

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

nghiên cứu lựa chọn phương pháp điều trị này và tiến hành thực hiện đề tài: "*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*" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith điều trị liệt thần kinh quay cao.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân liệt TKQ cao không hồi phục được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith từ tháng 03/2019 đến hết tháng 03/2024 tại Khoa Chấn thương chi trên và vi phẫu thuật, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán xác định tổn thương liệt TKQ cao không hồi phục.
- Chỉ lựa chọn những BN có tổn thương TKQ cao đơn độc, không có tổn thương TKQ thấp, thần kinh trụ và thần kinh giữa kết hợp.
- Các khớp vùng cổ tay và bàn tay mềm mại, vận động thụ động hết biên độ trước khi tiến hành phẫu thuật chuyển gân.
- Các tổn thương xương đã liền tốt.
- Tổn thương phần mềm liền sẹo ổn định, không có sẹo xấu xơ dính rộng trên đường đi của gân.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương các cơ được lựa chọn làm cơ động lực.
- Cơ được chọn làm động lực có sức cơ từ 3 điểm trở xuống theo thang điểm đánh giá sức cơ của Hội đồng nghiên cứu Y học Anh BMRC (British Medical Research Council).
- Màng liên cốt bị vôi hoá, khe liên cốt bị hẹp hạn chế di động cơ động lực.
- BN không có cơ gan tay dài
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu. Khoa Chấn thương chi trên và vi phẫu thuật, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc.

Chỉ tiêu đánh giá. Căn cứ vào 5 chỉ tiêu theo phân loại của Tajima:

Chỉ tiêu 1: Mức độ phục hồi biên độ vận động các khớp

Chỉ tiêu 2: Mức độ biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay

Chỉ tiêu 3: Sự phục hồi lực nắm, so sánh với bên lành

Chỉ tiêu 4: Đánh giá sự phục hồi chức năng chung

Chỉ tiêu 5: Mức độ hài lòng của BN về kết quả phẫu thuật

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.

Thu thập số liệu hồi cứu kết hợp tiến cứu bằng bệnh án nghiên cứu. Kết quả được phân tích bằng phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 03/2019 đến tháng 03/ 2024, có 43 bệnh nhân liệt cao thần kinh quay được phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith.

Thời gian theo dõi trung bình là 37,6 ± 17,9 tháng, thời gian theo dõi ngắn nhất là 4 tháng, lâu nhất là 64 tháng. Bệnh nhân giới tính nam chiếm đa số với 72,1%, tỷ lệ nam/nữ là 2,58. Hai tay có tỷ lệ tổn thương khá tương đương với 46,5% tay trái và 53,5% tay phải. Các nguyên nhân chính gây tổn thương là gãy thân xương cánh tay (37,2%), vết thương sắc gọn (27,9%) và đụng giập mất đoạn TKQ (25,6%). Thời gian trung bình từ khi tổn thương đến khi phẫu thuật là 23,28 ± 37,12 tháng, trong đó nhanh nhất là 3 tháng, lâu nhất là sau 20 năm.

Biên độ gấp cổ tay trung bình khi duỗi ngón là 45,84^o ± 11,51^o và 30,81^o±11,81^o khi gấp ngón. Biên độ duỗi cổ tay trung bình là 32,60^o ± 9,95^o khi duỗi ngón và 47,85^o ± 10,83^o khi gấp ngón. 97,7% bệnh nhân duỗi được kết các ngón khi khớp cổ tay duỗi trên 10^o. Biên độ dạng ngón I trung bình là 55,12^o ± 3,91^o. Phẫu thuật không gây biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay, 42/43 bệnh nhân tiếp tục theo nghề cũ.

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 20	4	9,3
20 - 60	38	88,4
> 60	1	2,3
Tổng số	43	100

Tuổi trung bình 33,49±11,97 tuổi, nhỏ tuổi nhất 15, lớn nhất là 65. Đa số bệnh nhân 38/43 (chiếm 88,4%) thuộc nhóm tuổi từ 20 đến 60 (Bảng 1).

Bảng 2. Biên độ duỗi cổ tay khi khớp bàn ngón gấp

Biên độ duỗi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 10 ^o	0	0
10 ^o – 29 ^o	3	7
30 ^o – 50 ^o	22	51,2
> 50 ^o	18	41,8
Tổng số	43	100

Biên độ duỗi cổ tay trung bình: 47,85^o ± 10,83^o, nhỏ nhất 15, lớn nhất 60. Đa số các bệnh nhân duỗi được trên 30 độ chiếm 93%, có

18 bệnh nhân duỗi được hơn 50° chỉ có 7 bệnh nhân có biên độ duỗi cổ tay từ 10 đến 29 độ, không có bệnh nhân nào có biên độ dưới 10 độ (Bảng 2).

Bảng 3. Lực nắm so với bên lành

Lực nắm so với bên lành	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 40%	0	0
40% – dưới 50%	1	2,3
50% – dưới 60%	4	9,3
≥ 60%	38	88,4
Tổng số	43	100

Lực nắm so với bên lành trung bình: 68,0 ± 6,51, nhỏ nhất 47% lớn nhất 77%. Đa số bệnh nhân có lực nắm bàn tay từ mức 60% trở lên so với bên lành chiếm 88,4%, không có bệnh nhân nào có lực nắm dưới 40% (Bảng 3).

Bảng 4. Kết quả chung theo Tajima

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	35	81,4
Tốt	7	16,3
Trung bình	1	2,3
Xấu	0	0
Tổng số	43	100

Kết quả Bảng 4 cho thấy có 42/43 trường hợp (chiếm 97,7%) đạt kết quả từ tốt trở lên, chỉ có 1/43 trường hợp (chiếm 2,3%) đạt kết quả trung bình, không có bệnh nhân nào có kết quả xấu.

IV. BÀN LUẬN

Phục hồi duỗi cổ tay. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng cơ sấp tròn làm động lực chuyển cho cơ duỗi cổ tay quay ngấn. Biên độ duỗi cổ tay trung bình khi khớp bàn ngón gấp là 47,85° ± 10,83°. Kết quả này có sự tương đương với báo cáo của Phạm Hoàng Lai là 39,4° ± 17,6°, của Nguyễn Quang Vinh là 42,6° ± 14,8° [1, 2]. Theo Altintas AA biên độ duỗi cổ tay trung bình là 44° ± 6°, theo Ropars, M. là 38°, tác giả Al-Qattan báo cáo biên độ này là 45° [3, 4, 10].

Biên độ duỗi khớp cổ tay trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các tác giả nước ngoài và các tác giả này đều phục hồi động tác duỗi cổ tay bằng cách chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngấn. Chung, K. cũng cho rằng việc chuyển cơ sấp tròn vào cơ duỗi cổ tay quay dài sẽ góp phần làm biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay[5]. Theo Douglas, M. hiện nay mặc dù có nhiều phương pháp chuyển gân nhưng việc chuyển cơ sấp tròn cho cơ duỗi cổ tay quay ngấn gần như là một phương pháp hoàn hảo và phổ biến nhất[1].

Phục hồi duỗi các ngón. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cơ gấp cổ tay quay được sử dụng để phục hồi động tác duỗi các ngón. Kết quả có

97,7% số BN có khả năng duỗi tối đa các ngón khi khớp cổ tay duỗi trên 10°, kết quả này cũng tương tự với kết quả của tác giả Phạm Hoàng Lai là 91,8%, Nguyễn Quang Vinh là 93,9%[1, 2]. Biên độ duỗi khớp bàn ngón trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,70° ± 1.65°, biên độ này trong báo cáo của Phạm Hoàng Lai và Nguyễn Quang Vinh lần lượt là 9,7° ± 2° và 15,1° ± 7,1°[1, 2]. Sự sai khác này có thể do này là do việc điều chỉnh lực căng khi chuyển gân duỗi cổ tay quay cho gân duỗi chung các ngón. Cách tính biên độ duỗi khớp bàn ngón của các tác giả nước ngoài hầu như không có sự thống nhất. Al-Qattan M. ghi nhận biên độ duỗi khớp bàn ngón thiếu hụt trung bình là 4°[3]. Ishida O. thì ghi nhận biên độ duỗi khớp bàn ngón của ngón III (cổ tay ở tư thế duỗi 30°) trung bình là 5° [6].

Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy các tác giả có sử dụng cơ gấp cổ tay trụ để phục hồi động tác duỗi các ngón thì lại ghi nhận có biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. Nghiên cứu của Altintas A. sử dụng cả 2 phương pháp gấp cổ tay quay và gấp cổ tay trụ để phục hồi duỗi các ngón[4]. Tác giả ghi nhận độ nghiêng quay cổ tay trung bình là 19° ± 6°. Tác giả cũng cho rằng phương pháp chuyển gân của Merle D'Aubigne nên được cải biên vì với những bệnh nhân bị liệt thần kinh liên cốt sau (TKLCS), động tác duỗi cổ tay vẫn còn là do cơ duỗi cổ tay quay dài. Trong những trường hợp này, nên chọn cơ gấp cổ tay quay để chuyển gân. Nếu lấy cơ gấp cổ tay trụ thì tình trạng nghiêng quay khớp cổ tay sẽ càng nặng hơn[4]. Samar Y. sử dụng gân gấp cổ tay trụ để phục hồi duỗi các ngón. Tác giả ghi nhận tất cả bệnh nhân liệt TKLCS (13 BN) trong lô nghiên cứu đều có biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay với độ nghiêng trung bình là 14°. Tác giả cho rằng biến dạng này là do cơ gấp cổ tay trụ đã bị lấy làm cơ động lực nhưng nó vẫn có thể được chỉnh sửa một cách thụ động. Theo Chung, K. việc lấy cơ gấp cổ tay trụ để phục hồi duỗi ngón có thể làm biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay. Tình trạng này có thể còn trầm trọng hơn nếu chuyển cơ sấp tròn vào cơ duỗi cổ tay quay dài để phục hồi duỗi cổ tay. Vì vậy tác giả đề nghị xem xét chống chỉ định sử dụng cơ gấp cổ tay trụ đối với bệnh nhân đã có biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay trước phẫu thuật và những bệnh nhân liệt TKLCS[5]. Theo Douglas M. mặc dù phương pháp sử dụng cơ gấp cổ tay trụ là một trong những phương pháp chuyển gân đầu tiên, nhưng ngày nay, các phẫu thuật viên lại thích sử dụng cơ gấp cổ tay quay và cơ gấp các ngón nông hơn. Vì việc lấy đi cơ gấp cổ tay

trụ sẽ làm mất động tác gấp cổ tay trụ, cộng với việc BN bị liệt cơ duỗi cổ tay trụ sẽ gây mất cân bằng khớp cổ tay và biến dạng nghiêng quay khớp cổ tay.

Phục hồi vận động ngón I. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gân gan tay dài được chuyển cho gân duỗi dài và duỗi ngắn ngón I, sau khi đã chuyển hướng hai gân này theo đường hầm dưới da bờ ngoài bàn tay, động tác dạng ngón I được phục hồi bằng việc treo gân dạng dài vào điểm bám cơ cánh tay quay theo phương pháp Smith. Biên độ dạng ngón I trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $55,12^{\circ} \pm 3,91^{\circ}$, gần giống với kết quả của Phạm Hoàng Lai là $58,6^{\circ} \pm 8,4^{\circ}$ và Nguyễn Quang Vinh là $55,3^{\circ} \pm 7,4^{\circ}$ cao hơn so với kết quả của các tác giả nước ngoài khác như Altintas A. ($46^{\circ} \pm 10^{\circ}$) và Shamar Y. (44°)[1-4]. Thực tế khám lâm sàng sau mổ nhiều tháng cho thấy, bệnh nhân có thể duỗi độc lập ngón I so với các ngón khác do gân được chuyển độc lập với các ngón khác. Theo Kruft thủ thuật này giúp giữ ngón cái ở tư thế trung tính, không bị hẹp khe ngón I – II dưới lực kéo của cơ khép ngón cái, nhờ đó động tác đối ngón của ngón I phục hồi tốt hơn[7].

Phục hồi lực cầm nắm. Lực nắm trung bình đạt được của chúng tôi là $68,0\% \pm 6,5\%$ so với bên lành, gần giống với kết quả của Phạm Hoàng Lai là 70%, Nguyễn Quang Vinh là 65,4%, kết quả này cũng tương đồng với báo cáo của Reina, M. với 69,4%[1, 2, 9]. Trong liệt TKQ, do các cơ duỗi cổ tay bị liệt nên khớp cổ tay bị gấp thụ động khi gấp ngón. Vì vậy, lực nắm bị ảnh hưởng rất lớn. Theo Labosky, trong liệt TKQ, lực nắm giảm đi 77%[8]. Sau khi được chuyển gân phục hồi động tác duỗi cổ tay, lực nắm của bàn tay sẽ được phục hồi đáng kể. Trong liệt thấp, cơ duỗi cổ tay trụ bị liệt và đôi khi cơ duỗi cổ tay quay ngắn cũng bị liệt, nên lực nắm cũng bị ảnh hưởng nhưng ít hơn. Al-Qattan M. đã chuyển gân điều trị liệt TKQ và TKLCS cho 15 BN và lực nắm bàn tay sau mổ đạt 46% so với bên lành[3]. Altintas A. sử dụng cả hai phương pháp chuyển gân của tác giả Brooks và Merle D'Aubigne cải biên để phẫu thuật cho 77 BN thì lực nắm bàn tay sau mổ trung bình là 51% so với bên lành[4]. Ishida O. và Ikuta Y. ứng dụng phương pháp chuyển gân của Tsuge K. và Smith R.J., điều trị cho 35 BN liệt TKQ không hồi phục, kết quả phục hồi lực nắm đạt được bằng 63% so với bên lành[6]. Kết luận, việc sử dụng gân gấp cổ tay quay để chuyển gân, bảo tồn cơ gấp cổ tay trụ, giúp duy trì được trục cơ năng của khớp cổ tay. Vì vậy, lực nắm phục hồi tốt hơn so với phương pháp sử dụng cơ

gấp cổ tay trụ làm động lực.

Kết quả chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35/43 BN (81,4%) đạt kết quả rất tốt, 7/43 BN (16,3%) đạt kết quả tốt, 1/43 BN (2,3%) đạt kết quả trung bình và không có kết quả kém. Có 41/43 BN hài lòng với kết quả phẫu thuật và 42/43 BN có thể trở lại nghề cũ. Kết quả này cũng gần giống với nghiên cứu của Phạm Hoàng Lai và Nguyễn Quang Vinh kết quả đạt được lần lượt là 80,3% và 87,7% xếp loại rất tốt, 18,1% và 6,1% xếp loại tốt, 1,6% và 6,1% xếp loại trung bình, không có kết quả kém và 60/61 và 31/32 BN có thể tiếp tục theo nghề cũ[1, 2]. Al – Qattan M. ghi nhận 80% BN có kết quả rất tốt và 20% BN có kết quả tốt[3]. Altintas A. cũng ghi nhận 89% BN có thể quay lại công việc cũ[4]. Theo Shamar Y., 68% BN có kết quả từ tốt đến rất tốt, 32% BN có kết quả khá và không có BN nào có kết quả xấu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith điều trị liệt thần kinh quay cao đạt kết quả rất tốt. Việc sử dụng cơ sắp tròn chuyển cho cơ duỗi cổ tay quay ngắn là hoàn toàn phù hợp. Biên độ duỗi cổ tay trung bình là $32,60^{\circ} \pm 9,95^{\circ}$ khi duỗi ngón và $47,85^{\circ} \pm 10,83^{\circ}$ khi gấp ngón. Lựa chọn này đã được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu và khuyến nghị. Sử dụng cơ gấp cổ tay quay chuyển cho cơ duỗi chung các ngón là lựa chọn hợp lý khi có 97,7% bệnh nhân duỗi ngón được hết biên độ khi cổ tay duỗi 10° . Không ghi nhận tình trạng nghiêng quay khớp cổ tay. Biên độ vận động ngón I và các ngón tay dài đạt gần bình thường. Lực nắm trung bình đạt được bằng 68,0% so với bên lành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoàng Lai** (2009), Nghiên cứu điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phẫu thuật chuyển gân theo phương pháp Smith, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108, Hà Nội.
2. **Nguyễn Quang Vinh và Mai Trọng Tường** (2021), "Điều trị liệt thần kinh quay không hồi phục bằng phương pháp chuyển gân Merle d'Aubigne cải biên", Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh. 25(2), tr. 80-86.
3. **Al-Qattan, M. M.** (2012), "Tendon transfer for radial nerve palsy: a single tendon to restore finger extension as well as thumb extension/radial abduction", J Hand Surg Eur Vol. 37(9), pp. 855-62.
4. **Altintas, A. A., et al.** (2009), "Long-Term Results and the Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand Score Analysis After Modified Brooks and d'Aubigne Tendon Transfer for Radial Nerve Palsy", The Journal of Hand Surgery. 34(3), pp. 474-478.
5. **Chung, K.** (2019), "Principles and Applications of

- Tendon Transfers", Grabb and Smith's Plastic Surgery Wolters Kluwer Health.
6. **Ishida, O. and Ikuta, Y.** (2003), "Analysis of Tsuge's procedure for the treatment of radial nerve paralysis", *Hand Surg.* 8(1), pp. 17-20.
 7. **Kruft, S., von Heimburg, D., and Reill, P.** (1997), "Treatment of irreversible lesion of the radial nerve by tendon transfer: indication and long-term results of the Merle d'Aubigné procedure", *Plast Reconstr Surg.* 100(3), pp. 610-6; discussion 617-8.
 8. **Labosky, D. A. and Waggy, C. A.** (1986), "Apparent weakness of median and ulnar motors in radial nerve palsy", *J Hand Surg Am.* 11(4), pp. 528-33.
 9. **Reina, Micaela, et al.** (2024), "Results of Tendon Transfers in Radial Nerve Palsies: A New Evaluation Protocol", *Journal of Personalized Medicine.* 14(7), p. 758.
 10. **Ropars, M., et al.** (2006), "Long-term results of tendon transfers in radial and posterior interosseous nerve paralysis", *J Hand Surg Br.* 31(5), pp. 502-6.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG VÀ DẪN LƯU NƯỚC TIỂU THEO PHƯƠNG PHÁP BRICKER ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019 - 2024

Đỗ Trường Thành^{1,2}, Đỗ Ngọc Sơn², Chu Văn Tiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang do ung thư và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu và hồi cứu, không có đối chứng. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân được cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker do ung thư giai đoạn 2019-2024. Nghiên cứu có 91,7% là bệnh nhân nam, tuổi trung bình là 62,1 ± 9,3 tuổi. Trước mổ có 20 BN (33,4%) ở giai đoạn u T2,3a, 38 BN (63,3%) ở giai đoạn T3b, 2 BN (3,3%) ở giai đoạn u T4. Thời gian phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là 226,75 ± 57,0 phút. Sau phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker do ung thư, có 66,7% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt và 33,3% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình, không có bệnh nhân nào có kết quả phẫu thuật xấu. Có 58,1% bệnh nhân mặc cảm, ngại giao tiếp vì mùi khai nước tiểu và 67,4% bệnh nhân tiếp tục lao động bình thường. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ và chuyển dòng nước tiểu theo phương pháp Bricker là một phẫu thuật an toàn về ngoại khoa và đảm bảo nguyên tắc ung thư điều trị triệt căn cho bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ và mang lại chất lượng đời sống sau mổ tốt cho người bệnh. **Từ khóa:** Ung thư bàng quang, dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL CYSTECTOMY AND THE ILEAL CONDUIT DIVERSION (BRICKER) TO

¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
³Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
 Chịu trách nhiệm chính: Chu Văn Tiến
 Email: chutien8694@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.8.2024
 Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024
 Ngày duyệt bài: 16.10.2024

TREAT BLADDER CANCER AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD 2019 - 2024

Objectives: To describe the results of total cystectomy and the ileal conduit diversion (bricker) to treat bladder cancer at Viet Duc University Hospital in the period 2019 - 2024. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Of the 60 patients who underwent total cystectomy and ileal conduit diversion (bricker) to treat bladder cancer at Viet Duc University Hospital in the period 2019 - 2024, 91.7% were male. The average age of the patients was 62.1 ± 9.3 years. Preoperative imaging diagnosis: 20 patients (33.4%) had tumors in stage T2,3a, 38 patients (63.3%) had tumors in stage T3b, 2 patients (3.3%) had tumors in stage T4. The average surgery time of the patients was 226.75 ± 57.0 minutes. In which, the patient had the shortest surgery time of 112 minutes and the longest of 374 minutes. After total cystectomy and urinary diversion by Bricker method for cancer, 66.7% of patients had good surgical results and 33.3% of patients had average surgical results. No patient had poor surgical results. After surgery, 58.1% of patients felt self-conscious and afraid to communicate because of the smell of urine. 67.4% of patients continued to work normally. **Conclusion:** Total cystectomy and urinary diversion Bricker method is a safe surgical procedure and ensures the principle of radical treatment for patients with muscle-invasive bladder cancer and brings good postoperative quality of life. **Keywords:** Bladder cancer, ileal conduit (bricker), Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một loại ung thư khá phổ biến trên thế giới, là tổn thương ác tính thường gặp nhất của hệ tiết niệu. Điều trị ung thư bàng quang chủ yếu là phương pháp phẫu thuật. Cắt toàn bộ bàng quang được chỉ định cho các trường hợp ở giai đoạn muộn khi khối u đã xâm lấn vào các ổ niệu quản, các cơ quan lân cận hoặc ăn sâu xuống lớp cơ và lan tỏa rộng (từ