

- directed thrombolysis, mechanical thrombectomy, and surgery for the treatment of acute iliofemoral deep venous thrombosis. Handbook of venous and lymphatic disorders: guidelines of the American Venous Forum. CRC Press, New York.
2. **Andrea T Obi**, Thomas W Wakefield Medical treatment of acute deep venous thrombosis and pulmonary embolism. Handbook of Venous and Lymphatic Disorders: Guidelines of the American Venous Forum. CRC Press.
 3. **C. Broderick, L. Watson, M. P. Armon**. Thrombolytic strategies versus standard anticoagulation for acute deep vein thrombosis of the lower limb. Cochrane Database Syst Rev, 2021; 1(1): CD002783. 10.1002/14651858.CD002783.pub5
 4. **H. Nakamura, H. Anzai, M. Kadotani**. Less frequent post-thrombotic syndrome after successful catheter-directed thrombolysis for acute iliofemoral deep vein thrombosis. Cardiovasc Interv Ther, 2021; 36(2): 237-245. 10.1007/s12928-020-00661-7
 5. **SR Kahn, C Kearon, JA Julian, B Mackinnon, MJ Kovacs, P Wells, et al**. Predictors of the post-thrombotic syndrome during long-term treatment of proximal deep vein thrombosis. Journal of Thrombosis and Haemostasis, 2005; 3(4): 718-723.
 6. **C. D. Protack, A. M. Bakken, N. Patel, W. E. Saad, D. L. Waldman, M. G. Davies**. Long-term outcomes of catheter directed thrombolysis for lower extremity deep venous thrombosis without prophylactic inferior vena cava filter placement. J Vasc Surg, 2007; 45(5): 992-7; discussion 997. 10.1016/j.jvs.2007.01.012
 7. **Peter Gloviczki AA or AA, ed**. Book Handbook of venous and lymphatic disorders: guidelines of the American Venous Forum. number (only include if beyond first). CRC Press name; year of publication.
 8. **F. Aziz, A. J. Comerota**. Quantity of residual thrombus after successful catheterdirected thrombolysis for iliofemoral deep venous thrombosis correlates with recurrence. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2012; 44(2): 210-3. 10.1016/j.jvs.2012.04.016
 9. **D. Fleck, H. Albadawi, F. Shamoun, G. Knuttinen, S. Naidu, R. Oklu**. Catheterdirected thrombolysis of deep vein thrombosis: literature review and practice considerations. Cardiovasc Diagn Ther, 2017; 7(Suppl 3): S228-S237. 10.21037/cdt.2017.09.15
 10. **M. K. W. Lichtenberg, S. Stahlhoff, K. Mlynczak, D. Golicki, P. Gagne, M. K. Razavi, et al**. Endovascular mechanical thrombectomy versus thrombolysis in patients with iliofemoral deep vein thrombosis - a systematic review and metaanalysis. Vasa, 2021; 50(1): 59-67. 10.1024/0301-1526/a000875

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI NỔI MẬT RUỘT VÀ VỊ TRÀNG Ở BỆNH NHÂN U ĐẦU TUY GIẢI ĐOẠN TIẾN TRIỂN

Nguyễn Quốc Vinh^{1,2}, Nguyễn Hải Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt khối tá tụy là phương pháp điều trị mang ý nghĩa triệt căn đối với ung thư đầu tụy. Tuy nhiên, có đến 80% trường hợp u đầu tụy được chẩn đoán ở giai đoạn tiến xa không còn khả năng thực hiện được phẫu thuật này. Phẫu thuật nội mật ruột và vị tràng là lựa chọn điều trị giảm nhẹ hiệu quả dành cho các bệnh nhân u đầu tụy giai đoạn tiến triển mà có tắc mật hoặc tắc tá tràng. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng thay cho phẫu thuật mở kinh điển nhằm mong muốn mang lại những lợi điểm của phẫu thuật ít xâm lấn cho người bệnh. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả cắt ngang. Tiêu chuẩn chọn bệnh là những bệnh nhân được chẩn đoán u đầu tụy giai đoạn tiến triển được thực hiện phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2021 đến 02/2023. Loại trừ những trường hợp hồ sơ bệnh án không đủ dữ liệu nghiên cứu. **Kết quả:**

Chúng tôi hồi cứu được 30 trường hợp thoả tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 8,5$, tỉ lệ nam/nữ = 1/2. Biểu hiện lâm sàng gồm đau bụng (97%), vàng da (87%) và nôn ói (27%). Kích thước u = $4,3 \pm 1,3$ cm. Có 86,7% có xâm lấn bó mạch mạc treo tràng trên và 26,7% tắc tá tràng. Kết quả thành công về mặt kĩ thuật là 100%, không có tai biến trong mổ. Thời gian mổ trung bình $171 \pm 25,3$ phút, máu mất $43,7 \pm 18,1$ ml. Sau phẫu thuật, nồng độ bilirubin và men gan giảm có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật. Tỉ lệ nôn sau mổ là 3,3% đáp ứng với điều trị nội khoa. Không có biến chứng hoặc tử vong sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 6,95 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng điều trị bệnh lý u đầu tụy giai đoạn trễ là một kĩ thuật khả thi và an toàn. Tuy nhiên, phẫu thuật này cần phẫu thuật viên có kỹ năng và thời gian phẫu thuật còn tương đối dài. **Từ khóa:** u đầu tụy tiến triển, phẫu thuật nội soi nối mật ruột, phẫu thuật nội soi nối vị tràng, phẫu thuật điều trị giảm nhẹ

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTOJEJUNOSTOMY AND GASTROJEJUNOSTOMY IN ADVANCED-STAGES OF PANCREATIC HEAD TUMORS

Background: Pancreaticoduodenectomy offers the possibility of radical resection for pancreatic head

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh cơ sở 2

²Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Vinh

Email: nquvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024

cancer. However, up to 80% of cases of pancreatic head cancer are diagnosed at an advanced stage and are unsuitable for this surgery. Cholecystojejunostomy and gastrojejunostomy is an effective palliative treatment option for patients with advanced-stage disease who have biliary or duodenal obstruction. We performed laparoscopic cholecystojejunostomy and gastrojejunostomy instead of conventional open surgery in order to provide the benefits of minimal invasive surgery for patients. **Methods:** Retrospective cross-sectional description. Inclusion criteria: patients diagnosed with advanced-stage pancreatic head tumors underwent laparoscopic cholecystojejunostomy and gastrojejunostomy at the Hepatobiliary and Pancreatic Department of Cho Ray hospital from 10/2021 to 02/2023. Exclusion criteria: Cases with missing research data in medical records. **Results:** We recruited 30 cases that met the study criteria. The average age was 63.9 ± 8.5 years, with a male-to-female ratio of 1:2. Clinical manifestations included abdominal pain (97%), jaundice (87%), and vomiting (27%). The tumor size was 4.3 ± 1.3 cm. 86.7% showed invasion into the SMV, and 26.7% had duodenal obstruction. The technical success rate was 100%, with no intraoperative complications. The average operative time was 171 ± 25.3 minutes, with a blood loss of 43.7 ± 18.1 ml. Postoperatively, the level of bilirubins and transaminases decreased significantly compared to preoperative levels. The postoperative vomiting rate was 3.3% which responded to medical treatment. There was no surgical complications or deaths after surgery. The average hospital stay was 6.95 days. **Conclusion:** Laparoscopic cholecystojejunostomy and gastrojejunostomy for the treatment of advanced-stage pancreatic head cancer is a feasible and safe technique. However, this surgery requires skillful surgeons and the operative time is relatively long.

Keywords: Advanced head pancreatic cancer, Laparoscopic cholecystojejunostomy, Laparoscopic gastrojejunostomy, Palliative surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bệnh lý u tuyến tụy, vị trí khối u ở đầu tụy thường gặp hơn so với ở thân và đuôi tụy. Với các khối u đầu tụy ác tính, tỉ lệ sống 5 năm khoảng 6,7%¹. Tại Việt Nam, các khối u đầu tụy ác tính đứng hàng thứ 9 trong các loại ung thư thường gặp². Phần lớn các bệnh nhân u đầu tụy tiến triển xâm lấn tại chỗ hay di căn xa nhưng chưa có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng. Cho đến nay, phẫu thuật cắt khối tá tụy là điều trị mang ý nghĩa triệt căn duy nhất nhưng chỉ có khoảng 20% bệnh nhân là còn có thể thực hiện được phẫu thuật này³. Những trường hợp không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn mà có biến chứng tắc mật và/hoặc tắc tá tràng thì điều trị giảm nhẹ là lựa chọn thay thế. Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) đặt stent hoặc dẫn lưu đường mật xuyên gan ra da (PTBD) nhằm giải quyết tình trạng vàng da tắc mật là những lựa

chọn thường được sử dụng vì ít xâm lấn. Tuy nhiên, các kỹ thuật này cũng có những bất lợi của nó như tắc stent, tụt ống dẫn lưu, viêm đường mật, khối u tiến triển gây tắc tá tràng. Phẫu thuật nối tắt mật-ruột và vị-tràng là một lựa chọn thay thế với ưu điểm ít gây tắc mật tái phát đồng thời can thiệp điều trị hoặc dự phòng tắc tá tràng trong quá trình diễn tiến của bệnh. Phẫu thuật nối mật-ruột và vị-tràng hầu hết được thực hiện mổ mở, với tỉ lệ biến chứng và tử vong lần lượt là 29,6% và 0,98% theo tác giả Singh⁴ hay 30,4% và 0,6% theo tác giả Nguyễn Anh Bình². Hiện nay, với sự phát triển và ngày càng phổ biến của phẫu thuật nội soi (PTNS) vì lợi ích của nó mang lại là không còn bàn cãi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu lại kết quả sớm của PTNS nối mật-ruột và vị-tràng trong điều trị bệnh u đầu tụy giai đoạn tiến triển để đánh giá có phải kỹ thuật này là khả thi, an toàn và mang lại lợi ích của một phẫu thuật ít xâm lấn hay không?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân u đầu tụy được điều trị bằng phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2021 đến tháng 2/2023.

Phương pháp nghiên cứu. Hồi cứu mô tả loạt ca

Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả các bệnh nhân u đầu tụy giai đoạn trễ không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Những trường hợp hồ sơ bệnh án không ghi chép đủ dữ liệu nghiên cứu.

Các biến số chính của nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: đau bụng, vàng da, nôn ói.

Hình ảnh học: kích thước u, xâm lấn, di căn xa.

Đặc điểm cuộc phẫu thuật: kiểu nối tắt, thời gian mổ, máu mất, tai biến trong mổ.

Kết quả sớm sau mổ: thời điểm có trung tiện, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện.

Xử lý số liệu: số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 30 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 8,5$; tỉ lệ nam/nữ = 1/2. Biểu hiện lâm sàng khi nhập viện gồm: 96,7% đau bụng thượng vị hoặc hạ sườn phải, 86,7% vàng da và 33,3% nôn ói. Có 50% trường hợp có bệnh mạn tính kèm theo như ĐTĐ, THA. Chúng tôi có 6 trường hợp

(20%) được thực hiện dẫn lưu đường mật trước mổ gồm 3 trường hợp ERCP và 3 trường hợp PTBD do tắc mật và viêm đường mật, chỉ định phẫu thuật nối mật ruột-vị tràng do tắc tá tràng.

Đặc điểm hình ảnh học trên CT bụng được trình bày trong bảng 1. Đường kính khối u đầu tụy trung bình là $4,3 \pm 1,3$ cm. Khối u xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên chiếm 73,3% trường hợp, tắc tá tràng chiếm 26,7% trường hợp, trong đó, đa phần các trường hợp khối u xâm lấn SMV. Giá trị trung bình của CA 19-9 là $5542,3 \pm 8831,9$ UI/ml.

Bảng 1. Giai đoạn bệnh

	Số BN (n=30)	Tỉ lệ %
Kích thước khối u (cm)	$4,3 \pm 1,3$	
Mức độ xâm lấn mạch máu		
SMV	22	73,3
SMA	2	6,7
PV	2	6,7
Không xâm lấn	4	13,3
Xâm lấn tá tràng	8	26,7
Di căn xa		
Gan	8	26,7
Phổi	1	3,3
Hạch dọc động mạch chủ bụng	2	6,7%

Đặc điểm phẫu thuật nội soi nối mật-ruột và vị tràng được trình bày trong bảng 2. Hầu hết chúng tôi thực hiện nối tắt vị tràng kiểu ϕ sau đó nối túi mật-hồng tràng kiểu Ω và làm miệng nối Braun (chúng tôi gọi là kiểu Warren). Chúng tôi có 4 trường hợp thực hiện nối vị tràng kiểu ϕ và miệng nối túi mật-hồng tràng kiểu Roux-en-Y do khối u đầu tụy to và mạc treo ruột non không đủ dài để nối kiểu Ω . Việc thực hiện miệng nối hoàn toàn được thực hiện bằng khâu tay qua nội soi. Tất cả trường hợp chúng tôi không đặt ống dẫn lưu bụng.

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

	Số BN (n=30)	Tỉ lệ (%)
Kiểu nối tắt		
Kiểu Warren	26	86,7
Kiểu Roux-en-Y	4	13,3
Tai biến trong mổ	0	0
Chuyển mổ mở	0	0
Thời gian mổ	171 ± 25 phút	
Lượng máu mất (ml)	43 ± 18 ml	

Sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân được rút ống thông mũi dạ dày ở ngày hậu phẫu thứ 1. Người bệnh bắt đầu khởi động ăn đường miệng với thức ăn lỏng trung bình là 1,7 ngày sau mổ. Thời gian có trung tiện trung bình là 1,3 ngày.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau phẫu thuật	Số BN (n=30)	Tỉ lệ
Hẹp, xì miệng nối vị tràng	0	0
Rò mật	0	0
Chảy máu trong ổ bụng	0	0
Châm tống xuất dạ dày	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Viêm phổi	0	0

Hẹp, xì miệng nối vị tràng	0	0
Rò mật	0	0
Chảy máu trong ổ bụng	0	0
Châm tống xuất dạ dày	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Viêm phổi	0	0

Chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào sau mổ. Trong 10 trường hợp có nôn ói trước mổ thì 9 trường hợp sau mổ hết ói và ăn uống bình thường trở lại. Có 1 trường hợp còn nôn kéo dài sau mổ và được điều trị nội khoa ổn định sau đó 1 tuần. Không có trường hợp nào tử vong sau mổ.

Bảng 4. Tương quan xét nghiệm táck mật trước và sau mổ

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	P
Bilirubin TP (mg/dl)	$11,8 \pm 6,5$	$7,3 \pm 4,4$	<0,01
Bilirubin TT (mg/dl)	$8,3 \pm 4,1$	$4,8 \pm 2,9$	<0,01
ALT (U/L)	162 ± 134	72 ± 60	<0,01
AST (U/L)	131 ± 83	52 ± 24	<0,01

Trung bình giá trị các xét nghiệm Bilirubin TP, Bilirubin TT, AST, ALT ở ngày thứ 4-6 sau mổ đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,01$) cho thấy hiệu quả giải áp tắc mật sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là 6,95 ngày, trong đó thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 4,3 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Tất cả trường hợp trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều là ung thư đầu tụy giai đoạn tiến triển. Tương tự các tác giả Peter J. Keuertz⁵ và Lê Đức Hải⁶, biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng, vàng da và nôn. Lý do thường gặp nhất khiến người bệnh không còn chỉ định phẫu thuật cắt khối tá tụy là xâm lấn đoạn dài tĩnh mạch mạc treo tràng trên-tĩnh mạch cửa hoặc động mạch mạc treo tràng trên và kể đến là di căn xa mà thường gặp nhất là di căn gan.

Peter J. Kneuert⁵ ghi nhận kích thước khối u trung bình trong nghiên cứu 585 bệnh nhân được phẫu thuật nối tắt là 3,2 cm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u to hơn đáng kể (trung bình 4,3 cm). Khối u đầu tụy quá to là một yếu tố gây trở ngại đối với phẫu thuật nối mật ruột, đặc biệt là phẫu thuật nội soi, vì mạc treo ruột non không đủ dài sẽ làm cho miệng nối bị căng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 trường hợp phải thực hiện nối túi mật-hồng tràng bằng quai Roux-en-Y vì lý do này.

Tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu chúng tôi đều nối mật ruột dùng túi mật vì miệng nối túi mật-hồng tràng dễ dàng thực hiện hơn rất nhiều so với miệng nối ống gan hồng

tràng và kết quả sau mổ cũng chứng minh được hiệu quả giải áp mật của miệng nối này. Việc sử dụng túi mật để thực hiện miệng nối vị tràng cần đánh giá kỹ để đảm bảo tổn thương u chưa xâm lấn đến chỗ đổ của ống túi mật vào ống gan chung dựa trên CT bụng trước mổ cũng như đánh giá tính chất dịch mật trong mổ. Miệng nối túi mật-hỗng tràng có nhược điểm là có thể bị mất chức năng nếu ống túi mật bị tắc trong quá trình tiến triển của bệnh u đầu tụy. Trong nghiên cứu, trong cứu này chúng tôi chỉ đánh giá kết quả sớm mà chưa theo dõi lâu dài nên chưa thể kết luận được về thời gian còn chức năng của miệng nối túi mật-hỗng tràng.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 171 phút. Kết quả này khá tương đồng với các tác giả khác. Lê Đức Hải⁶ báo cáo thời gian phẫu thuật trung bình là 161 phút. Gustavo Kohan⁹ báo cáo thời gian mổ trung bình ở nhóm nghiên cứu của ông là 227 phút. Ông thực hiện miệng nối ống gan chung-hỗng tràng là lí do khiến cho thời gian mổ kéo dài hơn so với miệng nối túi mật-hỗng tràng. Điều này cũng được chứng minh trong nghiên cứu của Hamade⁸ khi thời gian mổ trung bình nếu thực hiện miệng nối ống gan chung-hỗng tràng là 275 phút, dài hơn đáng kể nếu thực hiện miệng nối túi mật-hỗng tràng với thời gian phẫu thuật trung bình là 130 phút. Trong PTNS nối mật ruột và vị tràng, nếu không thực hiện được miệng nối túi mật-hỗng tràng, việc thực hiện miệng nối ống gan chung-hỗng tràng là một thử thách đối với phẫu thuật viên vì đòi hỏi kỹ thuật khó hơn và cũng là một yếu tố kéo dài thời gian phẫu thuật. Ngoài ra, việc sử dụng dụng cụ khâu nối máy cũng giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật hơn khi so sánh với kỹ thuật khâu tay.

Một số báo cáo ghi nhận có tỉ lệ chuyển mổ mở vì nhiều lí do khác nhau. Rhodes⁹ trong báo cáo 16 trường hợp thì có 1 trường hợp chuyển mổ mở do tắc ống túi mật phát hiện trong mổ phải chuyển mổ mở để nối ống gan chung-hỗng tràng. Kohan⁷ trong báo cáo loạt 48 trường hợp thì có 9 trường hợp chuyển mổ mở do các lý do như: khối u lớn, tăng nồng độ CO₂ trong máu, chảy máu và rò mật phát hiện trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ đều được thực hiện PTNS thành công mà không phải chuyển mổ mở. Chúng tôi cho rằng việc đánh giá kỹ lưỡng trước mổ về tình trạng lan rộng của khối u, tình trạng sức khoẻ và bệnh nền của người bệnh cũng như kinh nghiệm và kỹ năng của phẫu thuật viên là những yếu tố quan trọng góp phần vào thành công của phẫu thuật nội soi.

Nghiên cứu của tác giả Lê Đức Hải⁶ trên 25

bệnh nhân PTNS nối mật ruột và vị tràng gồm 21 bệnh nhân được nối túi mật-hỗng tràng và 4 bệnh nhân được nối ống gan chung-hỗng tràng. Biến chứng liên quan đến miệng nối vị tràng có 5 trường hợp (20%), chậm tổng xuất dạ dày 2 trường hợp (8%), rò tụy 1 trường hợp (4%). Nghiên cứu của Kohan⁷ trên 48 bệnh nhân được PTNS nối ống mật chủ-hỗng tràng và vị tràng, biến chứng rò mật 7 trường hợp (14,5%), chảy máu miệng nối vị tràng 3 trường hợp (6,25%). Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng hay tử vong sau mổ.

Khi xét đến yếu tố nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu thì PTNS với các vết mổ nhỏ và dụng cụ được đưa qua trocar nên giảm đáng kể nguy cơ nhiễm trùng vết mổ so với mổ mở. Tuy nhiên, trong quá trình phẫu thuật khi mở túi mật hoặc dạ dày hoặc ruột non sẽ dễ có nguy cơ vấy bẩn dịch mật hoặc dịch tiêu hoá trong ổ bụng làm tăng nguy cơ nhiễm trùng ổ bụng nếu phẫu thuật viên thực hiện không gọn gàng. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có biến chứng nhiễm trùng vết mổ hay biểu hiện viêm phúc mạc hậu phẫu.

Thời gian nằm viện hậu phẫu khác nhau trong các báo cáo. Thời gian nằm viện hậu phẫu trong nghiên cứu của Lê Đức Hải⁶, Hamade⁸ và Kohan⁷ và của chúng tôi lần lượt là 8,24 ngày, 4 ngày, 7,6 ngày và 4,3 ngày. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm tình trạng người bệnh trước mổ và tiêu chuẩn xuất viện khác nhau của các trung tâm. Không có biến chứng sau mổ là lí do mà thời gian nằm viện sau mổ trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương đối ngắn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi nối mật ruột và vị tràng điều trị u đầu tụy giai đoạn tiến triển là một kỹ thuật ít xâm lấn, khả thi và an toàn. Tuy nhiên, phẫu thuật này có thời gian mổ tương đối dài và cần nhiều kỹ năng của phẫu thuật viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lowe S.** Correlation Between Quality of Life, Nutrition Status, and Disease Stage Among Pancreatic and Periampullary Cancer Patients. Master of Public Health. University of North Carolina at Chapel Hill; 2014. https://cdr.lib.unc.edu/concern/masters_papers/2r36v043t
2. **Nguyễn Anh Bình.** Kết quả phẫu thuật nối tắt mật ruột trên bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2017.
3. **Ducreux M, Cuhna AS, Caramella C, et al.** Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology.* 2015;26(5):v56-v68.doi:10.1093/annonc/mdv295.

- Singh S, Sachdev AK, Chaudhary A, et al.** Palliative surgical bypass for unresectable periampullary carcinoma. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International: HBPD INT.* 2008; 7(3):308-312.
- Kneuert PJ, Cunningham SC, Cameron JL, et al.** Palliative surgical management of patients with unresectable pancreatic adenocarcinoma: trends and lessons learned from a large, single institution experience. *J Gastrointest Surg.* 2011; 15 (1917-1927,doi:10.1007/s11605-011-1665-9.
- Lê Đức Hải.** Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi hoàn toàn nối mật ruột, nối vị tràng ở bệnh nhân ung thư quanh bóng Vater giai đoạn trẻ. Luận văn chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2018.
- Kohan G, Ocampo CG, Zandalazini HI, et al.** Laparoscopic hepaticojejunostomy and gastrojejunostomy for palliative treatment of pancreatic head cancer in 48 patients. *Surg Endosc J.* 2015;29(7):1970-1975.doi:10.1007/s00464-014-3894-y.
- Hamade AM, Al-Bahrani AZ, Owerama AMA, et al.** Therapeutic, prophylactic, and preresection applications of laparoscopic gastric and biliary bypass for patients with periampullary malignancy. *Surg Endosc J.* 2005;19(1333-1340.doi:10.1007/s00464-004-2282-4.
- Rhodes M, Nathanson L, Fielding G.** Laparoscopic biliary and gastric bypass: a useful adjunct in the treatment of carcinoma of the pancreas. *Gut.* 1995; 36(5):778-780.doi: 10.1136/gut.36.5.778.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHỤC HÌNH TỨC THÌ SAU PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG HÀM TRÊN

Nguyễn Hồng Nhung¹, Tạ Anh Tuấn², Chu Minh Quang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phục hình tức thì có ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D sau phẫu thuật cắt bán phần xương hàm trên. **Đối tượng phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 11 bệnh nhân được ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D phục hình tức thì khuyết hồng xương hàm trên sau phẫu thuật cắt các khối u xương hàm trên. **Kết quả:** Diện khuyết gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là khuyết hồng XHT tới sàn ổ mắt chiếm 54,54%; tiếp đó 36,36% tổng số trường hợp là khuyết hồng XHT không tới sàn ổ mắt; khuyết toàn bộ XHT và sàn ổ mắt chiếm 9,09%. Sau phẫu thuật 100% bệnh nhân liền thương thì đầu tốt. 100% bệnh nhân không hạn chế há miệng sau phẫu thuật. 100% bệnh nhân sau phẫu thuật có khớp cắn đúng. Kết quả theo dõi từ 3 đến 12 tháng cho thấy sau 3 tháng phẫu thuật có 18,18% bệnh nhân vẫn tiếp tục ăn thức ăn dạng sệt và có 81,82% bệnh nhân có thể ăn được thức ăn bình thường. Sau 6 tháng, 100% các bệnh nhân đều có thể ăn thức ăn bình thường. Không có bệnh nhân nào khuôn mặt bị mất cân đối và mất tính thẩm mỹ. **Kết luận:** Phục hình tức thì khuyết hồng xương hàm trên sau phẫu thuật cắt các khối u xương hàm trên có thể rút ngắn thời gian hậu phẫu. Phục hình tức thì có ứng dụng kỹ thuật dựng hình 3D có thể giữ được thẩm mỹ khuôn mặt cũng như chức năng ăn nhai.

Từ khóa: xương hàm trên, kỹ thuật dựng hình 3D, phục hình tức thì.

SUMMARY

RESULTS OF IMMEDIATE RESTORATION AFTER MAXILLECTOMY

Objective: evaluate the initial results of immediate restoration using 3D rendering techniques after partial maxillary resection surgery. **Subjects and Methods:** prospective, cross-sectional study on 11 patients who were applied 3D rendering technique to immediately restore maxillary bone defects after surgery to remove maxillary bone tumors. **Results:** The most common defect in the study was the defect of maxillectomy involving the peri-orbital accounting for 54.54%; 36.36% of the cases are defects of maxillectomy not involving the orbit; orbitomaxillary defect accounts for 9.09%. After surgery, 100% of patients heal and have a good head. 100% of patients did not limit mouth opening after surgery. 100% of patients after surgery have correct bite. Follow-up results from 3 to 12 months showed that after 3 months of surgery, 18.18% of patients continued to eat thick foods and 81.82% of patients could eat normal foods. After 6 months, 100% of patients can eat normal food. No patient's face had imbalance or loss of aesthetics. **Conclusion:** Immediate restoration of maxillary bone defects after surgery to remove maxillary bone tumors can shorten the postoperative time. Immediate restoration using 3D digital rendering can preserve facial aesthetics as well as chewing function. **Keywords:** maxillary bone, 3D rendering technique, immediate restoration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng xương hàm trên (XHT) sau phẫu thuật cắt u để lại những di chứng nặng nề ảnh hưởng lớn đến nhiều chức năng quan trọng như nhai, nuốt, nói và mất tính thẩm mỹ khuôn mặt. Những di chứng của khuyết hồng XHT thường gây nên ảnh hưởng nghiêm trọng tới tình

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện RHM TƯ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 7.8.2024