

Đánh giá chức năng khớp khuỷu theo thang điểm MEPS, tỷ lệ BN có kết quả rất tốt và tốt cao 95,3%.

Bảng 3.7. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	32	49,2
Hài lòng	25	38,5
Hài lòng một phần	8	12,3
Không hài lòng	0	0

Đa số BN rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị 87,7%. Có 8 BN hài lòng 1 phần với 12,3%. Kết quả này có sự tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Buijze G. (2009) [2], Niglis L. (2015) [10] cũng cho thấy tỉ lệ BN có chức năng khớp rất tốt và tốt cao 93,75% và 95,45%. Điều này có thể giải thích do BN được kết hợp xương vững chắc khi sử dụng nẹp vít nên được tập vật lý trị liệu sớm, tích cực nên chức năng khớp cải thiện tốt và BN thỏa mãn cao với quá trình điều trị.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy mỏm khuỷu cho kết quả lành xương tốt và chức năng khớp khuỷu thỏa mãn đối với loại gãy IIB, IIIA, IIIB theo phân độ Mayo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Benetton, C. A., Cesa, G., Junior, G. E. K., Ferreira, A. P. B., Vissoci, J. R. N., & Pietrobon, R. (2015).** Agreement of olecranon fractures before and after the exposure to four classification systems. *Journal of shoulder and*

- elbow surgerv.* 24(3). 358-363.
2. **Buijze, G., & Kloen, P. (2009).** Clinical evaluation of locking compression plate fixation for comminuted olecranon fractures. *JBJS*, 91(10), 2416-2420.
3. **Azar, F. M., Canale, S. T., & Beatv, J. H. (2020).** *Campbell's Operative Orthopaedics*, E-Book. Elsevier Health Sciences.
4. **Wise, K. L., Peck, S., Smith, L., & Mveroff, C. (2021).** Locked plating of acrotic olecranon fractures leads to low fixation failure and acceptable complication rates. *JSES international*. 5(4). 809-815.
5. **Morrev, B. F., Sotelo, J. S., & Morrev, M. E. (2017).** *Morrev's The Elbow and Its Disorders* E-Book. Elsevier Health Sciences.
6. **Morrev, B. F., An, K. N., & Chao, E. Y. S. (2000).** Functional evaluation of the elbow. Morrev BF, Sanchez-351 Sotelo J. Morrev ME, ed. *Morrev's the Elbow and its Disorders*. 352. 66-74.
7. **Brobera, M. A., & Morrev, B. F. (1987).** Results of treatment of fracture-dislocations of the elbow. *Clinical orthopaedics and related research*. (216). 109-119.
8. **Sears, B. W., Puskas, G. J., Morrev, M. E., Sanchez-Sotelo, J., & Morrev, B. F. (2012).** Posttraumatic elbow arthritis in the young adult: evaluation and management. *JAAOS-Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*, 20(11), 704-714.
9. **Nauvễn Xuân Thuyết, Đoàn Lê Ngân (1998).** "Nhân xét điều trị gãy mỏm khuỷu bằng phương pháp néo éo". *Ngoại khoa* (2). tr. 19 - 25.
10. **Niglis, L., Bonnomet, F., Schenck, B., Brinkert, D., Di Marco, A., Adam, P., & Ehlinger, M. (2015).** Critical analysis of olecranon fracture management by pre-contoured locking plates. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, 101(2), 201-207.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT LÁCH THÂN ĐUÔI TỤY TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn An Khang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 28 bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong 4 năm từ tháng 6 năm 2020 đến hết tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy cho tổng

số 28 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 54,7 ± 12,5. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 67,8%. Triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám chủ yếu là đau bụng thượng vị chiếm 96,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 170 ± 17 phút. Kích thước u trung bình là 5,4 ± 2,1 cm. Tỷ lệ mổ mở chiếm 71,4%. Thời gian nằm viện trung bình là 9,4 ± 3,4 ngày. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 85,7%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 83,3%, rò tụy độ B chiếm 16,7%. Trong số 28 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Không có trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, không có trường hợp nào tử vong. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ có 10 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến của tụy, 6 trường hợp là u nang nang, 3 trường hợp là u đặc giả nhú, 4 trường hợp là u thần kinh nội tiết, 2 trường hợp là u nang thanh dịch, 1 trường hợp vết thương tụy, 1 trường hợp chấn thương tụy có đứt rời thân tụy, 1 trường hợp nang giả vùng đuôi tụy bội

*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024

niêm. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy là an toàn và khả thi, có thể áp dụng đối với các bệnh lý ở thân và đuôi tụy kể cả trong chấn thương và vết thương tụy có đứt rời ống tụy. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó, tỷ lệ rò tụy sau mổ cao, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm và trang thiết bị, dụng cụ phải đầy đủ.

Từ khóa: Cắt lách thân đuôi tụy, u thân đuôi tụy.

SUMMARY

OUTCOMES OF DISTAL PANCREATECTOMY WITH SPLENECTOMY AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: Evaluating the early outcomes of distal pancreatectomy with splenectomy at Ha Noi Medical University. **Subjects and methods:** A retrospective descriptive study on 28 patients with distal pancreatectomy with splenectomy at Ha Noi Medical University for 4 years from 2020 to 2024. **Results:** We perform distal pancreatectomy with splenectomy for 28 patients. The mean age was $54,7 \pm 12,5$. The proportion of female patients was 67.8%. The main symptom that prompted patients to seek medical attention was epigastric pain, accounting for 96.4%. The average surgical time was 170 ± 17 minutes. The average tumor size was 5.4 ± 2.1 cm. The rate of open surgery was 71.4%. The average hospital stay was 9.4 ± 3.4 days. The rate of postoperative pancreatic fistula was 85.7%, of which grade A pancreatic fistula accounted for 83.3% and grade B pancreatic fistula accounted for 16.7%. Among the 28 patients, no case required intraoperative blood transfusion. There was no case requiring reoperation due to postoperative bleeding, and no case of death. Postoperative pathology results showed 10 cases of pancreatic adenocarcinoma, 6 cases of mucinous cystadenomas, 3 cases of solid pseudopapillary tumors, 4 cases of neuroendocrine tumors, 2 cases of serous cystadenomas, 1 case of pancreatic injury, 1 case of pancreatic trauma with pancreatic body separation, and 1 case of infected pseudocyst in the tail of the pancreas. **Conclusion:** Pancreatectomy with splenectomy is safe and feasible, and can be applied to diseases of the body and tail of the pancreas, including trauma and pancreatic injuries with pancreatic duct rupture. However, this is a difficult technique, with a high rate of postoperative pancreatic leakage, requiring the surgeon to have a lot of experience and adequate equipment and instruments. **Keywords:** Pancreatectomy with splenectomy, pancreatic body and tail lesions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụy là tạng đặc nằm sau phúc mạc, u của thân và đuôi tụy tương đối hiếm gặp hơn so với u vùng đầu tụy. Giải phẫu của tụy liên quan mật thiết với lách bởi động mạch lách đi ở phía bờ trên tụy, tĩnh mạch lách đi chìm trong nhu mô tụy về phía đuôi tụy để tận cùng ở rốn lách. Do đó, u ở vùng thân đuôi tụy rất dễ dính vào lách và bó mạch lách, đặc biệt là ung thư thân và đuôi tụy rất dễ xâm lấn bó mạch lách. Để đảm

bảo tính triệt căn trong điều trị ung thư vùng thân đuôi tụy, việc nạo vét hạch và cắt lách kèm theo là điều đương nhiên. Tuy nhiên với những khối u vùng thân đuôi tụy lành tính mà kích thước lớn, dính với bó mạch lách hoặc lách không thể tách rời thì cũng không có chỉ định bảo tồn lách ở những trường hợp này. Do đó, phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy là kỹ thuật thường được áp dụng để điều trị những bệnh lý u ở vùng thân và đuôi tụy mà không có chỉ định bảo tồn lách.

Kỹ thuật cắt lách thân đuôi tụy được mô tả lần đầu bởi Mayo vào năm 1913¹. Trong nước và trên thế giới đã có một số báo cáo về kết quả của kỹ thuật này. Tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, kỹ thuật này đã được áp dụng một cách thường quy. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tổng kết kết quả sớm sau mổ của những người bệnh được áp dụng kỹ thuật này trong giai đoạn từ tháng 6 năm 2020 đến hết tháng 6 năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u thân hoặc đuôi tụy hoặc chấn thương tụy, được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 6 năm 2020 đến hết tháng 6 năm 2024, có hồ sơ bệnh án đầy đủ phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin cần thiết cho nghiên cứu, mổ cắt lách thân đuôi tụy do ung thư tạng khác xâm lấn.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên một loạt ca bệnh, số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 28 bệnh nhân được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy tại khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu, kết quả như sau:

Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là $54,7 \pm 12,5$. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 67,8%.

Đặc điểm lâm sàng. Triệu chứng khiến bệnh nhân đi khám chủ yếu là đau bụng thượng vị chiếm 96,4%, chỉ có 1 trường hợp được phát hiện tình cờ.

Đặc điểm phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 170 ± 17 phút. Kích thước u trung bình là $5,4 \pm 2,1$ cm. Tỷ lệ mổ mở chiếm 71,4% (20 ca). Tất cả các ca mổ mở đều cắt tụy bằng dao thường, tất cả các trường hợp mổ nội soi đều cắt tụy bằng stapler nội soi. Trong số 8 ca cắt tụy bằng stapler, có 3 ca khâu tăng cường diện cắt tụy chiếm tỷ lệ 37,5%. Thời gian nằm

viện trung bình là $9,4 \pm 3,4$ ngày.

Biến chứng trong và sau mổ. Tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 85,7%, trong đó rò tụy mức độ A chiếm 83,3%, rò tụy độ B chiếm 16,7%, tỷ lệ rò tụy ở nhóm mổ mở và nhóm mổ nội soi không có sự khác biệt. Trong số 28 bệnh nhân, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Không có trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, không có trường hợp nào tử vong. Nhiễm trùng vết mổ có 3 trường hợp chiếm 10,7%.

Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ. Trong tổng số 28 trường hợp có 10 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến của tụy, 6 trường hợp là u nang nhầy, 4 trường hợp là u thần kinh nội tiết, 3 trường hợp là u đặc giả nhú, 2 trường hợp là u nang thanh dịch, 1 trường hợp vết thương tụy, 1 trường hợp chấn thương tụy có đứt rời thân tụy, 1 trường hợp nang giả vùng đuôi tụy bội nhiễm.

Bảng 1: Đặc điểm thương tổn

N=26	
Vị trí tổn thương	
Thân tụy	16
Đuôi tụy	10
Tính chất u	
Dạng đặc	18
Dạng nang	8

Vị trí u thường gặp là ở thân tụy chiếm 16/26 trường hợp, tính chất của u chủ yếu là dạng đặc chiếm 18/26 trường hợp.

Bảng 2: Biến chứng sau mổ và xử trí

Biến chứng		N=24	Tỷ lệ (%)	Xử trí
Rò tụy	Mức độ A	20	83,3	Điều trị nội khoa
	Mức độ B	4	16,7	Lưu dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần
	Mức độ C	0	0	
Nhiễm trùng vết mổ		28	10,7	Điều trị nội khoa

Rò tụy sau mổ chiếm tỷ lệ 83,3%, trong đó chủ yếu là rò mức độ A (83,3%) (rò sinh hóa) điều trị nội khoa, mức độ B chiếm 16,7% cần lưu dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần, không có trường hợp nào rò tụy mức độ C. Nhiễm trùng vết mổ có 3 trường hợp chiếm 10,7% được điều trị nội khoa.

Bảng 3: Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ		N=28
Ung thư biểu mô tuyến của tụy		10
U nang nhầy		6
U thần kinh nội tiết		4
U đặc giả nhú		3
U nang thanh dịch		2

Chấn thương tụy	1
Vết thương tụy	1
Nang giả đuôi tụy bội nhiễm	1

Trong tổng số 28 trường hợp có 10 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến của tụy chiếm tỷ lệ cao nhất.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $54,7 \pm 12,5$, trong đó cao nhất là 77 tuổi (ung thư thân tụy xâm lấn bó mạch lách), thấp nhất là 16 tuổi (u đặc giả nhú thân tụy vỡ) chứng tỏ bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuổi trung bình này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phúc² nhưng tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thế Anh³ tại bệnh viện K và Trịnh Hồng Sơn⁴ tại bệnh viện Việt Đức. Tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 67,8%, nhìn chung trong các thông báo đều cho thấy bệnh gặp ở giới nữ nhiều hơn^{2,3,4}.

Bệnh nhân thường đi khám với biểu hiện đau bụng thượng vị chiếm 96,4%, giống với nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn và Phạm Thế Anh^{3,4}, chỉ có 1 trường hợp được phát hiện tình cờ. Khi đã có biểu hiện đau, đa phần các khối u đều đã có kích thước lớn và xâm lấn ra khỏi tụy, do vậy chẩn đoán sớm u thân và đuôi tụy vẫn là còn một thách thức.

Về thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi (bao gồm cả mổ nội soi và mổ mở) là 170 ± 17 phút, lâu hơn so với của Phạm Thế Anh³ tại bệnh viện K (mổ mở 100%) là $133,8 \pm 43,3$ phút nhưng nhanh hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Phương Anh⁵ tại bệnh viện Việt Đức (mổ nội soi 100%) là 186,3 phút. Điều này cũng dễ hiểu bởi so với mổ nội soi, mổ mở cho trường mổ rộng rãi và thao tác sẽ dễ dàng hơn. Trong tổng số 28 bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy, có 20 trường hợp mổ mở chiếm 71,4% và 8 trường hợp được mổ nội soi chiếm 28,6%. Tỷ lệ mổ nội soi này thấp hơn so với nghiên cứu của Vojtko và cộng sự⁶: trong tổng số 112 bệnh nhân, có 67 bệnh nhân được mổ nội soi chiếm 59,8% nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phúc² chỉ có 12,1% bệnh nhân được mổ nội soi. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, phẫu thuật nội soi cắt thân và đuôi tụy mang lại kết quả sớm tốt hơn so với mổ mở kể cả trong điều trị những khối u lành tính, ác tính mức độ thấp hay ung thư ở vùng thân và đuôi tụy^{7,8}.

Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi, tất cả những trường hợp mổ mở đều sử dụng dao thường để cắt tụy, còn những trường hợp mổ nội soi đều cắt tụy bằng stapler nội soi. Điều này

khác với nghiên cứu của Phạm Thế Anh², Nguyễn Hồng Phúc³. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Phúc (tổng số 58 trường hợp): Đóng móm tụy bằng stapler 17 trường hợp (29,3%), khâu tay 20 trường hợp (43,5%) và đóng stapler kèm khâu tăng cường 21 trường hợp (36,2%). Nghiên cứu của Phạm Thế Anh (tổng số 26 bệnh nhân) có 16/26 trường hợp cắt và đóng móm tụy bằng stapler chiếm 61,5%, 8/26 trường hợp cắt và đóng móm tụy bằng dao siêu âm, còn lại 2/26 trường hợp được cắt tụy dao điện đơn cực, có 21 bệnh nhân (80,8%) được khâu tăng cường mặt cắt tụy. Việc lựa chọn phương pháp và dụng cụ đóng móm tụy phụ thuộc vào tình trạng nhu mô tụy và kinh nghiệm cũng như thói quen của phẫu thuật viên chứ chưa có nghiên cứu nào chứng minh phương pháp nào có ưu điểm tuyệt đối để làm giảm tỷ lệ rò tụy sau mổ². Theo kinh nghiệm của chúng tôi, khi đã mổ mở, nên dùng dao thường để cắt tụy vì ưu điểm sẽ quan sát được rõ ống tụy để khâu lại riêng ống tụy sẽ làm giảm nguy cơ rò tụy sau mổ, không nên dùng dao điện đơn cực hay dao siêu âm để cắt tụy vì sẽ làm sang chấn tụy và không bộc lộ được rõ ống tụy để khâu riêng lại. Hơn nữa, việc đóng móm tụy bằng tay trong mổ sẽ giúp giảm được chi phí vật tư cho bệnh nhân do dùng stapler. Trong số 8 ca mổ nội soi cắt tụy bằng stapler, có 3 ca khâu tăng cường diện cắt tụy chiếm tỷ lệ 37,5%. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, việc dùng stapler để cắt nhu mô tụy đã đóng kín được ống tụy, do vậy việc khâu tăng cường diện cắt tụy chỉ nhằm mục đích cầm máu. Do đó, chỉ những trường hợp có rỉ máu ở hàng ghim sau khi cắt nhu mô tụy bằng stapler chúng tôi mới khâu tăng cường bằng các mũi chỉ prolene chữ U.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rò tụy sau mổ chiếm 85,7%, trong đó chủ yếu là rò tụy mức độ A (rò sinh hóa) chiếm 83,3%, không có rò tụy mức độ C, chỉ có 2 trường hợp rò tụy mức độ B, tỷ lệ rò tụy ở nhóm mổ mở và nhóm mổ nội soi không có sự khác biệt. Tỷ lệ rò tụy của chúng tôi là rất cao so với nghiên cứu của Lillemoe và cộng sự trên 235 bệnh nhân⁹. Tỷ lệ rò tụy của tác giả này chỉ là 5%, có lẽ do sự khác biệt về định nghĩa khái niệm rò tụy và việc làm xét nghiệm dịch dẫn lưu ổ bụng sau mổ có thành thường quy hay không. Tất cả bệnh nhân của chúng tôi sau mổ ngày thứ 3 đều được làm xét nghiệm amylase của dịch dẫn lưu ổ bụng, và định nghĩa rò tụy khi nồng độ amylase trong dịch dẫn lưu ổ bụng cao hơn ít nhất 3 lần so với trong máu theo định nghĩa của nhóm nghiên cứu quốc tế về rò tụy năm 2016¹⁰. Tỷ lệ rò tụy sau mổ của

chúng tôi cao hơn so với các tác giả trong nước như của Phạm Thế Anh³ là 57,7%, của Nguyễn Hồng Phúc² là 20,7%, Vũ Thị Phương Anh⁵ là 22,8%. Tất cả các trường hợp rò tụy mức độ A (rò sinh hóa) hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng đều được điều trị nội khoa, chỉ có 2 trường hợp rò tụy mức độ B cần phải lưu lại dẫn lưu ổ bụng trên 3 tuần.

Trong số 28 bệnh nhân của chúng tôi, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ, không có trường hợp phải mổ lại do chảy máu sau mổ, không có trường hợp nào tử vong. Nhiễm trùng vết mổ có 3 trường hợp chiếm 10,7%. Thời gian nằm viện trung bình là $9,4 \pm 3,4$ ngày, tương đương với các tác giả trong nước như Phạm Thế Anh³ ($9,4 \pm 2,8$ ngày) và Vũ Thị Phương Anh⁵ ($9,9 \pm 3,4$ ngày).

Về kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, trong tổng số 28 trường hợp có 10 trường hợp là ung thư biểu mô tuyến của tụy chiếm tỷ lệ cao nhất, còn lại là u nang nhầy (6 trường hợp), u thần kinh nội tiết (4 trường hợp), u đặc giả nhú (3 trường hợp), u nang thanh dịch (2 trường hợp), nang giả đuôi tụy bội nhiễm (1 trường hợp), chấn thương tụy và vết thương tụy (2 trường hợp). Tỷ lệ ác tính trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi chiếm đa số (35,7%), tương đương với nghiên cứu của Phạm Thế Anh³ (46,2%) và Võ Hồng Phúc² (41,4%) tuy nhiên có nhiều khác biệt với nghiên cứu của của Lillemoe và cộng sự trên 235 bệnh nhân⁹ (21%).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt lách thân đuôi tụy điều trị những bệnh lý u lành tính, ác tính mức độ thấp (không thể bảo tồn lách) hay ung thư ở vùng thân và đuôi tụy là một phẫu thuật an toàn, khả thi. Tuy nhiên đây là phẫu thuật khó về mặt kỹ thuật, có tỷ lệ biến chứng sau mổ là rò tụy rất cao, do đó cần được thực hiện tại cơ sở chuyên khoa có đầy đủ trang thiết bị, dụng cụ và phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Mayo W J (1913).** "The surgery of the pancreas: I. Injuries to the pancreas in the course of operations on the stomach. II. Injuries to the pancreas in the course of operations on the spleen. III. Resection of half the pancreas for tumor". *Annals of Surgery*. 58 (2). pp. 145-150.
- 2. Nguyễn Hồng Phúc, Đỗ Hữu Liệt, Phan Minh Trí, Đoàn Tiến Mỹ, Nguyễn Thị Thủy, Nguyễn Thị Thủy, Dương Thùy Linh, Trần Thị Bé Thi, Nguyễn Phương Kiều (2023).** "Đánh giá biến chứng sau phẫu thuật cắt thân đuôi tụy theo phân loại Clavien-Dindo". *Tạp chí Y học Việt Nam*. 527 (Tháng 6. Số đặc biệt). pp. 46-55.
- 3. Phạm Thế Anh, Trương Mạnh Cường (2024).**

- "Kết quả sớm phẫu thuật cắt lách thân đuôi tuy tại bệnh viện K", Tạp chí Y học Việt Nam, 538(3), pp. 128-132.
4. **Trinh Hồng Sơn (2013)**. "Kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô thân đuôi tuy tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2002-2011", Tạp chí Y học thực hành, 875 (7), pp. 32-38.
 5. **Vũ Thị Phương Anh, Trinh Quốc Đạt, Dương Trọng Hiền, Phạm Quang Hùng (2024)**. "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị u vùng thân đuôi tuy tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2022", Tạp chí Y học Việt Nam, 537(2), pp. 5-9.
 6. **Voitko M, Cmarkova K, Pindura M, et al (2024)**. "Distal pancreatectomy" Bratisl Lek Listy, 125(4), pp. 239-243.
 7. **Zhang AB, Wang Y, Hu C, Shen Y, Zhenq SS (2017)**. "Laparoscopic versus open distal pancreatectomy for pancreatic ductal adenocarcinoma: a single-center experience", J Zhejiang Univ Sci B, 18(6), pp. 532-538.
 8. **Li WK, Ma FH, Liu H, et al (2020)**. "Comparison of short-term clinical outcome between laparoscopic distal pancreatectomy and open distal pancreatectomy", Zhonghua Zhong Liu Za Zhi, 42(6), pp. 495-500.
 9. **Lillemoe KD, Kaushal S, Cameron JL, Sohn TA, Pitt HA, Yeo CJ (1999)**. "Distal pancreatectomy: indications and outcomes in 235 patients", Ann Surg, 229(5), pp. 698-700.
 10. **Bassi, Claudio; Marchegiani, et al (2017)**. "The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After", Surgery, 161(3), pp. 584-591.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT CUỐNG VẠT SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ TỔN KHUYẾT PHẦN MỀM MŨI BẰNG VẠT TRÁN

Ngô Thế Mạnh*, Đặng Minh Vương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt cuống vạt sớm trong điều trị tổn khuyết phần mềm mũi. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 21 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi được phẫu thuật tạo hình bằng vạt trán tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2016 – 2023. **Kết quả:** Vị trí tổn thương hay gặp nhất là cánh mũi với 11/31 đơn vị chiếm tỷ lệ 35,48%. Hầu hết BN có kích thước tổn thương lớn $\geq 2\text{cm}^2$, với 19/21 BN chiếm tỷ lệ 90,48%. Cắt cuống vạt sau 10-14 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 66,67%. Kết quả sau mổ đa số BN trong nhóm NC có kết quả tốt, chiếm tỷ lệ 71,4%, khả năng chiếm 23,8% và không có trường hợp nào đạt kết quả kém kém. **Kết luận:** Tập vạt cắt cuống vạt sớm giúp giảm thời gian điều trị và chi phí.

Từ khóa: Khuyết phần mềm vùng mũi, vạt trán

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF EARLY FLAP PEDICLE RESECTION IN TREATMENT OF NASAL SOFT TISSUE DEFECT BY FOREHEAD FLAP

Objective: Evaluating the results of early flap pedicle resection in the treatment of nasal soft tissue defects. **subjects and methods:** 21 patients with nasal defects who were treated by forehead flap surgery at Military Hospital 103 from 2016 – 2023. **Results:** The most common location of defect is the alar with 11/31 units, accounting for 35.48%. Most patients have large defect $\geq 2\text{cm}^2$, with 19/21

patients accounting for 90.48%. Cutting the flap pedicle after 10-14 days accounts for the highest rate of 66.67%. Postoperative results, the majority of patients in the NC group had good results, accounting for 71.4%, fair results for 23.8% and no case had poor results. **Conclusions:** Training flap pedicle help cutting early and reduce treatment time and costs.

Keywords: Nasal soft tissue defect, forehead flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn khuyết mũi gây ảnh hưởng nghiêm trọng về thẩm mỹ, có thể ảnh hưởng tới chức năng và tác động nhiều đến tâm lý, giao tiếp và các quan hệ xã hội của bệnh nhân cũng như người thân trong gia đình. Có nhiều phương pháp tạo hình tổn khuyết mũi, trong đó vạt trán được cho là có nhiều ưu điểm nhất và được nhiều phẫu thuật viên lựa chọn. Với phương pháp sử dụng vạt trán kinh điển, thường các phẫu thuật viên tiến hành cắt cuống vạt sau 3 tuần. Điều này gây ảnh hưởng đến tâm lý bệnh nhân trong thời gian chờ cắt cuống vạt. Việc cắt cuống vạt sớm sẽ giúp bệnh nhân bớt áp lực tâm lý trong giai đoạn này

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu bao gồm 21 bệnh nhân có tổn thương khuyết mũi do các nguyên nhân khác nhau được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 6/ 2016 đến tháng 10/ 2023, chia làm 2 nhóm hồi cứu và tiến cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Nhóm hồi cứu: 16 bệnh nhân có đầy đủ bệnh án lưu trữ trong đó thông tin thu thập

*Bệnh Viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thế Mạnh

Email: ntmanhdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2024

Ngày duyệt bài: 17.9.2024