

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CHÈN ÉP THẦN KINH TRỤ VỊ TRÍ RÃNH RÒNG RỌC KHUYU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Kha Uy<sup>1</sup>, Nguyễn Việt Nam<sup>2</sup>,  
Lô Quang Nhật<sup>1</sup>, Nguyễn Điện Thành Hiệp<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh rọc rọc khuỷu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 57 bệnh án và BN đã được chẩn đoán xác định mắc hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh rọc rọc khuỷu và được phẫu thuật giải chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh rọc rọc khuỷu tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2019-1/2023. Thời điểm phẫu thuật trung bình: 8 tháng (3- 15 tháng), thời gian đánh giá cuối sau phẫu thuật trung bình 26,37 tháng (6 – 53 tháng). **Kết quả:** 57 bệnh nhân trong nghiên cứu có 15 bệnh nhân là nữ (26,3%), tuổi trung bình 48,7 ± 14,9 tuổi (10 - 75). Tay tổn thương bên trái chiếm 49,1%, tay phải chiếm 47,4%, cả 2 bên chiếm 3,5%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 8 tháng(3-15). Thời gian cuối sau phẫu thuật: 26,37 ± 14,29 tháng. Các triệu chứng trên thang điểm Quick DASH, BMRC và test phân biệt 2 điểm đều cho kết quả cải thiện đáng kể sau phẫu thuật ≥6 tháng(p<0,05) so với kết quả trước phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng gần và xa thấp chiếm 7,02%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh rọc rọc khuỷu bằng phương pháp giải chèn ép tại chỗ cho kết quả tốt, thời gian phục hồi nhanh, ít tai biến và biến chứng sau mổ.

**Từ khóa:** Hội chứng chèn ép thần kinh trụ tại rãnh rọc rọc khuỷu, bệnh lý thần kinh trụ, phẫu thuật điều trị bệnh lý thần kinh trụ.

### SUMMARY

#### RESULTS OF IN SITU DECOMPRESSION FOR FOR CUBITAL TUNNEL SYNDROME AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

**Objective:** Results of In situ decompression for for Cubital Tunnel Syndrome at 108 military central hospital. **Subjects and Method:** Cross-sectional descriptive study. A study of 57 patients were compression of the ulnar nerve at the elbow, have been treated with In situ decompression at 108 Military central hospital from January 2019 to January 2023. **Results:** Of the 57 patients in the study, 15 patients were female (26.3%), with an average age of 48.7 ± 14.9 years (10-75 years). The left hand

accounted for 49.1%, the right hand accounted for 47.4%, and both sides accounted for 3.5%. The average duration of illness is 8 months (3-15). Terminal time after surgery: 26.37 ± 14.29 months. Symptoms on the Quick DASH scale, BMRC, and 2-point differentiated test all showed significant improvement after surgery ≥6 months (p<0.05) compared to preoperative results. The low rate of near and distant complications accounted for 7.02%. **Conclusions:** Surgical treatment of ulnar nerve compression at the deep trochanter location by in-office decompression and insertion method gives good results, quick recovery time, and very few complications after the disease. **Keywords:** In situ decompression, cubital tunnel syndrome, decompressing the ulnar nerve around the elbow.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chèn ép thần kinh trụ vùng khuỷu tay cụ thể tại vị trí rãnh rọc rọc khuỷu là bệnh lý thần kinh bị chèn ép phổ biến thứ hai của chi trên, sau hội chứng ống cổ tay. Bệnh lý này gây ra một loạt các triệu chứng được gọi là hội chứng chèn ép thần kinh trụ tại rãnh rọc rọc khuỷu hay hội chứng đường hầm xương trụ (Cubital Tunnel Syndrome - CuTS). Theo một nghiên cứu tại Mỹ trong 6 năm từ 2006-2012: Tỷ lệ mắc CuTS hàng năm tại Mỹ ước tính khoảng 30 người/100.000 dân và có xu hướng tăng dần; tỷ lệ mắc ở nam nhiều hơn không đáng kể so với nữ và tỷ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi ở cả 2 giới [1].

Điều trị phẫu thuật đối với sự chèn ép dây thần kinh trụ tại rãnh rọc rọc khuỷu được chỉ định nếu bệnh nhân duy trì các triệu chứng dai dẳng sau một thời gian điều trị bảo tồn hoặc nếu họ có biểu hiện yếu cơ hoặc rối loạn cảm giác nghiêm trọng tại vùng dây thần kinh trụ chi phối. Phẫu thuật giải ép và chuyển vị trí dây thần kinh trụ ra trước từng là tiêu chuẩn vàng để điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ vùng khuỷu tay. Tuy nhiên, các nghiên cứu so sánh kết quả phẫu thuật giải ép và chuyển vị ra trước với phẫu thuật giải ép tại chỗ, cho thấy cả hai kỹ thuật đều có kết quả phục hồi và chức năng tương tự nhau. Ngoài ra, với giải ép tại chỗ cho thấy tỷ lệ biến chứng thấp hơn đáng kể, xu hướng đã chuyển từ phẫu thuật giải ép và chuyển vị thần kinh trụ ra trước sang phẫu thuật giải ép tại rãnh rọc rọc khuỷu [2], [3], [4].

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kha Uy

Email: khauy001@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

Để góp phần vào việc đánh giá về kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ tại rãnh ròng rọc khuỷu và tạo cơ sở dữ liệu cho những nghiên cứu chuyên sâu sau này, chúng tôi tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 47 bệnh án và BN đã được chẩn đoán xác định mắc hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu và được phẫu thuật giải chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2019-1/2023.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

BN được chẩn đoán xác định mắc hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu, có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật giải chèn ép thần kinh trụ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 hoặc bệnh án bệnh nhân đã ra viện được chẩn đoán xác định mắc hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu, có chỉ định phẫu thuật và đã được phẫu thuật giải chèn ép thần kinh trụ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian nghiên cứu từ 1/2019-1/2023.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhân có bệnh thần kinh khác như viêm đa dây thần kinh, bệnh rễ thần kinh, bệnh đám rối thần kinh cánh tay, bệnh nhân bất thường xương vùng khuỷu. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án mẫu nghiên cứu. Bệnh nhân không thăm khám lại sau phẫu thuật. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.**

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2019 đến tháng 01/2023.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang ở từng thời điểm: Trước mổ, thời điểm bệnh nhân ra viện (dựa vào hồ sơ bệnh án), thời điểm ít nhất 6 tháng sau phẫu thuật.

**2.3.1. Kỹ thuật mổ.** Được thực hiện theo quy trình kỹ thuật giải chèn ép tại chỗ.

- Rạch da qua lớp hạ bì dọc theo đường đi của thần kinh trụ vùng khuỷu tay, chiều dài từ 2-15 cm tùy kinh nghiệm của phẫu thuật viên

+ Dùng kéo phẫu tích, bóc tách qua lớp mỡ dưới da và tổ chức mô liên kết đến lớp cân bao

phía ngoài dây thần kinh trụ, bộc lộ rõ và tránh làm tổn thương các nhánh của dây thần bì vùng khuỷu. Cắt bỏ dây chằng nối giữa mỏm khuỷu và mỏm trên lồi cầu, mạc gân gấp cổ tay trụ. Kiểm tra chắc chắn toàn bộ dây chằng – mái vòm của đường hầm thần kinh trụ, mạc gân gấp cổ tay trụ đã được giải phóng hoàn toàn [5]

**Điều trị sau phẫu thuật**

- Cố định khuỷu trong 2 ngày đầu sau mổ tư thế gấp khuỷu 40-60 độ. Tiếp đó, BN được hướng dẫn để bắt đầu các bài tập ngón tay, cổ tay và khuỷu tay. BN được đặt nẹp khuỷu tay ở tư thế gấp khuỷu 40-60 độ vào ban đêm trong 3 tuần. Sau 1 tháng BN được phép lao động nhẹ và sau 6 - 8 tuần sẽ được phép trở lại các hoạt động như bình thường.

**2.3.2. Phương pháp đánh giá kết quả.**

Đánh giá kết quả dựa vào: thang điểm Quick DASH (bộ câu hỏi nhanh Disabilities of Arm, Shoulder and Hand); phân biệt 2 điểm tính; sức cơ của các nhóm cơ bàn tay do thần kinh trụ chi phối được đánh giá theo hệ thống thang điểm BMRC (British Medical Research Council) [6], [7]

M0: Không cơ cơ.

M1: Có máy cơ hoặc có dấu hiệu cơ cơ.

M2: Vận động chủ động khi không có trọng lực.

M3: Vận động chủ động thẳng được trọng lực.

M4: Vận động chủ động thẳng được trọng lực và lực cản.

M5: Sức cơ mạnh bình thường

- Thang điểm Quick DASH: Mức độ nhẹ (mất chức năng ít): 11 - 22 điểm. Mức độ vừa (mất chức năng vừa): 23 - 33 điểm. Mức độ nặng đến rất nặng (mất chức năng nhiều): 34 - 55 điểm.

- Phân biệt 2 điểm tính: Bình thường <6 mm, nhẹ 6-10mm, trung bình 11-15mm, nặng khi chỉ nhận biết được 1 điểm hoặc 2 điểm >15mm

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm đối tượng**

- n = 57 bệnh nhân trong đó nữ có 15 BN (26,3%), tuổi trung bình 48,7 ± 14,9 tuổi (10 - 75).

- Tay tổn thương: tay trái 28/57 chiếm 49.1%, tay phải 27/57 chiếm 47.4%, hai tay 2/57 chiếm 3.5%.

- Thời gian mắc bệnh trung bình: 8 tháng, nhiều nhất 15 tháng, ít nhất 3 tháng.

- Thời gian cuối sau phẫu thuật: 26,37 ± 14,29 tháng.

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

**Bảng 1: Sự cải thiện chủ quan của bệnh nhân qua thang điểm Quick DASH**

Thời gian	QDASH			p
	Mất chức năng ít	Mất chức năng vừa	Mất chức năng nhiều	

Trước PT	19.3%	54.4%	26.3%	<0.05
Sau PT ≥6 tháng	87.7%	12.3%	0%	

**Nhận xét:** Sau phẫu thuật điểm Q-DASH có sự cải thiện tốt cụ thể nhóm mất chức năng ít tăng lên 87.7%, nhóm mất chức năng vừa và nhiều giảm còn lần lượt là 12.3% và 0%

**Bảng 2: Sự cải thiện cảm giác da sau phẫu thuật**

Thời gian	PB2ĐT	Nhận biết 2 điểm < 6mm	Nhận biết 2 điểm 6-10 mm	Nhận biết 2 điểm 11-15 mm	Nhận biết 1 điểm	Không nhận biết	P
Trước PT		0%	15.8%	71.9%	12.3%	0%	<0.05
Sau PT ≥6 tháng		82.5%	14%	3.5%	0%	0%	

**Nhận xét:** Trước phẫu thuật tất cả các bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác da bàn tay. Sau phẫu thuật ≥ 6 tháng tỷ lệ bệnh nhân có cảm giác da bình thường tăng lên 82.5%, còn rối loạn cảm giác da nhẹ 14%, rối loạn mức độ trung bình 3.5% và không có rối loạn cảm giác da mức độ nặng.

**Bảng 3: Kết quả phục hồi vận động**

Thời điểm	Điểm M	M5	M4	M3	M2	p
Trước PT		14%	47.4%	31.6%	7%	<0,05
Sau PT ≥6 tháng		75.4%	21.1%	3.5%	0%	

**Nhận xét:** các bệnh nhân có kết quả phục hồi vận động sau phẫu thuật ≥6 tháng theo chiều hướng tốt, đa phần các bệnh nhân đã trở lại vận động bàn tay bình thường M5 chiếm 75.4%, M4 từ 47.4% xuống còn 21.1%, M3 từ 31.6% còn 3.5%, không còn bệnh nhân có thang điểm M2.

**Bảng 4: Bảng tỉ lệ các biến chứng sau mổ.**

Các biến chứng	Tần số	%
Chảy máu sau mổ	3	5.27
Nhiễm trùng	0	0
Đau sẹo mổ	1	1.75
Không có biến chứng	53	92.98
Tổng	57	100

**Nhận xét:** Đa phần các bệnh nhân không có biến chứng sau mổ (92.98%), có 3 bệnh nhân chảy máu sau mổ (5.27%), 1 bệnh nhân đau sẹo sau mổ (1.75%), không có bệnh nhân nào nhiễm trùng sau mổ.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong báo cáo này có 15 bệnh nhân nữ (26,3%) khác với các nghiên cứu trên thế giới đa phần tỉ lệ nam nữ không có sự chênh lệch quá nhiều [8]. Tuổi trung bình nghiên cứu 48,7 ± 14,9 tuổi (10 -75) Kết quả trên khá tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới. Kết quả tuổi độ mắc bệnh trung bình của tác giả Bacle và cộng sự năm 2014 là 55 tuổi [9], tác giả Dutzmann và cộng sự năm 2013 là 47,6 tuổi [8] Schmidt và cộng sự năm 2015 là 49,2 tuổi [10].

Trong 57 bệnh nhân nghiên cứu có 47.4% bị bên phải và 49.1% bị bên trái, chỉ có 3.5% mắc bệnh cả 2 tay. Cho thấy các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần mắc bệnh ở một bên tay tương đồng với nghiên cứu của G. Bacle và cộng sự trên 502 bệnh nhân mắc hội chứng chèn ép thần kinh trụ tại rãnh ròng rọc khuỷu cho thấy tỉ lệ mắc 2 tay chiếm 6.77% [9]

**4.2. Kết quả.** Bộ câu hỏi Quick DASH gồm 11 mục câu hỏi được dùng để đánh giá khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng tay bị thương và mức độ ảnh hưởng đến công việc và các hoạt động thể thao, nghệ thuật của cánh tay, vai và bàn tay. Kết quả trong báo cáo cho thấy sau phẫu thuật ≥6 tháng tỉ lệ cải thiện trên thang điểm Quick DASH rất tốt, tỉ lệ mất chức năng nhiều từ 26.3% xuống còn 0%, tỉ lệ mất chức năng vừa từ 54.4% xuống còn 12.3%, tỉ lệ mất chức năng ít từ 19.3% lên 87.7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Mateusz Koziej và cộng sự nghiên cứu trên 47 bệnh nhân thấy rằng thang điểm đánh giá mức độ tổn thương chức năng cánh tay, vai và bàn tay có cải thiện tích cực sau 6 tháng phẫu thuật giải chèn ép tại chỗ.

Về cảm giác da bàn tay vùng thần kinh trụ chi phối trong nghiên cứu của chúng tôi trước phẫu thuật không có bệnh nhân nào có cảm giác da bình thường (Phân biệt 2 điểm tĩnh <6mm), sau phẫu thuật ≥6 tháng tăng lên 82.5%, mất cảm giác nhẹ 14% và trung bình 3.5%, không còn bệnh nhân mất cảm giác mức độ nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Về vận động đánh giá theo thang điểm BMRC các bệnh nhân có kết quả phục hồi vận động sau phẫu thuật ≥6 tháng cải thiện rõ, đa phần các bệnh nhân đã trở lại vận động bàn tay bình thường M5 chiếm 75.4%, M4 từ 47.4% xuống còn 21.1%, M3 từ 31.6% còn 3.5%, không còn bệnh nhân có thang điểm M2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Các nghiên cứu trên thế giới đều cho kết quả tương đồng về sự cải thiện thang điểm MRC trên lâm sàng. A. Nabhan và cộng sự

đã tìm thấy trong nghiên cứu của mình sự cải thiện điểm trung bình của thang điểm MRC từ  $4,0 \pm 1$  trước phẫu thuật thành  $4,5 \pm 0,7$  sau phẫu thuật đối với giải chèn ép tại chỗ. Năm 2020, Ryckie G và cộng sự đã tổng hợp 30 nghiên cứu trên 2894, 87% bệnh nhân cải thiện trên lâm sàng sau phẫu thuật. G. Bacle và cộng sự cũng công bố kết quả nghiên cứu so sánh giữa các phương pháp điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ tại rãnh ròng rọc khuỷu thì giải chèn ép tại chỗ đem lại kết quả với tỉ lệ cải thiện hoặc chữa khỏi từ 93 – 95% [9]

Về biến chứng sau mổ đa phần các bệnh nhân không có biến chứng sau mổ (92.98%), có 3 bệnh nhân chảy máu sau mổ (5.27%), 1 bệnh nhân đau sẹo sau mổ (1.75%), không có bệnh nhân nào nhiễm trùng sau mổ. Kết quả biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả trên thế giới khi họ thấy rằng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật giải chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu cho kết quả tương tự các phương pháp khác nhưng tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật ít hơn [9].

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị hội chứng chèn ép thần kinh trụ vị trí rãnh ròng rọc khuỷu bằng phương pháp giải chèn ép tại chỗ cho kết quả phục hồi cảm giác và vận động tốt, tỉ lệ hồi phục chức năng bàn tay cao, rất ít tai biến và biến chứng sau mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Osei D.A., Groves A.P., Bommarito K. và cộng sự.** (2017). Cubital Tunnel Syndrome: Incidence and Demographics in a National

- Administrative Database. *Neurosurgery*, 80(3), 417–420.
2. **Li M., He Q., Hu Z. và cộng sự.** (2015). Applied anatomical study of the vascularized ulnar nerve and its blood supply for cubital tunnel syndrome at the elbow region. *Neural Regen Res*, 10(1), 141–145.
3. **Nakashian M.N., Ireland D., và Kane P.M.** (2020). Cubital Tunnel Syndrome: Current Concepts. *Curr Rev Musculoskelet Med*, 13(4), 520–524.
4. **Carlton A. và Khalid S.I.** (2018). Surgical Approaches and Their Outcomes in the Treatment of Cubital Tunnel Syndrome. *Front Surg*, 5, 48.
5. **Kelly B.J. và Hughes T.** (2013). Treatment Options for Cubital Tunnel Syndrome. .
6. **Wang Y., Sunitha M., và Chung K.C.** (2013). How to Measure Outcomes of Peripheral Nerve Surgery. *Hand Clin*, 29(3), 349–361.
7. **Schreuders T.A.R., Roebroek M.E., Jaquet J.-B. và cộng sự.** (2004). Long-term outcome of muscle strength in ulnar and median nerve injury: comparing manual muscle strength testing, grip and pinch strength dynamometers and a new intrinsic muscle strength dynamometer. *J Rehabil Med*, 36(6), 273–278.
8. **Dützmann S., Martin K.D., Sobottka S. và cộng sự.** (2013). Open vs retractor-endoscopic in situ decompression of the ulnar nerve in cubital tunnel syndrome: a retrospective cohort study. *Neurosurgery*, 72(4), 605–616; discussion 614–616.
9. **Bacle G., Marteau E., Freslon M. và cộng sự.** (2014). Cubital tunnel syndrome: comparative results of a multicenter study of 4 surgical techniques with a mean follow-up of 92 months. *Orthop Traumatol Surg Res OTSR*, 100(4 Suppl), S205–208.
10. **Schmidt S., Kleist Welch-Guerra W., Matthes M. và cộng sự.** (2015). Endoscopic vs Open Decompression of the Ulnar Nerve in Cubital Tunnel Syndrome: A Prospective Randomized Double-Blind Study. *Neurosurgery*, 77(6), 960–970; discussion 970–971.

## KẾT QUẢ CẮT KHỐI TÁ TỤY NẠO VẾT HẠCH MỞ RỘNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÙNG ĐẦU TỤY

Phạm Thế Anh<sup>1</sup>, Trương Mạnh Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của nạo vét hạch mở rộng trong phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị các bệnh lý ung thư vùng đầu tụy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu các trường hợp được phẫu thuật cắt

khối tá tràng đầu tụy, vét hạch mở rộng cho các bệnh lý ung thư vùng đầu tụy tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện K trong thời gian từ 07/2009 – 07/2018. **Kết quả:** Phẫu thuật đã được thực hiện cho 24 bệnh nhân (BN). Tỉ lệ nam/nữ: 1/1,67. Tuổi trung bình:  $53,4 \pm 15,1$  tuổi. Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư biểu mô tuyến bóng Vater (66,67%), ung thư biểu mô tuyến tụy (16,67%), u đặc giả nhú (12,5%), ung thư biểu mô tuyến của phần thấp ống mật chủ (4,16%). 1 BN có di căn nhóm hạch quanh động mạch gan chung (nhóm 8), chiếm 4,16%. Thời gian nằm hồi sức sau mổ:  $4,2 \pm 2,0$  ngày. Biến chứng thường gặp: rò tụy (12,5%), áp xe tồn dư (8,3%). Thời gian nằm viện trung bình:  $26,1 \pm 12,0$  ngày. **Kết luận:** Cắt khối tá tụy nạo vét hạch mở rộng trong điều trị ung thư vùng

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023