

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BỤNG CẮT THỰC QUẢN VẾT HẠCH LÀM MIỆNG NỐI BẰNG STAPLER THẘNG Ở CỔ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN K

Đoàn Trọng Tú¹, Nguyễn Văn Hải¹, Khổng Văn Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phẫu thuật nội soi cắt thực quản vết hạch làm miệng nối bằng Stapler thẳng kết hợp khâu tay ở cổ ở bệnh nhân ung thư thực quản điều trị tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu, gồm 74 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ung thư thực quản trong thời gian 1 năm, từ tháng 12/2022 đến tháng 11/2023. **Kết quả:** Trong 74 bệnh nhân nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 8,08$, 100% bệnh nhân là nam giới. Thời gian mổ trung bình là 252 ± 8 phút. Bệnh nhân có xu hướng cho ăn sớm sau phẫu thuật 3 - 4 ngày (86,5%), số ngày nằm viện sau mổ trung bình $14,2 \pm 4,6$ ngày (11-37 ngày). Tổng số biến chứng chung là 31,2% trong đó rò miệng nối sau mổ chiếm 8,1%, tử vong sau phẫu thuật 2,7%. Hẹp miệng nối cần nong nội soi chiếm tỉ lệ thấp là 2,7%. **Kết luận:** Ung thư biểu mô thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản vết hạch làm miệng nối bằng Stapler thẳng ở cổ được tiến hành thường quy tại Bệnh viện K cho thấy tỉ lệ hẹp miệng nối có nong nội soi chiếm tỉ lệ thấp. Cần tiến hành các nghiên cứu có nhóm đối chứng để đánh giá thêm hiệu quả điều trị của phương pháp phẫu thuật này.

Từ khóa: Ung thư thực quản, phẫu thuật nội soi cắt thực quản, nối thực quản

SUMMARY

THE RESULTS OF THORACOABDOMINAL LAPAROSCOPIC TAPAROSCOPIC SURGERY FOR ESOPHAGEAL CARCINOMA TREATMENT AT CANCER HOSPITAL: ESOPHAGECTOMY WITH LYMPHADENECTOMY AND CERVICAL ESOPHAGOGASTRIC ANASTOMOSIS USING A LINEAR STAPLED

Objectives: Description of the results of laparoscopic esophagectomy with lymphadenectomy and cervical esophagogastric anastomosis using a linear Stapled combined with hand-sewn in patients with esophageal Carcinoma treated at National Cancer Hospital. **Methods:** A descriptive retrospective and prospective study, including 74 patients diagnosed and treated for esophageal carcinoma over a period of one year, from December 2022 to November 2023.

Results: Among the 74 patients in the study, the mean age was 54.9 ± 8.08 , 100% was male. The mean operation time was 252 ± 8 minutes. Patients

tended to begin early feeding 3-4 days after surgery (86.5%), mean postoperative hospital stay of 14.2 ± 4.6 days (range 11-37 days). The overall complication rate was 31.2%, with anastomotic leakage occurring in 8.1% of cases and postoperative mortality at 2.7%. Anastomotic stricture requiring endoscopic dilation was relatively low at 2.7%. **Conclusions:** Esophageal carcinoma treated with thoracoabdominal laparoscopic esophagectomy, lymphadenectomy, and cervical anastomosis using a linear stapled is routinely performed at Cancer Hospital, showing a low incidence of anastomotic stricture requiring endoscopic dilation. Further studies with control groups are needed to better assess the therapeutic efficacy of this surgical method.

Keywords: esophageal carcinoma, laparoscopic esophagectomy, anastomosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư biểu mô thực quản (UTBMTQ) đứng thứ 8 về số ca mới mắc, đứng thứ 6 về số ca tử vong do ung thư trên toàn cầu. Tại Việt Nam, số ca mới mắc hàng năm là 3281, tỉ lệ tử vong là 2,7/100.000 dân, nằm trong số 10 loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới [1]. Điều trị UTBMTQ là điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa chất và xạ trị phụ thuộc vào giai đoạn bệnh, vị trí u và thể trạng của bệnh nhân.

Tại Bệnh viện K, phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản vết hạch làm miệng nối ở cổ được thực hiện từ năm 2017 đến nay đã được triển khai thường quy, miệng nối dạ dày thực quản có thể thực hiện bằng phương pháp khâu tay, nối máy tròn hoặc bằng stapler thẳng để mở rộng miệng nối kết hợp với khâu tay để hạn chế hẹp miệng nối sau mổ. Trong quá trình thực hiện miệng nối chúng tôi thấy một trong những vấn đề bệnh nhân gặp phải sau ca mổ ổn định là tình trạng hẹp xơ hóa miệng nối khiến bệnh nhân phải nong dưới nội soi nhiều lần, đặc biệt là ở những bệnh nhân nối bằng phương pháp khâu tay đơn thuần. Do vậy chúng tôi chuyển sang thực hiện làm miệng nối bằng stapler thẳng kết hợp khâu tay thì bước đầu thấy giảm hẳn tỉ lệ hẹp miệng nối sau phẫu thuật. Trên cơ sở thực tế đó, với mong muốn đánh giá kết quả phẫu thuật của phương pháp kết hợp này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả kết quả phẫu thuật nội soi cắt thực quản vết hạch làm miệng nối bằng Stapler thẳng kết hợp*

¹Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Trọng Tú

Email: trongtubvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 14.10.2024

khâu tay ở cổ ở bệnh nhân ung thư thực quản điều trị tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân UTBMTQ được điều trị tại khoa Ngoại bụng II Bệnh viện K từ tháng 12/2022 đến tháng 11/2023 đáp ứng các tiêu chuẩn sau: (1) Được chẩn đoán xác định là UTBMTQ, (2) được phẫu thuật nội soi ngực - bụng cắt thực quản làm miệng nối bằng Stapler thẳng kết hợp khâu tay, (3) hồ sơ bệnh án đầy đủ, có thông tin liên lạc để theo dõi. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân được làm miệng nối bằng các kỹ thuật khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 74 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu với kết quả:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nam giới chiếm 100%, độ tuổi trung bình là 54,9 ± 8,08, thấp nhất là 37 tuổi, cao nhất là 71 tuổi, trong đó độ tuổi 51 - 60 chiếm tỉ lệ cao nhất 41,9%. Ung thư thực quản 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm tỉ lệ tương ứng là 47,3% và 52,7%.

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 3.1. Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu

Biến	X ± SD	Min	Max
Thời gian mổ (phút)	252±8	190	325
Thời gian hậu phẫu (ngày)	14,2±4,6	11	37

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 252 ± 8 phút. Trung bình bệnh nhân nằm viện 14 ngày.

Bảng 3.2. Đánh giá tình trạng hạch sau phẫu thuật

		Số BN	Tỉ lệ %
Giai đoạn hạch	N0	55	74,3
	N1	19	25,7
	Tổng	74	100
Hạch trung thất + bụng	N0	58	78,4
	N (+)	16	21,6
	Tổng	74	100
Hạch cổ	N0	45	91,8
	N1	4	8,2
	Tổng	49	100

Nhận xét: Số lượng hạch vét trung bình là 17,9 hạch, bệnh nhân vét được nhiều hạch nhất là 33 hạch, có 25,7% bệnh nhân có giai đoạn hạch là N1. Có 21,6% bệnh nhân có di căn hạch trung thất hoặc hạch ổ bụng. Trong 49 ca vét hạch ba vùng có tỉ lệ di căn hạch cổ 8,2%.

Bảng 3.3. Thời gian trung tiện sau mổ

Thời gian có trung tiện	Số BN	Tỉ lệ %
≤ 48 giờ	4	5,4
49 – 72	24	32,4
73 – 96	44	59,5
> 96	2	2,7
Tổng	74	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trung tiện sau phẫu thuật 73 - 96 giờ, chiếm 59,5%.

Bảng 3.4. Thời gian cho ăn sau mổ

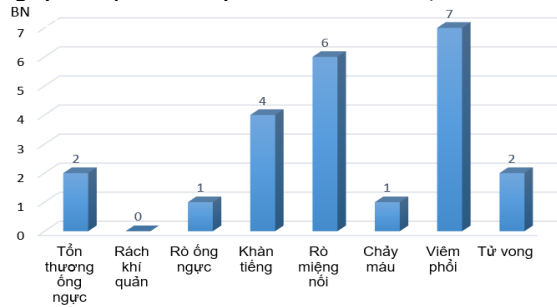
Thời gian cho ăn	Số BN	Tỉ lệ %
1 - 2 ngày	3	4,1
3 - 4 ngày	64	86,5
≥ 4 ngày	7	9,5
Tổng	74	100

Nhận xét: Bệnh nhân có xu hướng cho ăn sớm sau phẫu thuật 3 - 4 ngày chiếm 86,5%.

Bảng 3.5. Số ngày lưu ống dẫn lưu khoang màng phổi

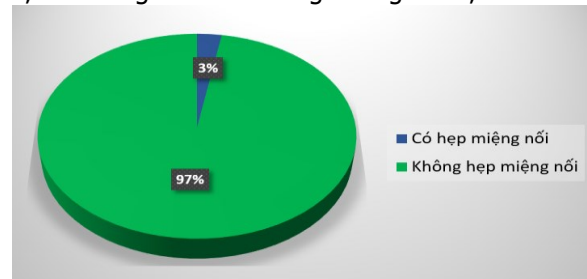
Số ngày lưu ống dẫn lưu	Số BN	Tỉ lệ %
2 - 4 ngày	2	2,7
5 - 6 ngày	50	67,6
≥ 7 ngày	22	29,7
Tổng	74	100

Nhận xét: Số ngày rút sonde dẫn lưu 5 - 6 ngày sau phẫu thuật chiếm đa số 67,6%.



Biểu đồ 1. Biến chứng sau mổ

Nhận xét: Sau phẫu thuật, có 6 bệnh nhân rò miệng nối chiếm 6,6%, 1 bệnh nhân rò ống ngực chiếm 1,4%, 7 bệnh nhân viêm phổi chiếm 9,5% và 4 bệnh nhân khàn tiếng chiếm 5,4%. Có 2 bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật chiếm 2,7%. Tổng số biến chứng chung là 31,2%.



Biểu đồ 2. Hẹp miệng nối sau PT

Nhận xét: Tỉ lệ hẹp miệng nối sau phẫu thuật chỉ chiếm 2,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong khoảng từ 37 - 71 tuổi với tuổi mắc bệnh trung bình là 54,9 tuổi và tuổi hay gặp nhất từ 51 - 60 tuổi chiếm tỉ lệ 41,9%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Phạm Đức Huấn, tuổi mắc UTTQ trung bình là 53 tuổi, của tác giả Nguyễn Xuân Hoà là 55 tuổi [2], [3]. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-59 tuổi theo nghiên cứu của Phạm Đức Huấn là 69%[2]. Các nghiên cứu của nước ngoài cho thấy tuổi mắc ung thư thực quản cao hơn. Theo Lordick và cộng sự tuổi mắc bệnh cao nhất ở bệnh nhân UTTQ ở châu Âu là nhóm 70 - 80 tuổi, theo Kaneko và cộng sự tuổi mắc bệnh trung bình là 64 tuổi [4], [5]. Sự khác biệt này có thể do tuổi thọ trung bình người Việt Nam thấp hơn, ngoài ra do quan niệm sống và điều kiện kinh tế không cho phép nên những bệnh nhân cao tuổi của nước ta không đi khám và điều trị bệnh khi được chẩn đoán. Trong nghiên cứu, bệnh gặp 100% ở nam giới. Tỉ lệ nam giới theo nghiên cứu của Phạm Đức Huấn là 96,9%, nam/nữ là 15,8/1 [2]. Tỉ lệ này trong các nghiên cứu của nước ngoài, đặc biệt là các nước phương Tây thấp hơn khá nhiều như nghiên cứu của Brown và cộng sự tỉ lệ nam giới là 72,4%, tỉ lệ nam/nữ là 2,6/1 [6]. Điều này có thể do phụ nữ Việt Nam nói riêng cũng như phụ nữ Châu Á nói chung không có thói quen uống rượu và hút thuốc lá như phụ nữ các nước phương Tây do đó tỉ lệ phụ nữ Việt Nam mắc ung thư thực quản ít hơn nhiều so với nam giới.

Chúng tôi lựa chọn phẫu thuật cho những bệnh nhân ung thư 1/3 giữa (47,3%) và 1/3 dưới (52,7%), không áp dụng cho những trường hợp ung thư 1/3 trên, do vai trò của hoá xạ trị đối với vị trí này rất tốt, hơn nữa vị trí 1/3 trên khi phẫu thuật tạo hình nối ở cổ khó đạt được diện cắt an toàn.

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật. Trong nghiên cứu thời gian mổ trung bình là 252 ± 8 phút, nhanh nhất là 190 phút, dài nhất là 325 phút. Trong 74 ca cắt thực quản vét hạch có 1 trường hợp có ung thư dạ dày kèm ung thư thực quản, chúng tôi đã tiến hành cắt thực quản cắt dạ dày vét hạch và tạo hình thực quản bằng đại tràng nên thời gian mổ kéo dài 325 phút. So với chính báo cáo của chúng tôi vào năm 2021 thì thời gian phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản vét hạch là 230 ± 8 phút. Thời gian mổ kéo dài hơn so với báo cáo năm 2021 là 66,2% trường hợp chúng tôi đã tiến hành vét hạch ba

vùng so với 100% vét hạch hai vùng mở rộng vào năm 2021.

Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng hạch vét trung bình là 17,9 hạch, bệnh nhân vét được nhiều hạch nhất là 33 hạch, có 25,7% bệnh nhân có giai đoạn hạch là N1. Có 21,6% bệnh nhân có di căn hạch trung thất hoặc hạch ổ bụng và trong 49 ca vét hạch ba vùng có tỉ lệ di căn hạch cổ 8,2%. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Xuân Hòa (2018) số hạch vét được trung bình là 20,2 với số lượng hạch vét được nhiều nhất là 43 hạch [3].

Thời gian nằm viện trung bình là $14,2 \pm 4,6$ ngày, ngắn nhất 11 ngày, dài nhất 37 ngày. Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân rò miệng nối phải điều trị nội khoa nên thời gian nằm viện kéo dài 37 ngày. Theo báo cáo của Nguyễn Xuân Hòa nghiên cứu trên 118 bệnh nhân phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản vét hạch có thời gian nằm viện trung bình là 9 ngày với thời gian ngắn nhất là 7 ngày và dài nhất là 42 ngày [3]. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi có dài hơn có thể do tỉ lệ bệnh nhân vét hạch ba vùng và phẫu thuật sau hóa xạ tiền phẫu nên hậu phẫu nặng hơn.

Trong nghiên cứu bệnh nhân có xu hướng cho ăn sớm sau phẫu thuật 3-4 ngày 86,5% và ăn sau 4 ngày chỉ chiếm 9,5%. Các nghiên cứu cho thấy cho ăn sớm sau mổ không làm tăng biến chứng sau phẫu thuật tiêu hóa và ngược lại làm cho khả năng hồi phục của bệnh nhân nhanh hơn, kích thích nhu động ruột. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có trung tiện sau phẫu thuật 73 - 96 giờ chiếm 59,5%.

Biến chứng trong và sau phẫu thuật: phẫu thuật ung thư thực quản nội soi là phẫu thuật lớn do vậy tỉ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật cao đặc biệt trên nhóm bệnh nhân được hóa xạ trị tiền phẫu. Biểu đồ 1 cho thấy có 2 bệnh nhân tử vong sau mổ chiếm tỷ lệ 2,7%, có 1 bệnh nhân rò miệng nối sớm và sau đó là biến chứng viêm phổi nặng, 1 bệnh nhân thể trạng yếu, viêm phổi nặng sau mổ. Có 2 bệnh nhân tổn thương ống ngực trong phẫu thuật chiếm 2,7%, cả 2 bệnh nhân phát hiện trong phẫu thuật đã tiến hành kẹp clip ống ngực và hậu phẫu không thấy rò dưỡng chấp. Trong 74 bệnh nhân có 1 bệnh nhân chiếm 1,4% có rò dưỡng chấp và bệnh nhân đã phải mở đường rạch ở cổ thắt ống ngực nhưng không cải thiện phải chuyển đi nút ống ngực. Phân tích tổng hợp đánh giá tỉ lệ rò dưỡng chấp dao động từ 0,4 - 4,2% với tỉ lệ tử vong có thể đến 50% [7]. Có 6 bệnh nhân rò miệng nối chiếm 8,1% và được

điều trị nội khoa ổn định. Báo cáo của Phạm Đức Huân có tỉ lệ rò miệng nối là 7,1%, của Nguyễn Xuân Hòa là 6,8% [2], [3]. Năm 2018, Tarun Kumar và cộng sự đã báo cáo 77 trường hợp bệnh nhân phẫu thuật ung thư thực quản thấy rằng tỉ lệ rò miệng nối ở nhóm nối tay là 27,8% và tỉ lệ này ở nhóm nối máy cắt thẳng là 6,89% khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$ [8]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến rò miệng nối như bệnh lý toàn thân, mức độ suy dinh dưỡng, kỹ thuật khâu nối, tình trạng thiếu máu ống dạ dày hay đại tràng đưa lên nối... Không có bệnh nhân nào tổn thương khí quản, có 4 BN (5,4%) khàn tiếng sau phẫu thuật do tổn thương thần kinh quặt ngược, trong quá trình vét hạch dọc 2 thần kinh quặt ngược, có 1 bệnh nhân có chảy máu sau mổ ở mạc nối lớn đã phải mở bụng, 9,5% bệnh nhân có viêm phổi trong thời kỳ hậu phẫu. Một nghiên cứu khác của Baofu Chen và cộng sự (2013) trên 142 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật cắt thực quản cho thấy tỉ lệ rò miệng nối là 6,3% (9 BN), tổn thương khí quản là 1 bệnh nhân (0,7%), tỉ lệ hẹp miệng nối là 7,7% (11 BN), tổn thương thanh quản quặt ngược là 5,6% (8 BN), viêm phổi sau mổ là 9,2% (13 BN), tổn thương mạch dạ dày gây hoại tử là 0,7% (1 BN) [9].

Đánh giá tình trạng xơ hẹp miệng nối, sau khi bệnh nhân ổn định được xuất viện sau đó bệnh nhân về nhà ăn có tình trạng nuốt nghẹn, bệnh nhân quay lại viện để nội soi thì có tình trạng hẹp miệng nối và bệnh nhân được tiến hành nội soi và nong miệng nối bằng bóng, biểu đồ 2 cho thấy có 2 BN (2,7%) được nhập viện có hẹp miệng nối và được nong bằng bóng nội soi. Nghiên cứu của Tommi Järvinen tổng hợp từ 19 nghiên cứu cho thấy bệnh nhân được làm miệng nối khâu tay có tỷ lệ chít hẹp miệng nối cao hơn 31% so với nối bằng stapler (OR 1.31; 95% CI 1-1,7)[10]. Chúng tôi cũng nhận thấy trong nhóm bệnh nhân các năm trước khi chúng tôi tiến hành nối miệng nối khâu tay đơn thuần thì tỷ lệ hẹp miệng nối khá cao, nhiều bệnh nhân sau mổ quay lại có hẹp miệng nối và được nong nội soi. Kohei Nakata và cộng sự báo cáo 90 bệnh nhân ung thư thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản và vét hạch làm miệng nối ở cổ bằng Stapler thẳng cho kết quả không có bệnh nhân nào rò miệng nối và có 4 bệnh nhân (4,4%) bị hẹp miệng nối. Các bệnh nhân hẹp miệng nối được báo cáo cải thiện triệu chứng khi nong miệng nối bằng bóng.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô thực quản được phẫu thuật nội soi ngực bụng cắt thực quản vết hạch làm miệng nối bằng Stapler thẳng ở cổ được tiến hành thường quy tại Bệnh viện K cho thấy tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 31,2% trong đó rò miệng nối chiếm 8,1%, tử vong sau phẫu thuật 2,7%. Tỉ lệ hẹp miệng nối có nong nội soi chiếm tỉ lệ thấp là 2,7%. Cần tiến hành các nghiên cứu có nhóm đối chứng để đánh giá thêm hiệu quả điều trị của phương pháp phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Sung et al.**, "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries," *CA Cancer J Clin*, vol. 71, no. 3, pp. 209–249, May 2021, doi: 10.3322/caac.21660.
2. **Phạm Đức Huân**, Nghiên cứu điều trị phẫu thuật ung thư ngực. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2003.
3. **Nguyễn Xuân Hoà**, Nghiên Cứu Ứng Dụng Nội Soi Cắt Thực Quản và Nạo Vết Hạch Rộng Hai Vùng (Ngực- Bụng) Trong Điều Trị Ung Thư Thực Quản. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2018.
4. **K. Kaneko et al.**, "Definitive chemoradiotherapy for patients with malignant stricture due to T3 or T4 squamous cell carcinoma of the oesophagus," *Br J Cancer*, vol. 88, no. 1, pp. 18–24, Jan. 2003, doi: 10.1038/sj.bjc.6600684.
5. **F. Lordick, C. Mariette, K. Haustermans, R. Obermannová, D. Arnold, and ESMO Guidelines Committee**, "Oesophageal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up," *Ann Oncol*, vol. 27, no. suppl 5, pp. v50–v57, Sep. 2016, doi: 10.1093/annonc/mdw329.
6. **L. M. Brown, S. S. Devesa, and W.-H. Chow**, "Incidence of adenocarcinoma of the esophagus among white Americans by sex, stage, and age," *J Natl Cancer Inst*, vol. 100, no. 16, pp. 1184–1187, Aug. 2008, doi: 10.1093/jnci/djn211.
7. **D. Zhou, Q.-X. Liu, X.-F. Deng, J.-X. Min, and J.-G. Dai**, "Comparison of two different mechanical esophagogastric anastomosis in esophageal cancer patients: a meta-analysis," *J Cardiothorac Surg*, vol. 10, p. 67, May 2015, doi: 10.1186/s13019-015-0271-4.
8. **T. Kumar et al.**, "Completely Linear Stapled Versus Handsewn Cervical Esophagogastric Anastomosis After Esophagectomy," *Indian J Surg*, vol. 80, no. 2, pp. 134–139, Apr. 2018, doi: 10.1007/s12262-018-1732-5.
9. **B. Chen et al.**, "Modified McKeown minimally invasive esophagectomy for esophageal cancer: a 5-year retrospective study of 142 patients in a single institution," *PLoS One*, vol. 8, no. 12, p. e82428, 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0082428.
10. **T. Järvinen, J. Cools-Lartigue, E. Robinson, J. Räsänen, and I. Ilonen**, "Hand-sewn versus stapled anastomoses for esophagectomy: We will probably never know which is better," *JTCVS Open*, vol. 7, pp. 338–352, Sep. 2021, doi: 10.1016/j.xjon.2021.07.021.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN GÂN THEO PHƯƠNG PHÁP SMITH ĐIỀU TRỊ LIỆT THẦN KINH QUAY CAO

Trần Văn Bình¹, Trần Chiến¹,
Trương Anh Dũng², Nguyễn Việt Nam²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liệt thần kinh quay cao không chỉ gây nên tình trạng mất duỗi cổ tay và các ngón tay, đồng thời làm giảm đáng kể lực nắm của bàn tay, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng bàn tay. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith điều trị liệt thần kinh quay cao tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc 43 bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ tháng 03/2019 đến hết tháng 03/2024. Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là 37,6 ± 17,9 tháng. Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn Tajima. **Kết quả:** Nam giới chiếm đa số với 31/43 trường hợp (chiếm 72,1%). Biên độ gấp cổ tay trung bình khi duỗi ngón là 45,84° ± 11,51° và 30,81° ± 11,81° khi gấp ngón. Biên độ duỗi cổ tay trung bình là 32,60° ± 9,95° khi duỗi ngón và 47,85° ± 10,83° khi gấp ngón. 97,7% bệnh nhân duỗi được kết các ngón khi khớp cổ tay duỗi trên 10°. Biên độ dạng ngón I trung bình là 55,12° ± 3,91°. Lực nắm trung bình đạt được là 68,00 ± 6,52% so với bên lành. Phẫu thuật không gây biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. 41/43 bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật, 97,7% bệnh nhân tiếp tục trở lại nghề nghiệp cũ. 42 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 97,7% đạt kết quả tốt và rất tốt, 2,3% bệnh nhân có kết quả trung bình. **Kết luận:** Điều trị liệt thần kinh quay cao bằng chuyển gân theo phương pháp Smith đạt kết quả rất tốt. Việc sử dụng cơ sấp tròn làm động lực duỗi cổ tay, cơ gấp cổ tay quay làm động lực duỗi các ngón đạt hiệu quả phục hồi biên độ vận động tốt, tránh biến chứng nghiêng quay khớp cổ tay. Phương pháp này được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và khuyến nghị.

Từ khóa: liệt thần kinh quay, chuyển gân.

SUMMARY

RESULTS OF SMITH TENDON TRANSFER IN HIGH RADIAL NERVE PALS

Background: High radial nerve palsy not only causes loss of wrist and finger extension, but also significantly reduces hand grip strength, seriously affecting hand function. **Objective:** Evaluate the result of Smith tendon transfer in high radial nerve palsy at 108 Military Central Hospital. **Methods:** A descriptive study of 43 patients with high radial nerve palsy from 03/2019 to 03/2024. The average follow-up

was 37,6 ± 17,9 months. Functional evaluation base on Tajima criteria. **Results:** Males constituted the majority (31/43 cases, 72,1%). The mean extension range of the wrist was 45,84° ± 11,51° during finger extension and 30,81° ± 11,81° during finger flexion. The mean flexion range of the wrist was 32,60° ± 9,95° during finger extension and 47,85° ± 10,83° during finger flexion. 97,7% of patients achieved full finger extension when the wrist joint was extended beyond 10°. The mean angulation range of the index finger was 55,12° ± 3,91°. The achieved grip strength was 68,0% compared to the unaffected side. The surgery did not induce radial deviation deformities of the wrist joint. 41/43 patients were satisfied with the surgical outcomes. 42/43 patients returned to their previous professions. 97,7% of patients achieved very good and good results, while 2,3% achieved fair results. **Conclusions:** Treating high radial nerve palsy using the Smith tendon transfer method yields very good results. The utilization of the pronator teres for wrist extensor transfer and the flexor carpi radialis for finger extensor transfer is appropriate and contributes to limiting wrist joint radial deviation deformities. This modified technique has been researched and recommended by various authors worldwide.

Keywords: radial nerve palsy, tendon transfer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bệnh cảnh liệt cao thần kinh quay (TKQ) ngoài mất duỗi cổ tay và các ngón tay, lực cầm nắm của bàn tay cũng có sự suy giảm rõ rệt. Với những trường hợp liệt cao thần kinh quay không hồi phục, chuyển gân được coi là phương pháp điều trị tối ưu nhất [1, 2].

Năm 1987 tác giả Smith, R. J. đề nghị một phương pháp chuyển gân mới khi chuyển gân cơ sấp tròn cho gân cơ duỗi cổ tay quay ngắn, chuyển gân cơ gấp cổ tay quay qua màng liên cốt cho gân duỗi chung các ngón, khâu treo gân dạng dài ngón I vào điểm bám gân cơ cánh tay quay, đồng thời chuyển gân gan tay dài cho gân duỗi dài và duỗi ngắn ngón I đã được chuyển hướng qua đường hầm dưới da bờ ngoài bàn tay. Điều này giúp gân gan tay dài vừa làm động lực duỗi vừa làm dạng ngón I [1]. Phương pháp này có ưu điểm là cơ gấp cổ tay quay có độ dài cơ lớn hơn cơ gấp cổ tay trụ nên biên độ duỗi các ngón tốt hơn; cơ gấp cổ tay trụ được bảo tồn nên giữ được trục cơ năng của khớp cổ tay, tránh biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay; đường đi của gân là đường thẳng qua màng liên cốt nên hiệu quả cơ cơ tốt hơn; ngón I hoạt động độc lập với các ngón khác. Vì vậy nhóm

¹Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Nam

Email: drnam108@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 15.10.2024