẩu học và đặc điểm phẫu thuật cũng như mối liên quan giữa điểm đau hậu phẫu ngày 1 và 2.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của người bệnh

Nhóm tuổi chiếm nhiều nhất là 10 – 16 tuổi (56,36%), tiếp

theo là nhóm > 16 tuổi (36,36%) và nhóm chiếm ít nhất là 4 – 10 tuổi (7,27%). Tỷ lệ giới tính nam:nữ là 4:1. Người chăm sóc chính cho người bệnh chủ yếu là cha (38,18%) và mẹ (52,73%). Tỷ lệ người bệnh không mắc các bệnh lý kèm theo là 72,73% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh (n=55)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %
Tuổi		
4 – 10 tuổi	4	7,27
10 – 16 tuổi	31	56,36
> 16 tuổi	20	36,36
Giới tính		
Nữ	11	20
Nam	44	80
Người chăm sóc chính		
Cha	21	38,18
Mẹ	29	52,73
Khác	5	9,09
Bệnh lý kèm theo		
Không	40	72,73
Có	15	27,27

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật (n = 55)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %	TB (±ĐLC)
Thời gian nằm viện tại khoa sau khi phẫu thuật đặt thanh nâng ngực (ngày)			4,9 (± 2,08)
BMI			
Thiếu cân (< 18,5)	49	89,09	
Bình thường (18,5 – 22,9)	6	10,91	
Thừa cân/Béo phì (≥ 23)	0	0	
Tiền căn phẫu thuật			
Không	53	96,36	
Có	2	3,64	
Phân loại độ nặng			
Nhẹ	10	18,18	
Trung bình	15	27,27	
Nặng	28	50,91	
Rất nặng	2	3,64	
Thời gian thực hiện phẫu thuật (phút)			72,42 (± 28,46)
Số lượng thanh nâng ngực đã đặt			
1 thanh	42	76,36	
2 thanh	13	23,64	
Đặt dẫn lưu màng phổi sau phẫu thuật			
Không	30	54,55	
Có	25	45,45	
Mất máu ngay sau phẫu thuật			
Không	44	80	
Có	11	20	
Giảm đau với gây tê ngoài màng cứng			
Không	22	40	
Có	33	60	

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ %	TB (±ĐLC)
Giảm đau bằng OPIOID			
Không	5	9,09	
Có	50	90,91	
Giảm đau bằng NSAID			
Không	1	1,82	
Có	54	98,18	
Giảm đau bằng Paracetamol			
Không	0	0	
Có	55	100	

TB: Trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn

Thời gian người bệnh nằm viện tại khoa sau phẫu thuật trung bình là $4,9 \pm 2,08$ ngày. Thời gian phẫu thuật trung bình là $72,42 \pm 28,46$ phút. BMI của người bệnh chủ yếu thuộc nhóm thiếu cân (89,09%) và không có người bệnh thuộc nhóm thừa cân/béo phì. Tỷ lệ người bệnh không có tiền căn phẫu thuật là 96,36%. Phân loại độ nặng chiếm tỷ lệ nhiều nhất là nhóm nặng (50,91%). Tỷ lệ người bệnh đặt 1 thanh dẫn lưu chiếm 72,36%. Tỷ lệ người bệnh có và không có đặt dẫn lưu màng phổi sau phẫu thuật tương đương nhau (45,45% và 54,55%). Tỷ lệ người bệnh không mất máu sau phẫu thuật chiếm 80%. Tỷ lệ người bệnh có sử dụng phương pháp giảm đau với gây tê ngoài màng cứng chiếm 60% trong khi các phương pháp giảm đau bằng OPIOID, NSAID, Paracetamol đều chiếm tỷ lệ > 90% (Bảng 2).

3.2. Điểm đau của người bệnh ở các ngày hậu phẫu

Bảng 3. Sự khác biệt về điểm đau trung bình của người bệnh ở các ngày hậu phẫu

Đặc điểm	TB (±ĐLC)	GTLN; GTNN	HTB (KTC 95%)	p
Điểm đau hậu phẫu ngày 1 ^d	2,9 (±0,88)	1; 5	0,00 (-0,142; 0,142)	1,000
Điểm đau hậu phẫu ngày 2	2,9 (±0,89)	1; 5		
Điểm đau trung bình	2,9 (±0,85)	1; 4,5		

TB: Trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; GTLN: giá trị lớn nhất; GTNN: giá trị nhỏ nhất; HTB: hiệu trung bình; KTC 95%: Khoảng tin cậy; p: Giá trị p; d: Phép kiểm t bắt cặp (paired t-test)

Điểm đau trung bình của người bệnh không thay đổi khi so sánh điểm đau hậu phẫu ngày 1 và điểm đau hậu phẫu ngày 2. Điểm đau trung bình của người bệnh cả 2 ngày hậu phẫu là $2,9 (\pm 0,85)$ với điểm đau nhỏ nhất là 1 và điểm đau lớn nhất là 4,5. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau

giữa ngày hậu phẫu 1 và ngày hậu phẫu 2 ($p = 1,000$) (Bảng 3).

Hồi quy tuyến tính đơn biến được thực hiện nhằm đánh giá mối liên quan giữa điểm đau hậu phẫu ngày 1 và điểm đau hậu phẫu ngày hai. Kết quả cho thấy điểm đau hậu phẫu ngày 1 có liên quan có ý nghĩa thống kê với điểm đau hậu phẫu ngày 2 với hệ số hồi quy là 0,834 ($p < 0,001$). Cụ thể, khi điểm đau hậu phẫu ngày 1 tăng 1 thì điểm đau hậu phẫu ngày 2 tăng trung bình 0,834 (Bảng 4).

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm đau hậu phẫu ngày 1 và ngày 2

Đặc điểm	HSHQ	KTC 95%	p
Điểm đau hậu phẫu ngày 2 ^c	0,83	0,68; 0,99	$p < 0,001$

HSHQ: Giá trị hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa; KTC 95%: Khoảng tin cậy; p: Giá trị p; c: Phép kiểm Hồi quy tuyến tính đơn biến

3.3. Mối liên quan giữa điểm đau trung bình của người bệnh với đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm phẫu thuật

Nhóm người bệnh nữ có điểm đau trung bình $3,32 \pm 0,9$ điểm, cao hơn khi so sánh với nhóm người bệnh nam $2,8 \pm 0,81$ điểm, sự khác biệt này không ghi nhận ý nghĩa thống kê với $p = 0,067$. Điểm đau trung bình của người bệnh có mức độ lõm ngực nặng là $3,09 \pm 0,74$ điểm, cao nhất so với các nhóm người bệnh còn lại, sự khác biệt này không ghi nhận ý nghĩa thống kê ($p = 0,329$) (Bảng 5).

Bảng 5. Mối liên quan giữa điểm đau trung bình với đặc điểm của người bệnh

Đặc điểm	TB (±ĐLC)	p
Giới tính ^a		
Nữ	3,32 (±0,9)	0,067
Nam	2,8 (±0,81)	
Tuổi ^b		
4 – 10 tuổi	2,25 (±0,5)	0,283
10 – 16 tuổi	2,97 (±0,78)	
> 16 tuổi	2,93 (±0,98)	
Bệnh lý kèm theo ^a		
Không	2,79 (±0,76)	0,109
Có	3,2 (±1,01)	
Tiền căn phẫu thuật ^a		
Không	2,9 (±0,84)	0,867
Có	3 (±1,41)	
Phân loại độ nặng ^b		
Nhẹ	2,55 (±0,8)	0,329
Trung bình	2,77 (±1)	
Nặng	3,09 (±0,74)	
Rất nặng	3 (±1,41)	
Số lượng thanh nâng ngực đã đặt ^a		
1 thanh	2,88 (±0,87)	0,768
2 thanh	2,96 (±0,82)	

Đặc điểm	TB (±ĐLC)	p	
Đặt dẫn lưu màng phổi sau phẫu thuật ^a			
Không	2,81 (±0,79)	0,386	
Có	3,01 (±0,92)		
Mất máu ngay sau phẫu thuật ^a			
Không	2,84 (±0,82)	0,356	
Có	3,11 (±0,98)		
Đặc điểm	HSHQ	KTC 95%	p
Thời gian nằm viện sau khi phẫu thuật (ngày) ^c	-0,06	-0,17;0,5	0,275
Thời gian thực hiện phẫu thuật (phút) ^c	-0,001	-0,01;0,01	0,800

TB: Trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; HSHQ: Giá trị hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa; KTC 95%: Khoảng tin cậy; p: Giá trị p; a: Kiểm định t; b: Kiểm định ANOVA; c: Phép kiểm Hồi quy tuyến tính đơn biến

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của người bệnh

4.1.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Tuổi người bệnh trong các nghiên cứu có sự khác biệt do thời điểm ghi nhận và cách phân nhóm tuổi. Nghiên cứu của Võ Thị Như Khuyên ghi nhận tuổi trung bình là $15,28 \pm 2,76$, trong khi Trần Thanh Vỹ năm 2016 và Lâm Văn Nút năm 2014 cho thấy nhóm 6–12 và 13–17 tuổi chiếm tỷ lệ cao [5,10,11]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với y văn trong nước khi nhóm 10–16 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (56,36%).

Nhiều nghiên cứu ghi nhận lõm ngực bẩm sinh gặp chủ yếu ở nam giới. Các tác giả Shaalan AM, Koo JM, Nguyễn Văn Sáng và Trần Thanh Vỹ báo cáo tỷ lệ nam từ 60,5% đến 77% [8,12-14]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với y văn khi nam giới chiếm 80%.

4.1.2. Đặc điểm phẫu thuật của người bệnh

Phân loại độ nặng dựa theo chỉ số Haller, trong đó đa số người bệnh thuộc nhóm lõm ngực nặng. Các nghiên cứu của Shaalan L năm 2017, Lê Việt Anh năm 2022 và Trần Minh Bào Luân 2024 đều ghi nhận tỷ lệ lõm ngực mức độ nặng chiếm ưu thế (44,2–59,3%) [12,17,18]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng khi tỷ lệ lõm ngực nặng là 50,91%.

Thời gian phẫu thuật giữa các nghiên cứu tương đối đồng nhất. Các tác giả Koo JM năm 2023 và Trần Thanh Vỹ năm 2019 ghi nhận thời gian trung bình từ 54–70 phút [13,14]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian phẫu thuật trung

bình là $72,42 \pm 28,46$ phút, tương đương với y văn.

Số lượng thanh nâng ngực được đặt trong phẫu thuật chủ yếu là 1 thanh. Các nghiên cứu của Koo JM năm 2023, Võ Thị Như Khuyên năm 2011, Lê Việt Anh năm 2022 và Trần Thanh Vỹ năm 2019 ghi nhận tỷ lệ đặt 1 thanh từ 51,6% đến 97,5% [10,13,14,17]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ này là 76,36%, phù hợp với các báo cáo trước.

Phương pháp giảm đau sau mổ tại Việt Nam thường là giảm đau đa mô thức. Các nghiên cứu của Lê Việt Anh năm 2022 và Trần Thanh Vỹ năm 2019 ghi nhận tỷ lệ gây tê ngoài màng cứng từ 35,9–57,6% [14,17]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phương pháp gây tê ngoài màng cứng được sử dụng phổ biến với tỷ lệ là 60%, đồng thời tỷ lệ áp dụng gây tê ngoài màng cứng có xu hướng tăng theo thời gian.

4.2. Điểm đau của người bệnh ở các ngày hậu phẫu

4.2.1. Điểm đau trung bình sau phẫu thuật

Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều ghi nhận điểm đau sau phẫu thuật đặt thanh nâng ngực điều trị lõm ngực bẩm sinh chủ yếu ở mức độ nhẹ đến vừa. Các nghiên cứu của Koo JM năm 2023, Loftus PD năm 2016 và Santana L cho thấy điểm đau trong 48 giờ đầu dao động khoảng 2–4, phụ thuộc vào phương pháp giảm đau [13,16,19]. Tại Việt Nam, Võ Thị Nhật Khuyên năm 2011 và Nguyễn Văn Sáng năm 2024 cũng ghi nhận đa số người bệnh không đau hoặc đau nhẹ khi nghỉ ngơi và đau nhẹ–vừa khi vận động [8,10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đau trung bình trong 2 ngày đầu hậu phẫu duy trì ổn định ở mức 2,9 và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm đau giữa ngày hậu phẫu 1 và ngày hậu phẫu 2 ($p = 1.000$). Điều này có thể giải thích bởi hạn chế cỡ mẫu ít nên chưa thấy rõ sự biến thiên của điểm đau trong các ngày hậu phẫu đầu tiên sau mổ kèm với việc áp dụng phác đồ giảm đau chuẩn hóa đã kiểm soát đau hiệu quả và đồng đều giữa các thời điểm, làm giảm sự biến thiên về điểm đau.

4.2.2. Mối liên quan giữa điểm đau hậu phẫu ngày 1 và điểm đau hậu phẫu ngày 2

Chúng tôi chưa tìm thấy kết quả tương tự ở các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, kết quả về mối liên quan giữa điểm đau hậu phẫu ngày 1 và điểm đau hậu phẫu ngày 2 phù hợp với thực tế, cho thấy mức độ đau giảm dần theo thời gian hậu phẫu, mức độ hồi phục của người bệnh sau phẫu thuật cũng như

mức độ hiệu quả của công tác chăm sóc hậu phẫu.

4.2.3. **Mối liên quan giữa điểm đau trung bình với các đặc điểm nhân khẩu học, đặc điểm phẫu thuật của người bệnh**

Theo nghiên cứu của Marco G vào năm 2012 cho thấy điểm đau của nhóm người bệnh có độ tuổi > 16 cao hơn nhóm người bệnh < 16 tuổi với $p = 0,0199$ [20]. Tuy nhiên trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 2 nhóm người bệnh 10 – 16 tuổi và nhóm > 16 tuổi có mức độ đau gần như nhau với $p = 0,283$. Điều này có thể gợi ý cần triển khai thêm nghiên cứu về nhóm tuổi của người bệnh và tránh bỏ sót độ tuổi > 16 tuổi.

Đối với người bệnh có tiền căn phẫu thuật, đặc biệt với các phẫu thuật lồng ngực trước đó, điểm đau có thể tăng đáng kể liên quan đến việc hình thành mô sẹo và kết dính mô mềm, quá trình bóc tách và can thiệp trong lần mổ sau cũng phức tạp hơn. Nghiên cứu hồi cứu vào năm 2024 của Shawwaf KA cho thấy tỉ lệ đau dữ dội sau phẫu thuật chiếm 28,4% [21]. Tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa tiền căn phẫu thuật với điểm đau trung bình của người bệnh không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) liên quan số lượng người bệnh có tiền căn phẫu thuật trong nghiên cứu không đáng kể.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh phẫu thuật điều trị lõm ngực bẩm sinh là nam giới, thuộc nhóm tuổi thiếu niên và có thể trạng gầy, tương đồng với các báo cáo trong y văn. Phần lớn người bệnh có mức độ lõm ngực nặng, thường được điều trị bằng đặt một thanh nâng ngực với thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ở mức tương đương các nghiên cứu trước, phản ánh sự cải thiện trong kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc sau mổ. Công tác kiểm soát đau sau phẫu thuật đạt hiệu quả tốt, với mức độ đau chủ yếu ở mức nhẹ đến vừa trong 48 giờ đầu hậu phẫu, điểm đau trung bình duy trì ổn định, góp phần rút ngắn thời gian nằm viện và hỗ trợ quá trình phục hồi. Những kết quả này khẳng định hiệu quả của quy trình điều trị và giảm đau hiện nay, đồng thời cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn phục vụ tối ưu hóa chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật lõm ngực bẩm sinh.

Lời cảm ơn

Chúng tôi chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh và Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tài trợ đồng thời tạo điều kiện thuận lợi chúng tôi hoàn thành công trình nghiên cứu này.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Lê Thị Tú Nguyên

<https://orcid.org/0009-0007-6336-1910>

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Lê Thị Tú Nguyên

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Lưu Trần Tường Vân

Thu thập dữ liệu: Lưu Trần Tường Vân

Giám sát nghiên cứu: Lê Thị Tú Nguyên, Trần Trịnh Quốc Việt

Nhập dữ liệu: Lưu Trần Tường Vân

Quản lý dữ liệu: Lưu Trần Tường Vân

Phân tích dữ liệu: Lưu Trần Tường Vân

Viết bản thảo đầu tiên: Lưu Trần Tường Vân, Lê Thị Tú Nguyên, Trần Trịnh Quốc Việt.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Lê Thị Tú Nguyên, Trần Trịnh Quốc Việt

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 60/HĐĐĐ - ĐHYD ngày 2/1/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thế May. Đánh giá Kết quả Phẫu thuật Nuss có

- nội soi hỗ trợ điều trị bệnh Lõm ngực bẩm sinh tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2021.
2. Đào Duy Phương, Hồ Tất Bằng, Lâm Thảo Cường, Lê Thị Thiên Nga, Trần Thanh Vỹ. Đặc điểm lâm sàng Bệnh nhân Lõm ngực bẩm sinh. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2022;520(2):99-102.
 3. Trần Thanh Vỹ, Nguyễn Lâm Vương, Vũ Hữu Vĩnh, Lê Nữ Thị Hòa Hiệp. Đánh giá Kết quả dài hạn sau phẫu thuật sửa chữa dị tật Lõm ngực ở trẻ em Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam 2018;22:86-93.
 4. Goretsky MJ, Kelly REJ, Croitoru D, Nuss D. Chest wall anomalies: Pectus excavatum and pectus carinatum. *Adolescent Medicine Clinics*. 2004;15(3):455-471.
 5. Trần Thanh Vỹ, Lê Quang Đình, Lê Phi Long, Trần Minh Bào Luân, Lê Thị Ngọc Hằng, Đào Duy Phương và cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật 1067 trường hợp Lõm ngực tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2016(2):29-33.
 6. Ravitch MM. Repair of pectus excavatum in children under 3 years of age: A twelve-year experience. *The Annals of Thoracic Surgery*. 1977;23(4):301.
 7. Nguyễn Hữu Ước, Ngô Gia Khánh, Nguyễn Văn Trường, Đặng Ngọc Hùng. So sánh kết quả điều trị bệnh Lõm ngực bẩm sinh giữa Mở mở kinh điển và Phẫu thuật Nuss tại Bệnh viện Việt Đức. *Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*. 2012; 2:25-28.
 8. Nguyễn Văn Sáng, Đinh Hồng Kỳ, Thiều Tăng Thắng, Trần Hùng, Nguyễn Thị Xuyên, Nghiêm Đình Văn, et al. Kết quả chăm sóc giảm đau sau phẫu thuật nội soi đặt thanh nâng ngực tại bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;542(1):5-9.
 9. Sujka JA, Dekonenko C, Millsbaugh DL, Doyle NM, Walker BJ, Leys CM, et al. Epidural versus PCA Pain Management after Pectus Excavatum Repair: A Multi-Institutional Prospective Randomized Trial. *European Journal of Pediatric Surgery*. 2020;30(05):465-471.
 10. Võ Thị Nhật Khuê, Nguyễn Văn Chùng, Nguyễn Thị Ngọc Đào. Nghiên cứu Đặc điểm Lâm sàng và Gây mê hồi sức trong phẫu thuật điều chỉnh Lõm ngực bẩm sinh. *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2011;15(1): 345-353.
 11. Lâm Văn Nút. Nghiên cứu Ứng dụng Phẫu thuật Nuss trong điều trị Lõm ngực bẩm sinh. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP HCM; 2014. 175p.
 12. Shaalan AM, Kasb I, Elwakeel EE, Elkamali YA. Outcome of surgical repair of Pectus Excavatum in adults. *Journal of Cardiothoracic Surgery*. 2017;72:72.
 13. Koo JM, Park HJ, Rim GM, et al. Analysis of Factors Affecting Postoperative Opioid Requirement in Pediatric Patients Undergoing Pectus Excavatum Repair with Multimodal Analgesic Management. *Journal of Clinical Medicine*. 2023; 12:5240.
 14. Trần Thanh Vỹ. Xác định Độ tuổi phù hợp chỉ định phẫu thuật Nuss điều trị dị dạng Lõm ngực bẩm sinh. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2019.
 15. Bosch-Alcaraz A, Jordan I, Benito-Aracil L, Falcó-Pegueroles MA. Discomfort of the critically ill paediatric patient and correlated variables. *Australian Critical Care*. 2020;33:504-510.
 16. Loftus PD, Elder CT, Russell KW, Spanos SP, Barnhart DC, Scaife ER, et al. Paravertebral regional blocks decrease length of stay following surgery for pectus excavatum in children. *Journal of Pediatric Surgery*. 2016;51(1):149-153.
 17. Lê Việt Anh, Nguyễn Văn Nam, Vũ Anh Hải, Đặng Tuấn Nghĩa, Nguyễn Văn Hoàng. Đánh giá kết quả phẫu thuật Nuss điều trị Lõm ngực bẩm sinh. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*. 2022; 6p.
 18. Trần Minh Bào Luân, Võ Duy Trọng, Trần Thanh Vỹ. Kết quả phẫu thuật điều trị lõm ngực bằng thanh kép. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 545(2):49-54.
 19. Santana L, Driggers J, Carvalho NF. Pain management for the Nuss procedure: Comparison between erector spinae plane block, thoracic epidural, and control. *World Journal of Pediatric Surgery*. 2022; 5(4):1-6.
 20. Marco G, Elisa B, Antonio M, Messeri A. Pain and Anxiety Management in Minimally Invasive Repair of Pectus Excavatum. *The Korean Journal of Pain*. 2012;25(4):267-271.
 21. Shawwaf KA, Aly MR, Botros MM, et al. Revision after prior failed pectus excavatum repair: Higher risks and greater complications than primary surgery. *J Thorac Dis*. 2024;16(7):4359-4378.