

NHẬN XÉT KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHÚC MẠC DO THÙNG TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Nguyễn Quang Huy¹, Phan Lương Huy¹,
Lê Nguyễn Trường Giang¹, Trần Thị Mai Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng và nhận xét kết quả sớm điều trị phẫu thuật viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng tại Bệnh Viện Nhân Dân 115 từ năm 2020 – 2022. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Có 38 bệnh nhân, tỉ lệ nam/nữ là 2,13; 26 TH thủng TTĐT trái và 12 TH thủng TTĐT phải. Tuổi trung bình 58,27 tuổi. Đau bụng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất (100%). Vị trí đau bụng thường gặp nhất là đau ½ bụng dưới và dễ chẩn đoán lâm với các nguyên nhân đau bụng khác. Kết quả CT Scan chẩn đoán xác định thủng TTĐT là 76,7% và dạng tổn thương hay gặp nhất trên CT bụng là hình ảnh thâm nhiễm mỡ xung quanh ĐT (93%) và dày thành ĐT (80%). Phân độ Hinchey III (VPM phân) chiếm 63,2%. Đa số BN được cắt đoạn đại tràng và làm HMNT (42,6%), số ít được nối ruột tận – tận trong cùng một lần mổ (23,7%). Cắt và khâu vùi túi thừa và đưa chỗ thủng làm HMNT chiếm lần lượt là 10,5% và 7,9%. Tỉ lệ mổ nội soi: 21,3%, mổ mở chiếm 74,5%, và tỷ lệ chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở là 4,3%. Số ngày điều trị trung bình sau mổ là $10,8 \pm 5,9$ ngày. Biến chứng sớm sau mổ có 9 BN (23,7%), trong đó 8 BN bị nhiễm trùng vết mổ và 1 BN bung thành bụng (2,6%) phải mổ lại khâu tăng cường thành bụng. Không có trường hợp nào tử vong. **Kết luận:** Chụp CT ổ bụng là phương pháp CDHA có độ nhạy cao (76,7%), giúp hỗ trợ chẩn đoán xác định trước mổ và quyết định phương pháp điều trị sớm cho BN. Điều trị phẫu thuật thủng TTĐT rất đa dạng tùy theo vị trí túi thừa và mức độ tổn thương. **Từ khóa:** Viêm phúc mạc, thủng túi thừa đại tràng, điều trị phẫu thuật.

SUMMARY

ASSESSING THE EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PERITONITIS DUE TO PERFORATION OF THE COLONIC DIVERTICULUM AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objective: Describe the clinical and subclinical characteristics of peritonitis due to perforation of the colonic diverticulum and assess the early results of surgical treatment of peritonitis due to perforation of the colonic diverticulum at People's Hospital 115 from 2020 - 2022. **Method:** A retrospective descriptive study of a series of cases. **Results:** There were 38 male-to-female patients; the rate was 2.13; 26 cases

of left colon diverticulitis perforation and 12 cases of right colon diverticulitis perforation. The mean age was 58.27 years old. Abdominal pain was the most common clinical symptom (100%). The most common location of abdominal pain was the lower half of the abdomen and was easily misdiagnosed with other causes of abdominal pain. Computer tomography images detected the diagnosis of perforated diverticulitis was 76.7%, and the most common lesion on abdominal CT image is the image of fat infiltration around the colon (93%) and thickening of the colon wall (80%). Hinchey III degree (fecal peritonitis) accounted for 63.2%. Most patients had a segment of the colon removed and had a colostomy (42.6%), and a few had end-to-end bowel anastomosis in the same operation (23.7%). Cutting and suturing the diverticulum and making an artificial anus at the perforation site accounted for 10.5% and 7.9%, respectively. The rate of laparoscopic surgery was 21.3%, open surgery accounted for 74.5%, and the conversion rate from laparoscopic to open surgery was 4.3%. The mean treatment time after surgery was 10.8 ± 5.9 days. Early postoperative complications occurred in 9 patients (23.7%), of which eight patients had surgical wound infections, and one patient had abdominal wall dehiscence (2.6%) and had to undergo reoperation for abdominal wall reinforcement. There were no deaths. **Conclusion:** Abdominal CT scan is a high-sensitivity imaging diagnostic method (76.7%), helping to support preoperative diagnosis and early treatment decisions for patients. The surgical treatment of colonic diverticulum perforation is very diverse depending on the location of the diverticulum and the degree of injury. **Keywords:** Peritonitis, perforation of the colonic diverticulum, surgical treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa đại tràng (TTĐT) là một bất thường hay gặp trong nhóm bệnh lý về đại tràng, được mô tả lần đầu vào những năm 1700 bởi một bác sĩ phẫu thuật người Pháp là Alexis Littre. Nguyên nhân là do bất thường trong cấu trúc thành ĐT, thường gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi, 50%-60% BN > 80 tuổi.

Yếu tố nguy cơ của TTĐT bao gồm: lớn tuổi, sử dụng thuốc kháng viêm, nonsteroid, béo phì, lối sống ít vận động

TTĐT thường không có triệu chứng lâm sàng, khoảng 15%-30% BN có TTĐT có biến chứng như: viêm túi thừa, thủng túi thừa gây viêm phúc mạc, áp xe, xuất huyết tiêu hoá, dò, tắc ruột

Thủng TTĐT là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, chiếm khoảng 15% trong số các

¹Bệnh viện 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 25.6.2024

biến chứng của TTĐT nhưng là biến chứng nặng nề nhất, đa phần phải can thiệp ngoại khoa với tỉ lệ tử vong cao 12-20% và thời gian nằm viện kéo dài.

Đến nay, có rất nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị thủng TTĐT: khâu lỗ thủng, cắt đoạn ĐT chứa lỗ thủng nối ngay, phẫu thuật Hartmann, phẫu thuật nội soi rửa bụng dẫn lưu lỗ thủng... Tuy nhiên lựa chọn phương pháp phẫu thuật điều trị biến chứng thủng TTĐT vẫn còn đang tranh luận, chưa có một tiêu chuẩn vàng nào được đưa ra.

Tại Việt Nam, bệnh lý TTĐT nói chung và biến chứng thủng TTĐT nói riêng ngày càng tăng. Trong khi đó chẩn đoán và điều trị biến chứng thủng TTĐT còn gặp nhiều khó khăn, chỉ định phẫu thuật và các phương pháp phẫu thuật còn chưa được thống nhất. Song song đó, ở nước ta hiện có rất ít các công trình nghiên cứu về bệnh lý TTĐT cũng như biến chứng thủng TTĐT. Do đó để giúp cho các nhà ngoại khoa lâm sàng có cái nhìn tổng quát hơn về biến chứng thủng TTĐT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng tại Bệnh Viện Nhân Dân 115.*

- *Nhận xét kết quả sớm điều trị phẫu thuật viêm phúc mạc do thủng túi thừa đại tràng tại Bệnh Viện Nhân Dân 115.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca

2.2. Chọn mẫu: Các bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là thủng TTĐT tại khoa Ngoại tổng quát – Bệnh viện Nhân dân 115 trong thời gian: từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022. Tổng cộng có 38 trường hợp.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN được chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng TTĐT có cả 2 tiêu chuẩn:

- Có điều trị phẫu thuật.
- Có kết quả giải phẫu bệnh là hoại tử, áp xe do thủng TTĐT.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không có đầy đủ thông tin

2.3. Phương pháp tiến hành

- Lập danh sách các BN được phẫu thuật và chẩn đoán sau mổ là thủng TTĐT tại Bệnh viện Nhân dân 115 trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2022.

- Sàng lọc và chọn các hồ sơ thoả tiêu chí: có kết quả giải phẫu bệnh là áp xe, hoại tử thủng TTĐT.

- Thu thập dữ liệu nghiên cứu bằng mẫu bệnh án định sẵn.

2.4. Vấn đề y đức. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhân dân 115, TP Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình là 58,27 tuổi (23-89), độ lệch chuẩn là 17,4 tuổi. Bệnh tập trung ở nhóm tuổi trên 61 tuổi (46,8%).

- Bệnh lý thủng túi thừa ĐT gặp ở BN nam cao hơn ở BN nữ với tỉ lệ nam/nữ là 2,13.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Vị trí đau	Thủng TTĐT phải (n=12)	Thủng TTĐT trái (n=26)	Chung (n=38)
1/4 trên phải	2 (16,67%)	1 (3,8%)	3 (7,84%)
1/4 trên trái	0 (0%)	2 (7,6%)	2 (5,26%)
1/4 dưới phải	9 (75%)	6 (21,8%)	15 (39,5%)
1/4 dưới trái	0 (0%)	9 (34,6%)	9 (23,7%)
Khắp bụng	1 (8,33%)	8 (30,7%)	9 (23,7%)

Đau bụng 1/2 bụng dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (63,2%), trong đó 1/4 bụng dưới phải là vị trí hay gặp nhất, chiếm 39,5%.

Rối loạn tiêu hóa	Số BN	Tỉ lệ %
Tiêu chảy	4	10,5
Táo bón	0	0
Nôn ói	4	10,5
Bình thường	30	79
Tổng số	38	100

Trong số BN nghiên cứu, có 4 BN (10,5%) có triệu chứng tiêu chảy, 4 BN bị nôn ói, không có BN nào bị táo bón, 30 BN (79%) không có rối loạn tiêu hóa.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bạch cầu (BC/mm ³)	Số BN	Tỉ lệ %
Bình thường (4.000-10.000BC/mm ³)	6	15,8
Tăng (>10.000 BC/mm ³)	31	81,5
Giảm (<4.000 BC/mm ³)	1	2,7
Tổng số	38	100

Có 31/47 BN có BC tăng trên 10.000 BC/mm³, chiếm 81,5%. Số lượng BC trung bình là 12.300 ± 3.600 BC/mm³ (min 3.400BC – max 33.000 BC/mm³).

3.4. Đặc điểm hình ảnh học

Các hình ảnh của thủng TTĐT trên siêu âm

Thủng TTĐT phải (n=13)	Thủng TTĐT trái (n=21)	Chung (n=34)
Dày thành ĐT	5 (38,4%)	9 (42,8%)
		14 (41,2%)

Phản ứng viêm mô mỡ	10 (76,9%)	13 (61,9%)	23 (67,6%)
Áp xe	9 (69,2%)	4 (19%)	13 (38,2%)
Viêm phúc mạc	0 (0%)	1 (4,7%)	4 (11,7%)

Để chẩn đoán thủng TTĐT, siêu âm dựa trên các hình ảnh: dày thành ĐT (thành dày $\geq 5\text{mm}$), phản ứng viêm của mô mỡ xung quanh, áp xe, VPM và phát hiện thấy túi thừa.

Hình ảnh thường gặp nhất trên siêu âm là phản ứng viêm của mô mỡ, chiếm 67,6%. Kế đến hình ảnh dày thành ĐT chiếm tỉ lệ 41,2%.

Hình ảnh trên CT

	Thủng TTĐT phải (n=9)	Thủng TTĐT trái (n=21)	Chung (n=30)
Dày thành ĐT	8 (88,9%)	16 (76,2%)	24 (80%)
Phản ứng viêm mô mỡ	9 (100%)	19 (90,5%)	28 (93%)
Áp xe	5 (55,6%)	6 (28,6%)	11 (36,7%)
Viêm phúc mạc	4 (44,4%)	12 (57,1%)	16 (53,3%)
Khí tự do	6 (66,7%)	17 (80,9%)	23 (76,7%)

Dạng tổn thương hay gặp nhất trên CT bụng đối với BN thủng TTĐT là hình ảnh thâm nhiễm mô xung quanh ĐT (93%) và dày thành ĐT (80%). Trong 30 TH có khảo sát CT, CT chẩn đoán đúng 23 TH có thủng TTĐT. Vậy độ nhạy của CT là 76,7%, tỉ lệ âm giả là 23,3%. Các TH chẩn đoán sai là:

- Áp xe ruột thừa: 2 TH (6,67%)
- Có bất thường nhưng không xác định được tổn thương: 3 TH (10%)
- U ĐT: 1 TH (3,33%).

3.5. Phương tiện và phương pháp mổ.

PTNS ngày càng được áp dụng rộng rãi. Tỉ lệ mổ nội soi ở mẫu nghiên cứu là 21,3%. Mổ mở chiếm 74,5%. Có 2 TH phải chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở, tỉ lệ là 4,3%.

Đối với 26 TH thủng TTĐT trái, có 23 TH (88,5%) mổ mở ngay từ đầu, 1 TH (3,8%) mổ nội soi và 2 TH (7,7%) nội soi thất bại chuyển mổ mở. Trong 12 TH thủng TTĐT phải, thực hiện phẫu thuật nội soi 7 TH (58,3%), mổ mở 5 TH (%).

Phân độ Hinchey cải biên trong mổ

Phân độ Hinchey cải biên	Thủng TTĐT phải (n = 12)	Thủng TTĐT trái (n = 26)	Chung (n = 38)
Hinchey II	6 (50%)	5 (19,2%)	11 (28,9%)
Hinchey III	6 (50%)	18 (69,2%)	24 (63,2%)
Hinchey IV	0	3 (11,6%)	3 (7,9%)

Hinchey III (viêm phúc mạc mủ) chiếm tỉ lệ cao nhất (63,2%), Hinchey IV (viêm phúc mạc phân) chiếm 7,9%, không có TH nào phân độ

Hinchey I.

3.6. Phương pháp phẫu thuật & Thời gian phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật
Cắt khâu vùi túi thừa	109 $\pm$ 37 phút (75-150 phút)
Đưa chỗ thủng làm HMNT	140 $\pm$ 34 phút (120-180 phút)
Cắt ĐT nối ngay Hartmann	176 $\pm$ 91 phút (90-420 phút)
Cắt ĐT đưa 2 đầu làm HMNT	127 $\pm$ 25 phút (60-180 phút)
	149 $\pm$ 48 phút (70-210 phút)

Thời gian mổ trung bình là 142 $\pm$ 57 phút (60 - 420 phút). Thời gian trung bình của mổ nội soi là 174 phút (75 - 420 phút) và của mổ mở là 135 phút (60- 210). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm t test, p=0,265).

Thời gian mổ trung bình của thủng TTĐT phải là 164 phút (75 - 420 phút) và thủng TTĐT trái là 132 (60 - 260 phút).

Phương pháp mổ	Tần số	Tỉ lệ
Cắt + khâu vùi túi thừa	4	(10,5%)
Cắt ĐT nối ngay	9	(23,7%)
Cắt ĐT đưa 2 đầu làm HMNT	6	(15,8%)
Phẫu thuật Hartmann	16	(42,6%)
Đưa chỗ thủng ra làm HMNT	3	(7,9%)

Phân tích từng phương pháp mổ có những điểm đáng chú ý sau:

- Cắt khâu vùi túi thừa: có 3 TH ở ĐT phải, 1 TH ở ĐT trái. Trong đó PTNS chiếm 3 TH.
- Đưa chỗ thủng làm HMNT: phương pháp này ít được sử dụng (3 TH) và chủ yếu vẫn là mổ mở.
- Cắt ĐT nối ngay: phương pháp này đa số thực hiện ở ĐT phải và ở những TH đa túi thừa. Phương tiện chủ yếu là PTNS.
- Cắt ĐT đưa 2 đầu làm HMNT: Tất cả các TH đều được mổ mở và chủ yếu ở ĐT trái.
- Phẫu thuật Hartmann: phương pháp được thực hiện nhiều nhất (16 TH), chỉ áp dụng ở thủng TTĐT trái, tất cả các TH đều là đa túi thừa.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều nhập viện vì triệu chứng đau bụng. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Phan Tiến Mạnh (100%)[1], Phạm Ngọc Hoan (96,7%)[2], Nguyễn Thanh Phong là 84,6%[3]. Thời gian đau bụng trung bình của chúng tôi cũng tương đương của tác giả Phạm Ngọc Hoan (3,2)[2] và Phan Tiến Mạnh (2,46)[1], Sung Bak An (3,1) [4].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Theo nghiên cứu của Phạm Ngọc Hoan thì có 100% số BN có tăng bạch cầu máu (>10.000BC/uL)[2], của

Phan Tiến Mạnh là 78,3%[1], của Paik là 70,2%[4], của Sung Bak An là 69% và của chúng tôi 81,5%. Số lượng BC trung bình là 12.300 ± 3.600 BC/mm³ tương đương với số liệu của Sung Bak An và Angenete[4],[5].

4.3. Đặc điểm hình ảnh học. Độ nhạy siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Phan Tiến Mạnh (30,4%)[1], nhưng thấp hơn nhiều so với các tác giả khác ở châu Á và phương Tây: Sessa (77%)[6], Abboud (90%)[7].

CT có độ nhạy 69-97% và độ đặc hiệu từ 77-100% trong chẩn đoán thủng TTĐT trong các nghiên cứu khác. Chúng tôi ghi nhận vai trò rất lớn của CT trong chẩn đoán trước mổ, có 30/38 BN được thực hiện chụp CT bụng có cản quang và 23/30 TH (77,5%) được xác định có thủng TTĐT.

4.4. Kết quả sớm phẫu thuật. Số ngày nằm viện trung bình trong nghiên cứu là $10,8 \pm 5,9$ ngày (6 - 30 ngày). Ít hơn tác giả Sung Bak An (18 ngày), Vermeulen J.(22 ngày) [4],[8].

Thời gian trung tiện lại sau mổ là $2,7 \pm 1$ ngày (1 - 5 ngày).

Thời gian cho ăn lại sau mổ là $3,1 \pm 1,1$ ngày (2 - 7 ngày).

Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu là 23,7%, trong đó có 8 TH nhiễm trùng vết mổ (21%) và 1 TH bung thành bụng (2,6%). Các TH nhiễm trùng vết mổ được điều trị kháng sinh và thay băng cắt chỉ vết mổ, TH bung thành bụng được mổ lại khâu tăng cường bằng chỉ thép. TH bung thành bụng xảy ra trên cơ địa bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh nền, trong đó có COPD. Không có TH nào tử vong. Tỷ lệ biến chứng của tác giả Sung Bak An và Vermeulen J. với số liệu lần lượt là 43,4%, 27% [4] [8]. Tỷ lệ tử vong của 2 tác giả theo thứ tự trên là 8,4% và 27%.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Thủng TTĐT là một biến chứng nặng của bệnh TTĐT, thường gặp chủ yếu ở đại tràng trái (68,4%). Tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ (nam/nữ = 2,13). Bệnh thường gặp ở những người lớn tuổi, độ tuổi > 61 tuổi chiếm tỉ lệ cao với 46,8%.

- Đau bụng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất (100%). Vị trí đau bụng thường gặp nhất là đau ½ bụng dưới và dễ chẩn đoán lâm với các nguyên nhân đau bụng khác

- Chụp CT ổ bụng là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có độ nhạy cao, với độ nhạy là 76,7%. CT giúp hỗ trợ chẩn đoán xác định trước mổ và

quyết định phương pháp điều trị sớm cho BN. Siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được áp dụng phổ biến nhưng ít có giá trị chẩn đoán bệnh lý thủng TTĐT.

5.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

- Điều trị phẫu thuật thủng TTĐT rất đa dạng tùy theo vị trí túi thừa và mức độ tổn thương. Phần lớn BN trong mổ với phân độ Hinchey III (VPM phân) chiếm 63,2%.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 142 ± 57 phút, nhanh nhất là 60 phút và chậm nhất là 420 phút.

- Mổ nội soi có 8 TH (21,1%), phần lớn là mổ mở và nội soi chuyển mổ mở (78,8%).

- Đa số BN được cắt đoạn đại tràng và làm HMNT (42,6%), số ít được nối ruột tận – tận trong cùng một lần mổ (23,7%). Còn lại là cắt và khâu túi thừa và đưa chỗ thủng làm HMNT chiếm lần lượt là 10,5% và 7,9%.

- Số ngày điều trị trung bình sau mổ là $10,8 \pm 5,9$ ngày, ít nhất là 6 ngày. Biến chứng sớm sau mổ có 9 BN (23,7%), trong đó 8 BN bị nhiễm trùng vết mổ và 1 BN bung thành bụng (2,6%) phải mổ lại khâu tăng cường thành bụng. Không có trường hợp nào tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Tiến Mạnh**, (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng có biến chứng tại bệnh viện đại học y Hà Nội, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Phạm Ngọc Hoan, Nguyễn Mạnh Dũng, Đỗ Bá Hùng, Dương Văn Hải**, (2018), Tạp chí Y Học TP HCM, 22 (2), tr. 513-520.
3. **Nguyễn Thanh Phong, Đỗ Bá Hùng**, (2016), "Kết quả phẫu thuật điều trị thủng túi thừa đại tràng", Tạp chí Y Học TP HCM, 20, tr. 283- 289.
4. **Paik P S, Yun J A**, (2017), "Clinical Features and Factors Associated With Surgical Treatment in Patients With Complicated Colonic Diverticulitis", Ann Coloproctol, 33 (5), pp. 178-183.
5. **Angenete E, Thornell A, Burcharth J, Pommergaard H C, et al**, (2016), "Laparoscopic Lavage Is Feasible and Safe for the Treatment of Perforated Diverticulitis With Purulent Peritonitis: The First Results From the Randomized Controlled Trial DILALA", Ann Surg, 263 (1), pp. 117-122.
6. **Sessa B, Galluzzo M, Ianniello S, Pinto A, et al**, (2016), "Acute Perforated Diverticulitis: Assessment With Multidetector Computed Tomography", Semin Ultrasound CT MR, 37 (1), pp. 37-48.
7. **Abboud M. E., Frasure S. E., Stone M. B.** (2016), "Ultrasound diagnosis of diverticulitis". World J Emerg Med, 7 (1), pp. 74-6.
8. **Vermeulen J, Lange J F**, (2010), "Treatment of Perforated Diverticulitis with Generalized Peritonitis: Past, Present, and Future", World J Surg, 34 (3), pp. 587-593.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SAU PHẪU THUẬT SỬ DỤNG THẦN KINH CƠ CẦN TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT MẶT: 85 CA LÂM SÀNG

Bùi Mai Anh¹, Trần Xuân Thạch¹, Vũ Trung Trực¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Từ những năm 70 ghép thần kinh xuyên mặt đã được Smith, Anderl, Scaramelia và Tobias sử dụng để phục hồi dẫn truyền thần kinh từ nửa mặt bên lành sang bên liệt, phục hồi vận động các cơ mặt. Nhưng do đoạn ghép dài, nên đòi hỏi thời gian phục hồi dẫn truyền lâu, ngoài ra trên đường đi của đoạn ghép có 2 điểm nối cản trở hồi sinh sợi trục, do vậy kết quả phục hồi chức năng các cơ mặt bị hạn chế. Một loạt các tác giả như Sunder, Spira, Conley và Backer đã sử dụng thần kinh cơ cần (TKCC) như nguồn vận động thay thế thần kinh mặt bị liệt với kết quả rất khả quan và ít di chứng nơi cho. Tuy nhiên, đây là phương pháp chuyển (hay mượn) thần kinh nên để có được kết quả tốt nhất việc tập phục hồi chức năng chiếm vai trò khá quan trọng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang trên 85 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị liệt mặt bằng sử dụng nguồn TKCC từ 2015-2023. Bệnh nhân được chia thành 02 lô: Tổn thương thần kinh VII dưới 24 tháng và Tổn thương thần kinh VII trên 24 tháng. Bệnh nhân được hướng dẫn tập phục hồi chức năng với các bài tập theo từng giai đoạn. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng vận động ở giai đoạn sớm từ 3-6 tháng sau phẫu thuật và kết quả xa tính từ sau 6 tháng đến thời gian kết thúc nghiên cứu dựa trên các thang điểm FNGS 2.0 và Chuang's smile excursion score. **Kết quả:** Từ 2015-2023 có 85 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị liệt mặt bằng sử dụng nguồn TKCC. 45 bệnh nhân tổn thương thần kinh VII dưới 24 tháng, 40 bệnh nhân tổn thương thần kinh VII mạn tính. Đánh giá mức độ tập phục hồi chức năng trước gương theo hướng dẫn: < 3 lần/ngày: 57,6%; > 3 lần/ngày: 42,4 %. Kết quả phục hồi chức năng: Kết quả gần: thời gian xuất hiện cơ cơ đầu tiên trung bình là 3,8 tháng; Kết quả xa theo thang điểm FNGS 2.0: bệnh nhân đạt độ II chiếm 74,1%, độ III chiếm 20% và độ IV 5,9%; biên độ vận động miệng bên liệt trung bình: 8,5 mm, cười tự phát không cần hít hàm đạt 41,2%. **Kết luận:** Từ kết quả này cho thấy tính ưu việt của phương pháp trong tái dẫn truyền thần kinh nhằm phục hồi vận động cơ mặt, việc tập phục hồi chức năng khá đơn giản và mang lại thời gian phục hồi sớm với di chứng nơi cho thần kinh là tối thiểu nhất so với các phương pháp chuyển thần kinh khác. **Từ khóa:** liệt mặt, thần kinh cơ cần, phục hồi chức năng, vỏ não

SUMMARY

EVALUATION CORTICAL ADAPTION

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mai Anh

Email: drbuiamaianh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 27.6.2024

SYSTEM AFTER USING THE MASSETERIC NERVE IN FACIAL REANIMATION: 85 CASES

Background: From the 70s, the cross facial nerve graft were used by Smith, Anderl, Scaramelia and Tobias to restore facial nerve function from the healthy side. But due to the long section, it is required to have a long transmission time, in addition, on the path of the graft section, there are 2 connecting points that prevent axonal regeneration, so the result of functional rehabilitation of the facial muscles is limited. A series of writers such as Sunder, Spira, Conley and Backer used masseteric nerve as a source for facial palsy with very positive results and little sequelae. However, this is nerve transfer (or borrow) method so to get the best results rehabilitation plays an important role. **Subjects and research methods:** The clinical cross study with 85 patients treated facial paralysis by using masseteric nerve from 2015-2023. The patient was divided into 02 groups: Time onset of facial nerve injury less than 24 months and another group's patients with time onset nerve injury over 24 months. Evaluate the results of cortical adaption of restoration function facial movement at short term result (3-6 months after surgery) and the long term results (from 6 months to the end of the study period). **Results:** From 2015-2023, 85 patients were treated with paralysis using masseteric nerve source. 45 patients with nerve injury less than 24 months, 40 patients with chronic facial paralysis. Rehabilitation results: Short term results: the time onset of muscle contraction averaged 3,8 months; The long term results are far from the FNGS 2.0 scale: patients reach level II accounting for 74,1%, level III accounts for 20% and level IV 5,9%; average oral excursion movement of the paralysis side: 8.5 mm, spontaneous smile without jaw reaching 41,2%. Rehabilitation function before mirrors according to instructions: at least 3 times / day: 57,6%; more than 3 times / day: 42,6%. **Conclusion:** From this result shows the effective of the method in restoration facial muscle movement, rehabilitation is quite simple and brings early recovery time, sequelae is minimal when its compared to other nerve transfer methods.

Keywords: masseteric nerve, facial palsy, cortical adaption system

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây số VII gây ra một số ảnh hưởng về chức năng như chức năng bảo vệ mắt do nhắm mắt không kín, giảm tiết tuyến nước mắt, chức năng ăn và nhai, biến dạng khuôn mặt và giảm sự tự tin trong giao tiếp của bệnh nhân. Từ những năm 70 ghép thần kinh xuyên mặt đã được Smith (1971), Anderl (1973), Scaramelia và Tobias (1973) [1] sử dụng để phục hồi dẫn truyền thần kinh từ nửa mặt bên lành sang bên liệt, phục hồi vận động các cơ mặt