

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐOẠN ĐẠI TRỰC TRÀNG VỚI PHƯƠNG PHÁP KHÂU MŨI TÚI MỠM TRỰC TRÀNG

Ân Thái Hoàng Anh¹, Lý Hữu Phú², Hồ Y Bằng³,
Đặng Tâm^{1,4}, Nguyễn Quốc Vinh⁴, Trần Phùng Dũng Tiên⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xì rò miệng nối là biến chứng nặng trong phẫu thuật cắt đoạn đại – trực tràng điều trị ung thư trực tràng. Nhiều nghiên cứu cho thấy xì rò làm giảm hiệu quả điều trị và để lại nhiều di chứng nặng cho người bệnh. Mặc dù đã có nhiều cải tiến trong kỹ thuật mổ, trang thiết bị, máy khâu nối, nhưng tỉ lệ xì rò vẫn còn khá cao 6-11%. Nhiều phẫu thuật viên cho rằng “tai chó” của phương pháp hai máy bấm là một yếu tố nguy cơ góp phần gây ra biến chứng xì rò miệng nối và họ đề xuất thực hiện phương pháp khâu mũi túi mỡm trực tràng. Vài nghiên cứu ngoài nước cho thấy tỉ lệ xì rò miệng nối giảm. Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về phương pháp khâu mũi túi mỡm trực tràng này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt đoạn đại – trực tràng thực hiện miệng nối đơn máy bấm và khâu 2 mũi túi mỡm trực tràng trong điều trị ung thư đại – trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca PTNS cắt trước và cắt trước thấp, thực hiện khâu 2 mũi túi mỡm trực tràng và dùng 1 máy khâu nối vòng điều trị ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại tổng quát bệnh viện Triệu An từ tháng 1/2011 đến tháng 8/2022. **Kết quả:** 38TH được PTNS cắt đoạn đại – trực tràng bằng phương pháp đơn máy bấm và khâu 2 mũi túi, tuổi trung bình 64,87 ± 11,44, nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (60,5%). 16TH (42,1%) ung thư trực tràng cao được PTNS cắt trước, 12TH (31,6%) ung thư trực tràng giữa và 10TH (26,3%) ung thư trực tràng dưới được PTNS cắt trước thấp với thời gian PT trung bình lần lượt là 214,4 ± 44,2 phút và 250,0 ± 48,6 phút, lượng máu mất trung bình 126,58 ± 52,72 ml, OTH phải truyền máu, không có tai biến biến chứng trong mổ. Biến chứng sau mổ như: xì miệng nối, áp xe tồn lưu, rò âm đạo trực tràng, chảy máu sau mổ 0%, tử vong 0%. **Kết luận:** Kỹ thuật khâu mũi túi mỡm trực tràng trong PTNS cắt đoạn đại – trực tràng điều trị ung thư cho kết quả an toàn, hiệu quả ở các trung tâm phẫu thuật lớn, PTV nhiều kinh nghiệm với rất ít tai biến biến chứng.

Từ khóa: Ung thư đại – trực tràng, phẫu thuật nội soi cắt trước, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, phương pháp khâu mũi túi mỡm trực tràng.

SUMMARY

¹Bệnh viện Triệu An

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Trà Vinh

⁴Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Hữu Phú

Email: phu.lh@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC COLORECTAL RESECTION SURGERY USING PURSESTRING SUTURE PLACEMENT ON THE RECTAL STUMP: A RETROSPECTIVE STUDY

Objectives: Anastomotic leakage is a serious complication in colorectal resection surgery for rectal cancer treatment. Many studies have shown that leakage reduces the effectiveness of treatment and leave many serious sequelae for patients. Although there have been many improvements in surgical techniques, equipment and stapling devices, the leakage rate is still quite high at 6 – 11%. Many surgeons believe that the “dog ears” in two-stapler method contribute to the risk of anastomotic leakage complications, and they recommend implementing the pursestring suture placement method on the rectal stump. Several international studies have reported a decreased rate of anastomotic leakage. In Vietnam, there is currently limited research on the method of pursestring suture placement on the rectal stump.

Methods: A retrospective study of laparoscopic anterior resection and laparoscopic low anterior resection with a single-stapler anastomosis and the placement of two pursestring sutures on the rectal stump for the treatment of rectal cancer. **Results:** 38 patients underwent laparoscopic colorectal resection with a single-stapler anastomosis and the placement of two pursestring sutures on the rectal stump, with an average age of 64,87 ± 11,44 years, men have the disease more often than women (60,5%). 16 patients (42,1%) with high rectal cancer underwent laparoscopic anterior resection, 12 patients (31,6%) with middle rectal cancer and 10 patients (26,3%) with low rectal cancer underwent laparoscopic low anterior resection. The average operative time were 214,4 ± 44,2 minutes and 250,0 ± 48,6 minutes respectively, the average blood loss was 126,58 ± 52,72 ml, 0 patients requiring blood transfusion. There were no complications during surgery. Postoperative complications, such as anastomotic leakage, intra-abdominal abscesses, vaginal rectal fistula, and bleeding occurred in 0% of case and there were no patient deaths. **Conclusion:** The method of pursestring suture placement on the rectal stump during laparoscopic colorectal resection for cancer treatment results safety and effectiveness when performed in specialized medical centers.

Keywords: Colorectal cancer, Anterior resection, Low anterior resection, A pursestring suture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xì rò miệng nối là biến chứng nặng và đáng quan ngại đối với tất cả PTV trong phẫu thuật cắt đoạn đại – trực tràng điều trị ung thư trực tràng. Nhiều NC cho thấy xì rò làm giảm hiệu quả điều

trị và để lại nhiều di chứng cho người bệnh như HMNT vĩnh viễn, HCCTT nặng kéo dài, đau mạn tính, trầm trọng hơn là gây tái phát sớm ung thư. Dù đã có nhiều cải tiến trong kỹ thuật mổ, trang thiết bị, cũng như máy khâu nối, nhưng tỉ lệ xì rò vẫn còn khá cao 6 – 15%.⁸ Theo NC của Nguyễn Hoàng Bắc (2008)¹ tỉ lệ xì miệng nối là 6,7% nhưng không ghi nhận các yếu tố có liên quan: béo phì, Cushing, suy kiệt, xạ trị trước mổ, u xâm lấn nhiều,... Vì thế, nhiều PTV cho rằng “tai chó” 2 bên mồm trực tràng của kỹ thuật khâu nối đại – trực tràng qua nội soi bằng phương pháp 2 máy bấm, với đầu xa trực tràng được cắt – đóng bằng máy khâu bấm thẳng là một yếu tố thuận lợi cho biến chứng xì miệng nối. Ngoài ra, các TH ung thư trực tràng quá thấp, khung chậu nam, khối u to sẽ gây khó khăn cho việc đóng đầu xa. Do đó để giảm tỉ lệ xảy ra tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật, các PTV đã đề xuất phương pháp khâu 2 mũi túi mồm trực tràng nhằm khắc phục nhược điểm của phương pháp trước đây.

Ở các nước phương Tây, một số NC gần đây như Brunner (2022)⁸ so sánh giữa phương pháp khâu nối đơn máy bấm có tỉ lệ biến chứng miệng nối là 6,48% thấp hơn nhiều so với phương pháp hai máy bấm với tỉ lệ xì rò miệng nối cao là 15,28%.

Ở Việt Nam, Đặng Tâm (2013) báo cáo 22 TH phẫu thuật với phương pháp khâu mũi túi mồm trực tràng theo kỹ thuật cải tiến tại BV Triều An, chưa ghi nhận TH nào có biến chứng xì rò. Tuy nhiên, mẫu NC chưa đủ lớn để chứng tỏ ưu nhược điểm của phương pháp này. Do đó, chúng tôi thực hiện NC này để trả lời câu hỏi: Kết quả sớm của kỹ thuật khâu nối đơn máy bấm và khâu 2 mũi túi mồm trực tràng trong PTNS cắt đoạn đại tràng điều trị ung thư như thế nào?

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả sớm của PTNS cắt đoạn đại – trực tràng thực hiện miệng nối đơn máy bấm và khâu 2 mũi túi mồm trực tràng trong điều trị ung thư trực tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh. BN được chẩn đoán ung thư đại – trực tràng có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến (UTBMT), được PTNS cắt trước hoặc cắt trước thấp thực hiện miệng nối với kỹ thuật khâu 2 mũi túi mồm trực tràng và sử dụng 1 máy khâu nối vòng.

Tiêu chuẩn loại trừ. BN mắc ung thư đồng thời (ung thư đại tràng hoặc ngoài đại tràng).

BN được phẫu thuật trong tình huống cấp cứu như do tắc ruột, thủng u, xuất huyết tiêu

hoá dưới,...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả loạt ca

2.3. Phương pháp thực hiện. Chúng tôi thu thập danh sách BN có chẩn đoán tương ứng với các cụm từ “Ung thư đại – trực tràng”, “Phẫu thuật nội soi cắt trước”, “Phẫu thuật nội soi cắt trước thấp” trong vòng mười hai năm từ tháng 1/2011 đến tháng 8/2022 tại Bệnh viện Triều An. Sàng lọc và chọn các hồ sơ thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ. Các biến số nghiên cứu được ghi nhận và tổng hợp theo biểu mẫu thu thập số liệu gồm:

- Các biến số độc lập: đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.
- Các biến số phụ thuộc: phương pháp mổ, thời gian mổ, tai biến biến chứng và tử vong sau mổ, thời gian hậu phẫu.

2.4. Xử lý số liệu. Hồi cứu hồ sơ bệnh án của người bệnh. Xử lý số liệu theo các phương pháp thống kê y học với phần mềm Excel 2010 và SPSS 22.0.

Các biến số định lượng được mô tả bằng số trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân phối bình thường hoặc trung vị nếu phân phối lệch. Các biến định tính lập bảng phân phối tần số, tỉ lệ phần trăm. Khảo sát mối tương quan giữa các tỉ lệ bằng phép kiểm χ^2 hoặc phép kiểm Fisher. Tương quan được xem là có ý nghĩa khi phép kiểm có $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

2.5. Ý đức. Nghiên cứu được tiến hành khi có sự cho phép của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh – Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM với mã số: 2229-DHYD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong vòng 12 năm từ tháng 1/2011 đến tháng 8/2022 tại Bệnh viện Triều An, chúng tôi hồi cứu hồ sơ có 38 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu (N=38)

Đặc điểm		Số BN	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	1	2,6
	40 – 80 tuổi	34	89,5
	≥ 80 tuổi	3	7,9
Giới	Nam	23	60,5
	Nữ	15	39,5
Bệnh nội khoa		20	52,6
Triệu chứng lâm sàng	Tiêu phân đàm máu	28	73,7
Vị trí u	Ung thư trực tràng cao	16	2,1

Ung thư trực tràng giữa	12	31,6
Ung thư trực tràng dưới	10	26,3

Nhận xét: Nghiên cứu có 38 TH ở độ tuổi trung bình 64,87 ± 11,44 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 35 và lớn nhất là 89. Nhóm tuổi thường gặp từ 40 – 80 tuổi. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, phần lớn BN vào viện do tiêu phân đàm máu và có bệnh nội khoa đi kèm.

Về vị trí ung thư trực tràng cao gặp nhiều nhất 16 TH (42,1%), 12 TH (31,6%) ung thư trực tràng giữa và 10 TH (26,3%) ung thư trực tràng dưới. UTBMT và độ biệt hoá vừa chiếm đa số lần lượt là 94,6% và 92,1%.

Bảng 2: Đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ (%)
Vi thể	Ung thư biểu mô tuyến	36	94,7
	Ung thư biểu mô tuyến nhầy	2	5,3
	Biệt hoá vừa	35	92,1
	Biệt hoá thấp	1	2,6
	Không biệt hoá	2	5,3
Độ xâm lấn của u (T)	T1	3	7,9
	T2	5	13,2
	T3	8	21
	T4a	20	52,6
	T4b	2	5,3
Di căn hạch (N)	N0	26	68,4
	N1	11	29
	N2	1	2,6
Di căn xa (M)	M0	38	100
	M1	0	0

Nhận xét: Về giai đoạn bệnh, phần lớn BN nhập viện với tình trạng ung thư tiến triển: 57,9% BN có khối u xâm lấn quá thanh mạc (pT4), trong đó 2BN (5,3%) có khối u xâm lấn bàng quang và ruột non. 3BN (7,89%) ung thư giai đoạn sớm, không TH di căn xa.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3: Đặc điểm và kết quả sớm sau phẫu thuật

Đặc điểm	X±SD (Min-Max)	
	Cắt trước (N=16)	Cắt trước thấp (N=22)
Thời gian phẫu thuật (phút)	235,00±49,48 (140-360)	214,4±44,2 250,0±48,6
Lượng máu mất (ml)	250,0±48,6 (50-200)	111,88±46,2 137,3±55,6
Mở hồi tràng ra da	0 (0%)	
Miệng nối cách bờ HM	≤ 3cm	7 (18%)
	> 3cm	31 (82%)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	8,66 ± 2,95 (6-19)	
Biến chứng sau phẫu thuật	0 (0%)	

Tử vong	0 (0%)
Sự hiện diện tế bào ác tính diện cắt dưới	0 (0%)

Nhận xét: Trong 38TH nghiên cứu, có 16TH (42,1%) được phẫu thuật cắt trước và 22TH (57,9%) phẫu thuật cắt trước thấp, miệng nối cách bờ hậu môn lớn hơn 3cm chiếm đa số 31TH (82%) và chỉ có 7TH (18%) miệng nối cách bờ hậu môn nhỏ hơn 3 cm. Không có TH mở hồi tràng ra da.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 235,00 ± 49,48 phút và lượng máu mất trung bình là 250,0 ± 48,6 ml, 0 TH truyền máu trong và sau mổ. Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ của các trường hợp cắt trước và cắt trước thấp có sự khác biệt nhưng không đáng kể. Thời gian hậu phẫu trung bình 8,66 ± 2,95 ngày. Không ghi nhận tai biến biến chứng trong và sau phẫu thuật. Không TH nào tử vong. Xét độ an toàn phẫu thuật về mặt ung thư thì NC chúng tôi ghi nhận tất cả các TH đều có diện cắt dưới an toàn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 64,87 ± 11,44 tuổi. Nhóm tuổi phổ biến trong NC nằm trong khoảng từ 40 – 80 tuổi, chiếm tỉ lệ cao là 89,5%. Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ tương tự với NC của Nguyễn Hoàng Bắc và Bùi Chí Việt.^{2,3} Dấu hiệu lâm sàng chính làm BN đi khám bệnh là tiêu phân đàm máu, phù hợp với y văn trong và ngoài nước.^{3,4}

Đặc điểm khối u: Vị trí khối u được đánh giá theo phần chính của u. Trong đó, tổn thương trực tràng cao gặp nhiều nhất 16 TH (42,1%), 12 TH (31,6%) trực tràng giữa và 10 TH (26,3%) trực tràng dưới. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước.^{3,5}

Đặc điểm giải phẫu bệnh học sau mổ: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất (94,7%); có 5,3% BN ung thư biểu mô tuyến nhầy, mức độ biệt hóa vừa chiếm đa số (92,1%); 2,6% BN có độ biệt hóa thấp và 5,3% BN không biệt hóa. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc (2010)², của Bùi Chí Việt (2010)³ độ biệt hoá vừa cũng chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 87,1% và 74,2%. các NC cho thấy mức độ biệt hóa của tế bào ung thư biểu mô có liên quan đến tiên lượng sống còn hoặc tái phát bệnh.^{4,7}

Giai đoạn khối u: Mức độ xâm lấn qua thanh mạc (T4a) thường gặp nhất 20 TH (52,6%), sau đó là u T3 với 8 TH (21%), 5 TH (13,2%) u T2, 3 TH (7,9%) u T1. Có 2 TH (5,2%) u T4b xâm lấn

bàng quang và ruột non. Về giai đoạn hạch, tỉ lệ di căn hạch trong NC là 12 TH (31,6%) trong đó chỉ có 1 TH (2,6%) di căn hạch trên 4 hạch. Mặc dù tỉ lệ di căn hạch trong mẫu NC thấp nhưng tỉ

lệ u xâm lấn cao chứng tỏ BN đến bệnh viện ở giai đoạn muộn, sau phẫu thuật cần điều trị hỗ trợ để tăng hiệu quả điều trị.

4.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4: So sánh kết quả phẫu thuật với các nghiên cứu khác

Tác giả	N	Kỹ thuật	Mở hồi tràng (%)	Thời gian phẫu thuật (Độ lệch chuẩn)	Lượng máu mất (ml)	Thời gian hậu phẫu (ngày)	Biến chứng (%)	Tử vong (%)
Brunner (2022) ⁸	131	2 máy	18	295 (129-581)	132 (10-1000)	8,7 (5-51)	3	0
Kang (2010) ⁹	170	2 máy	91,4	244,9 (75,4)	217,5	8 (7-12)	21,2	0
Lujan (2009) ¹⁰	101	2 máy	62	193,7 (45,1)	127,8	8,3 ± 7,3	30,7	1,9
Ng (2008) ⁶	51	2 máy		213 (46,2)	321,7	10,8 (5-27)	45,1	1,96
Braga (2007) ⁷	83	2 máy	26,5	262 (72)	213	10 ± 4,9	28,9	0
Chúng tôi	38	1 máy – 2 mũi túi	0	235 (49,48)	126,58	8,66 ± 2,95	0	0

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của NC chúng tôi là 235,00 ± 49,48 phút, nhỏ nhất là 140 phút và lớn nhất là 360 phút. Nhìn chung thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác. So với NC của Kang⁹, Braga⁷ và Brunner⁸ thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi ngắn hơn, dài hơn không đáng kể so với NC của Lujan¹⁰ và Ng⁶.

Lượng máu mất trung bình là 126,58 ± 52,72 ml. Lượng máu mất ít nhất là 50 ml và nhiều nhất là 200 ml. Không có TH nào phải truyền máu sau mổ. So với nhiều NC khác thì lượng máu mất trung bình của chúng tôi là ít hơn.

Thời gian hậu phẫu của BN chúng tôi tương đồng với các NC khác.⁶⁻⁹

Nhìn chung, tỉ lệ tai biến biến chứng từ 3 – 45,1%, tỉ lệ tử vong khoảng 0 – 2% tùy theo từng nghiên cứu.⁶⁻¹⁰ NC chúng tôi không có BN có biến chứng trong và sau mổ, không có BN tử vong. Điều này có thể do tất cả BN được phẫu thuật bởi một ekip bác sĩ phẫu thuật chuyên về ung thư đại trực tràng, BN được chọn lọc, chuẩn bị tiền phẫu kỹ và tối ưu hóa trước khi tiến hành phẫu thuật.

Kỹ thuật khâu mũi túi mỡ trực tràng là phẫu thuật an toàn, hiệu quả điều trị cao, kỹ thuật không quá phức tạp. Ngoài ra, kỹ thuật này còn giảm chi phí điều trị y tế đáng kể cho người bệnh so với phương pháp khâu nối 2 máy. Vì vậy, kỹ thuật này nên được nghiên cứu sâu rộng hơn ở tất cả các Trung tâm Y khoa chuyên về phẫu thuật nội soi cả nước.

4.3. Những hạn chế của nghiên cứu. Cỡ mẫu của NC nhỏ chỉ thực hiện ở một cơ sở y tế nên không mang tính khái quát.

Là NC hồi cứu mô tả loạt ca, không phải NC lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng nên không thể tránh khỏi một số yếu tố gây nhiễu. Chỉ định PTNS hay mổ mở thực hiện khâu mũi túi mỡ

trực tràng hay phương pháp 2 máy bấm còn tùy thuộc vào "sở thích, thói quen" của bác sĩ phẫu thuật cũng như còn tùy thuộc vào tình trạng bệnh lý của người bệnh...

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật khâu mũi túi mỡ trực tràng trong PTNS cắt đoạn đại – trực tràng điều trị ung thư cho kết quả an toàn, hiệu quả ở các trung tâm phẫu thuật lớn, PTV nhiều kinh nghiệm với rất ít tai biến biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Hoàng Bắc.** Xì miệng nối sau phẫu thuật cắt đoạn đại trực tràng do ung thư. Y học TP Hồ Chí Minh. 2008;12:308-313.
- Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, Nguyễn Quốc Thái.** Tai biến và biến chứng phẫu thuật nội soi cắt nối máy điều trị ung thư trực tràng. Y học TP Hồ Chí Minh. 2010;14:119-123.
- Bùi Chí Việt.** Vai trò của máy khâu nối vòng trong phẫu thuật ung thư trực tràng có bảo tồn cơ thắt. Y học TP Hồ Chí Minh. 2010;15(4)
- Holtedah K, Borgquist L, Donker GA, et al.** Symptoms and signs of colorectal cancer, with differences between proximal and distal colon cancer: a prospective cohort study of diagnostic accuracy in primary care. BMC family practice. Jul 8 2021;22(1):148. doi:10.1186/s12875-021-01452-6
- Ganapathi SK, Subbiah R, Rudramurthy S, Kakkilaya H, Ramakrishnan P, Chinnusamy P.** Laparoscopic anterior resection: Analysis of technique over 1000 cases. Journal of minimal access surgery. Jul-Sep 2021;17(3):356-362. doi:10.4103/jmas.JMAS_132_20
- Ng SS, Leung KL, Lee JF, et al.** Laparoscopic-assisted versus open abdominoperineal resection for low rectal cancer: a prospective randomized trial. Annals of surgical oncology. Sep 2008; 15(9):2418-25. doi:10.1245/s10434-008-9895-0
- Braga M, Frasson M, Vignali A, Zuliani W, Capretti G, Di Carlo V.** Laparoscopic resection in rectal cancer patients: outcome and cost-benefit analysis. Diseases of the colon and rectum. Apr 2007;50(4):464-71. doi:10.1007/

- s10350-006-0798-5
8. **Brunner M, Zu'bi A, Weber K, et al.** The use of single-stapling techniques reduces anastomotic complications in minimal-invasive rectal surgery. 2022;37(7):1601-1609.
9. **Kang S-B, Park JW, Jeong S-Y, et al.** Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial. 2010;11(7):637-645.
10. **Lujan J, Valero G, Hernandez Q, Sanchez A, Frutos M, Parrilla PJJ**oBS. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery in patients with rectal cancer. 2009;96(9):982-989.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI HAI BÊN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Thị Ngọc Linh¹, Thịnh Thái¹, Ngô Hải Sơn¹,
Dương Hồng Quân¹, Nguyễn Hồng Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng, theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên. Thời gian từ 01/2017 - 01/2023. **Kết quả:** 51 bệnh nhân có 34 nam, 17 nữ. Tỷ lệ nam: nữ = 2:1. Tuổi trung bình 28,2. Thời gian theo dõi trung bình 22,2 tháng. Sau điều trị: Sai khớp cắn có 4 bệnh nhân (chiếm 7,8%), há miệng tốt chiếm 76,5%, trung bình chiếm 23,5%; biến chứng đau và rối loạn vận động chiếm 15,7%. Kết quả tốt chiếm 66,7%, trung bình chiếm 25,5%, kém chiếm 7,8%. **Kết luận:** Gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên cần được chẩn đoán đúng và điều trị thích hợp để giảm thiểu tối đa các biến chứng sau điều trị cho bệnh nhân

Từ khóa: Gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên.

SUMMARY

EVALUATION OF BILATERAL CONDYLAR FRACTURE TREATMENT OF MANDIBLE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of bilateral condylar fracture treatment of mandible. **Methods:** A clinical description, retrospective study of 51 patients between 01/2017 – 01/2023. **Results:** We had 51 patients, 34 male patients, 17 female patients. The average age of group: 28,2. The average follow-up time: 22,2 months. The results of treatment: Malocclusion (7,8%); Good mouth opening (76,5%), average mouth opening (23,5%). Complications: pain and movement disorder (15,7%). General treatment results: Good (66,7%), Fair (25,5%), Bad (7,8%). **Conclusions:** Bilateral condylar fracture must be diagnosed correctly and proper treated to minimize the complications to the patients.

Keywords: bilateral condylar fracture

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ngọc Linh

Email: dongoclinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương hàm dưới xảy ra phổ biến trong chấn thương hàm mặt, trong đó 25-35% liên quan tới gãy lồi cầu và 40-50% các trường hợp gãy lồi cầu biểu hiện gãy hai bên [1]. Gãy lồi cầu hai bên tác động và gây ra nhiều khó khăn hơn so với gãy một bên. Tuy nhiên, có rất ít thông tin về phương pháp điều trị tối ưu cho gãy lồi cầu hai bên. Các trường hợp gãy cạnh cắn thường xảy ra đơn thuần hoặc cùng với gãy lồi cầu đối bên. Rất hiếm khi thấy gãy lồi cầu hai bên mà không có gãy xương khác kèm theo. Rối loạn khớp cắn, không có khả năng nhai thức ăn, khó há miệng, đau vùng trước tai là những triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân. Gãy dưới cổ lồi cầu hai bên vẫn còn tranh cãi về việc điều trị, tiến hành nắn chỉnh kết hợp xương một bên hay nắn chỉnh, kết hợp xương hai bên. Tuổi của bệnh nhân, vị trí gãy, góc di lệch, di lệch đầu lồi cầu và các vị trí gãy khác ảnh hưởng tới quyết định điều trị của phẫu thuật viên [2].

Trên thế giới hiện đã có một số nghiên cứu về hiệu quả của các phương pháp điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên. Tuy nhiên, ở Việt Nam nghiên cứu về điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên vẫn còn rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Đánh giá kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên được điều trị tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo Hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2017- 01/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên có hoặc không kèm theo gãy xương ở vị trí