

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GHÉP XƯƠNG Ổ RĂNG BẰNG XƯƠNG MÀO CHẬU TỰ THÂN CHO BỆNH NHÂN SAU DI CHỨNG CHẤN THƯƠNG HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Thịnh Thái¹, Nguyễn Thị Thu Hằng¹,
Vương Thị Tố Uyên², Nguyễn Hồng Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ghép xương ổ răng bằng xương mào chậu tự thân cho bệnh nhân sau di chứng chấn thương hàm mặt. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu gồm 15 bệnh nhân bị tiêu xương ổ răng. Thời gian từ 01/2021 đến 03/2023. **Kết quả:** Trong 15 bệnh nhân có 11 bệnh nhân là nam chiếm 73,3%, có 4 bệnh nhân nữ chiếm 26,7%. Các bệnh nhân tiêu xương theo chiều ngang ở mức độ III chiếm 73,3% và mức độ II chiếm 26,7%. Kích thước trung bình xương ổ răng của nhóm trước khi ghép là $3,96\text{mm} \pm 1,04\text{mm}$. Kích thước xương ổ răng trung bình sau ghép là $7,47\text{mm} \pm 1,23\text{mm}$. Biến chứng: 1 bệnh nhân chảy máu tại nơi lấy xương chậu, 1 bệnh nhân cảm giác tê bì. **Kết luận:** ghép xương chậu tự thân là một lựa chọn phù hợp cho các bệnh nhân khuyết xương ổ răng lớn sau chấn thương hàm mặt nặng. **Từ khóa:** ghép xương chậu, tiêu xương ổ răng

SUMMARY

EVALUATION OF ILIAC BONE GRAFTING FOR ALVEOLAR BONE RESORPTION IN POST-TRAUMATIC MAXILLOFACIAL PATIENTS IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of iliac bone grafting for alveolar bone in post-traumatic maxillofacial patients. **Methods:** A clinical description, retrospective study of 15 patients between 01/2021 – 03/2023. **Results:** We had 15 patients, 11 male patients (73,3%), 4 female patients (26,7%). Alveolar bone resorption class III accounted for 73,3%, class II was 26,7%. Average preoperative horizontal width: $3,96\text{mm} \pm 1,04\text{mm}$, average post-opt horizontal width: $7,47\text{mm} \pm 1,23\text{mm}$. Complications: bleeding in donor site (1 patient), numbness (1 patient). **Conclusions:** Autogenous iliac bone graft is reasonable choice for patient who get alveolar bone resorption after maxillofacial trauma. **Keywords:** iliac bone graft, alveolar bone resorption.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy gãy xương hàm mặt chiếm tỉ lệ cao trong bệnh cảnh chấn thương nói chung. Nguyên nhân chủ yếu là

do tai nạn giao thông (90%) và nam giới chiếm tỉ lệ cao (90-95%). Bệnh nhân chấn thương hàm mặt thường kèm theo tình trạng chấn thương mất răng và xương ổ răng. Di chứng sau chấn thương làm xương ổ răng bị huyết khối và tiêu đi nhiều gây ảnh hưởng về mặt chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân.

Có rất nhiều phương pháp được sử dụng nhằm phục hồi lại chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân sau chấn thương như làm phục hình răng giả, cấy ghép implant nha khoa... Tuy nhiên với các bệnh nhân chấn thương nặng, mất nhiều răng, xương ổ răng tiêu nhiều thì chưa thể tiến hành thực hiện các thủ thuật nha khoa thông thường mà cần tái tạo lại xương ổ răng trước.

Tại Việt Nam, vấn đề sử dụng xương nhân tạo cũng như xương tự thân để ghép tái tạo xương ổ răng đã được thực hiện từ lâu tuy nhiên với các bệnh nhân sau chấn thương hàm mặt vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả ghép xương mào chậu tự thân, đặc biệt được thực hiện tại thời điểm bệnh nhân được phẫu thuật tháo bỏ nẹp vít. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: "Đánh giá kết quả ghép xương ổ răng bằng xương mào chậu tự thân cho bệnh nhân sau di chứng chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu
- + Nghiên cứu thực hiện trên 15 bệnh nhân khuyết xương ổ răng do di chứng của chấn thương hàm mặt được tiến hành ghép xương mào chậu tự thân tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình- Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
- + Thời gian từ tháng 01/2021 tới tháng 3/2023

- Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ bệnh nhân nghiên cứu

+ Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân khuyết xương ổ răng hàm trên, hàm dưới hoặc cả hai hàm do di chứng của chấn thương hàm mặt. Khoảng mất răng từ hai răng trở lên.

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mất xương rộng gây gián đoạn cung hàm

¹Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Kinh Doanh và Công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thịnh Thái

Email: thinhthai1908@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024

➢ Khuyết xương theo chiều đứng mức độ nhiều >1cm.

➢ Khuyết hồng xương kèm theo thiếu hụt mô mềm không thể che phủ được xương sau ghép

➢ Bệnh nhân có bệnh lý xương khớp (loãng xương, viêm xương..)

➢ Bệnh nhân có các chống chỉ định toàn thân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành phương pháp mô tả lâm sàng theo dõi dọc không đối chứng.

- Các bước tiến hành:

➢ Bước 1: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

- Tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ liên hệ

- Ngày nhập viện, ngày phẫu thuật, ngày ra viện.

➢ Bước 2: Khám các dấu hiệu lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh khi nhập viện

- Toàn thân: Xác định bệnh nhân có bệnh toàn thân ảnh hưởng tới sự an toàn của người bệnh khi tiến hành gây mê nội khí quản hay kết quả ghép xương hay không.

- Tiền sử: Hút thuốc lá, tiểu đường,..

- Tại chỗ:

+ Đánh giá vị trí tiêu xương:

• Tiêu xương phía trước (từ răng nanh về phía trước)

• Tiêu xương phía sau (vùng răng hàm nhỏ, răng hàm lớn)

• Tiêu xương hàm trên hay tiêu xương hàm dưới

+ Đánh giá mô mềm tại vùng mất xương ổ răng: sẹo co kéo, thiếu hụt mô mềm...

+ Đánh giá trên phim XQ: phim CT-Conebeam được sử dụng để đánh giá xương ổ răng vùng chấn thương. Đo kích thước chiều ngang xương ổ răng sử dụng phân loại tiêu xương ổ răng theo Tolstunov [1]

• Độ 0: Không tiêu xương ổ răng

• Độ I: Xương ổ răng rộng 7-9mm

• Độ II: Xương ổ răng còn 4-7mm

• Độ III: Xương ổ răng ít hơn 4mm

➢ Bước 3: Tiến hành phẫu thuật ghép xương ổ răng

➢ Bước 4: Chăm sóc sau phẫu thuật:

- Bệnh nhân được sử dụng: Kháng sinh, giảm viêm, giảm đau trong 7-10 ngày

- Hướng dẫn vệ sinh răng miệng, súc miệng nước Chlohexidine 0,2% 2-3 lần/ngày, trong 7 ngày.

- Theo dõi các dấu hiệu:

+ Toàn thân: Tình trạng sốt, mất máu nếu có...

+ Nơi nhận: Chảy máu vết mổ, Rò dịch, Liền thương vết mổ.

+ Nơi lấy xương: chảy máu, tê bì, đau khi

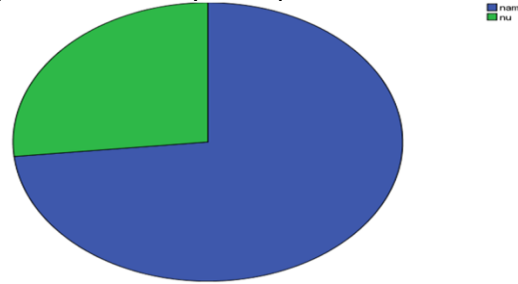
vận động, thoát vị cơ hoặc gãy xương chậu.

- Sau 6 tháng bệnh nhân được chụp lại phim CTconbeam đánh giá kích thước xương ổ răng sau ghép theo các tiêu chí như trước khi ghép.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo chương trình thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 15 bệnh nhân thu được kết quả như sau:



Biểu đồ 1: Biểu đồ phân bố giới tính nam, nữ

Nhận xét: Trong 15 bệnh nhân có 11 bệnh nhân là nam chiếm 73,3%, có 4 bệnh nhân nữ chiếm 26,7%.

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới xương ghép

Các yếu tố	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Hút thuốc	3	20%
Tiểu đường	0	0%

Nhận xét: trong số 15 bệnh nhân thì chỉ có 3 bệnh nhân hút thuốc lá chiếm 20%

Bảng 2. Vị trí tiêu xương cần ghép

Vị trí tiêu xương	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Hàm trên vùng răng cửa	11	73,3
Cả hai hàm trên-dưới	4	26,7
Tổng	15	100

Nhận xét: Trong 15 bệnh nhân có 11 bệnh nhân được ghép xương máo chậu tại vùng răng cửa hàm trên, có 4 bệnh nhân ghép xương phối hợp cả hàm trên và hàm dưới.

Bảng 3. Đặc điểm mô mềm vùng ghép xương

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Niêm mạc bình thường	2	13,3
Thiếu niêm mạc mức độ trung bình	8	53,3
Thiếu niêm mạc nhiều, sẹo co kéo	5	33,4
Tổng	15	100

Nhận xét: Các bệnh nhân sau mất răng, phần niêm mạc lợi đa số thiếu mức độ trung bình chiếm 53,3%, mức độ nhiều chiếm 33,4% chỉ có 2 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 13,3% niêm mạc bình thường.

Bảng 4. Kích thước xương ổ răng trước khi ghép

BN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kích thước (mm)	3,5	4,5	3,0	4,0	4,0	2,0	3,5	3,5	6,0	4,5	4,0	5,5	3,5	5,0	3,0

Nhận xét: Kích thước trung bình xương ổ răng của nhóm trước khi ghép là $3,96\text{mm} \pm 1,04\text{mm}$

Bảng 5. Phân độ tiêu xương ổ răng theo Tolstunox

Phân loại tiêu xương ổ răng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Độ III	11	73,3
Độ II	4	26,7
Tổng	15	100

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đều tiêu xương theo chiều ngang ở mức độ III chiếm 73,3% và mức độ II chiếm 26,7%

Bảng 6. Kích thước xương ổ răng sau khi ghép

BN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Kích thước (mm)	8,0	7,5	7,0	8,5	7,0	4,0	6,5	7,0	10	8,0	7,5	8,0	7,0	8,5	7,5

Nhận xét: Kích thước xương ổ răng trung bình sau ghép là $7,47\text{mm} \pm 1,23\text{mm}$

Bảng 7. So sánh kích thước xương ổ răng trước và sau ghép xương

Kích thước xương ổ răng	X \pm SD	Median	p
Kích thước XOR trước phẫu thuật	$3,96 \pm 1,04$	0,26	0,000
Kích thước XOR sau phẫu thuật	$7,47 \pm 1,29$	0,33	
Hiệu chênh lệch	$3,50 \pm 0,19$		

Nhận xét: Có sự khác biệt về kích thước xương ổ răng trước và sau khi ghép. Sau khi ghép xương mào chậu tự thân thì kích thước xương ổ răng tăng lên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 8. Các biến chứng của phẫu thuật

Các biến chứng		Số bệnh nhân
Nơi nhận	Sốt	0
	Chảy máu	0
	Rò dịch	0
	Không liền thương	0
Nơi lấy xương	Chảy máu	1
	Tê bì	1
	Đau khi vận động	0

Nhận xét: trong 15 bệnh nhân của chúng tôi có 1 bệnh nhân bị chảy máu tại nơi lấy xương chậu, 1 bệnh nhân cảm giác tê bì.

IV. BÀN LUẬN

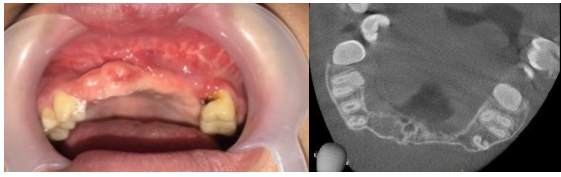
Qua nghiên cứu trên 15 bệnh nhân chúng tôi xin đưa ra một số nhận xét và bàn luận sau:

4.1. Tuổi, giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 bệnh nhân nam chiếm 73,3%, có 4 bệnh nhân nữ chiếm 26,7%. Trong đó độ tuổi trung bình là 24,8, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18, nhiều tuổi nhất là 45. Điều này phù hợp vì tỷ lệ các bệnh nhân bị thiếu hụt xương ổ răng tương ứng với tỷ lệ các bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt. Theo các nghiên cứu về chấn thương hàm mặt thì nó xảy ra ở nam giới nhiều hơn nữ giới và

thường xảy ra ở lứa tuổi lao động.

4.2. Các yếu tố nguy cơ. Có nhiều yếu tố bệnh lý và phẫu thuật liên quan tới sự thành công của mảnh xương ghép. Các yếu tố này bao gồm thể tích máu mất, hút thuốc lá, tiểu đường, kháng sinh sau phẫu thuật, các biến chứng tại vị trí nhận, phương pháp cố định xương... Hút thuốc lá có mối liên quan tới thành công của mảnh ghép với các tỷ lệ khác nhau. Theo nghiên cứu của Osborn [2] các bệnh nhân không hút thuốc sẽ tăng tỷ lệ thành công của mảnh ghép lên 90% so với 75%. Tiểu đường cũng làm gia tăng khả năng nhiễm trùng cũng như các bệnh lý viêm quanh răng gây ảnh hưởng tới sự lành thương của mảnh ghép. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân chiếm 20% có tiền sử hút thuốc lá, không có bệnh nhân nào bị tiểu đường. Tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ nên chưa đánh giá được tác động của hút thuốc với việc ghép xương.

4.3. Vị trí tiêu xương cần ghép. Trong 15 bệnh nhân có 11 bệnh nhân được ghép xương mào chậu tại vùng răng cửa hàm trên, có 4 bệnh nhân ghép xương phối hợp cả hàm trên và hàm dưới. Như vậy trong các bệnh nhân chấn thương hàm mặt thì các bệnh nhân thường bị gãy nhiều răng ở vùng răng cửa hàm trên đây là vị trí phía trước dễ bị chấn thương đầu tiên. Sau khi mất răng, bản ngoài xương vỏ răng bị tiêu nhanh chóng trong giai đoạn đầu của quá trình tái tạo lại xương, sống hàm vùng răng cửa tiêu 25% độ rộng trong năm đầu, 40-50% trong vòng 3-5 năm tiếp theo [3]. Như vậy, sau khi chấn thương, xương ổ răng vùng răng cửa tiêu nhanh, đây cũng là vùng thẩm mỹ ảnh hưởng nhiều tới bệnh nhân và là lý do để hầu hết các bệnh nhân tới ghép xương ổ răng nhằm phục hồi lại thẩm mỹ cũng như chức năng.



Hình 1. Hình ảnh tiêu xương vùng răng cửa trong miệng và trên phim CTconebeam

4.4. Đặc điểm mô mềm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, niêm mạc lợi đa số thiếu mức độ trung bình chiếm 53,3%, mức độ nhiều kèm sẹo co kéo chiếm 33,4% chỉ có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 13,3% niêm mạc bình thường. Một trong những yếu tố quan trọng góp phần thành công trong việc ghép xương ổ răng là thao tác trên mô mềm niêm mạc. Yêu cầu cần phải thiết kế vạt đủ rộng, khi khâu đóng không được căng. Các bệnh nhân trong nghiên cứu thường do bị chấn thương hoặc bị ảnh hưởng bởi các đường sẹo cũ khi rạch để bộc lộ kết hợp xương tại lần đầu do đó mô mềm thường hay bị tiêu, kèm theo nhiều sẹo xơ gây cản trở tới việc bóc tách vạt, việc di động vạt cũng gặp nhiều khó khăn hơn.

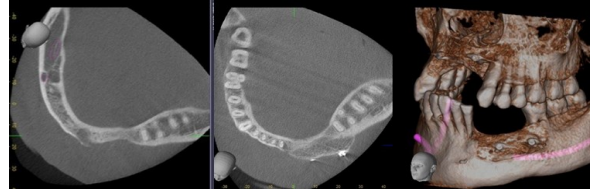
Các bệnh nhân được sử dụng vạt hình thang trong đó đường rạch ngang đi ở đỉnh sống hàm mất răng, các đường rạch dọc cách ít nhất 2 răng phía bên khoảng mất răng, hoặc rạch nối liên tiếp với đường sẹo cũ trên ngách tiền đình. Bóc tách toàn bộ lớp niêm mạc-màng xương lên tới gần nền mũi hoặc tới vị trí đặt nẹp vít cũ, tiến hành rạch ngang màng xương sau đó dùng kéo đầu tù để giảm căng, thường thu thêm được 1-1,5cm chiều dài vạt. Tuy nhiên, điều này dẫn đến thiếu niêm mạc lợi sừng hóa là yếu tố khiến cho các phục hình răng giả trên implant không ổn định. Cần phải tiến hành ghép lợi tự do cho các bệnh nhân này thì sau.



Hình 2. Bệnh nhân sau ghép xương được ghép lợi thì sau

4.5. Kết quả ghép xương ổ răng bằng xương mào chậu. Hầu hết các bệnh nhân đều tiêu xương theo chiều ngang ở mức độ III chiếm 73,3% và mức độ II chiếm 26,7% theo phân loại của Tolstunov. Kích thước chiều ngang xương trung bình của nhóm nghiên cứu trước khi ghép là $3,96\text{mm} \pm 1,04\text{mm}$. Kích thước chiều ngang xương trung bình của nhóm nghiên cứu sau khi ghép là $7,47\text{mm} \pm 1,23\text{mm}$. Như vậy, sau khi ghép xương mào chậu tự thân thì kích thước xương ổ

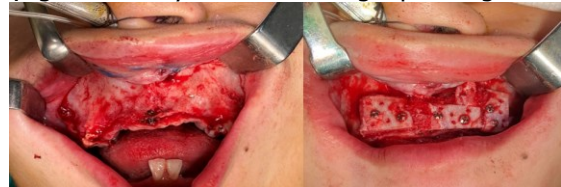
răng tăng lên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sự gia tăng kích thước này có mối tương quan tuyến tính theo công thức: $Y = 1,034X + 3,365$. Từ đây cho ta có thể dự tính được kết quả khi ghép xương chậu tự thân. Xem xét nhu cầu cần phải ghép xương thì hai cho bệnh nhân tiếp nữa hay không.



Hình 3. Hình ảnh trước - sau khi ghép xương chậu

Một vấn đề tồn tại cần đánh giá khi ghép xương ổ răng đó là sự tiêu của vật liệu ghép. Sbordone nghiên cứu theo dõi 6 năm trên các bệnh nhân ghép xương chậu tự thân trên các bệnh nhân tiêu xương ổ răng hàm trên và hàm dưới thấy rằng trung bình hàm dưới tiêu 87%, hàm trên tiêu gần như hoàn toàn mảnh ghép. Điều này cho thấy cần phải đánh giá sự tiêu xương trong một thời gian dài.

Hiệu quả của ghép xương mào chậu liên quan tới nhiều yếu tố. Trong đó kỹ thuật ghép xương có ảnh hưởng rất nhiều tới kết quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nền nhận xương được mài chỉnh cẩn thận, khoan tạo các điểm chảy máu nhằm thuận lợi cho mảnh ghép được nuôi dưỡng tốt. Mảnh ghép được tạo hình kỹ sát khít tối đa với nền nhận. Cố định mảnh ghép bằng 1-2 vít. Các mảnh ghép cũng được khoan tạo các lỗ trên bề mặt để tăng mức độ thẩm thấu. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghép xương mào chậu đơn thuần, một số tác giả khác trên thế giới có sử dụng thêm phối hợp các loại xương nhân tạo và các yếu tố tăng trưởng khác để kích thích mảnh xương ghép. Tuy nhiên do điều kiện kinh tế khó khăn của các bệnh nhân chúng tôi không sử dụng thêm các yếu tố khác khi ghép xương.



Hình 4. Bộc lộ xương ổ răng và cố định mảnh ghép xương chậu

4.6. Các tai biến, biến chứng. Có ba biến chứng sớm thường gặp tại vùng ghép xương đó là chảy máu, đau và nhiễm trùng. Chảy máu thường hay gặp ở trong 24 giờ đầu do chảy rỉ rả từ vùng ghép, chảy máu này không chảy ồ ạt tuy

nhiên có thể gây khó chịu và khiến bệnh nhân lo lắng. Xử trí biến chứng này có thể dùng băng ép, tiêm chất cầm máu (transamin). Nhiễm trùng thường xảy ra sau 5-7 ngày, bệnh nhân có dấu hiệu sưng nề, xuất hiện dịch mủ mép vết mổ. Điều trị cần kháng sinh, bơm rửa hằng ngày.

Biến chứng tại vùng lấy xương chậu cũng thường gặp, trong y văn thế giới đã có nhiều biến chứng như: chảy máu sau phẫu thuật, nhiễm trùng, đau khi vận động, tê bì, viêm xương...những biến chứng hiếm gặp hơn như vỡ xương chậu, thoát vị ổ bụng, gãy cổ xương đùi... Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân bị chảy máu sau mổ ngày thứ 2, đã được cầm máu và dẫn lưu lại. Một bệnh nhân tê bì vùng mào chậu tuy nhiên bệnh nhân có giảm nhiều kể từ sau 3 tháng. Sau đây là bảng các tai biến gặp phải ở một số nghiên cứu:

Tác giả	Chảy máu	Nhiễm trùng	Tê bì	Đau khi vận động	Gãy xương	n
Nhóm NC	1	0	1	0	0	15
Nguyễn Tấn Văn [4]	12	2	19	3	0	60
Kessler [5]	1	1	1	57	0	81
Laura M.E [6]	5	1	2	7	1	55

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 15 bệnh nhân chúng tôi thấy rằng ghép xương chậu tự thân là một lựa chọn phù hợp cho các bệnh nhân khuyết xương ổ răng lớn sau chấn thương hàm mặt nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Len Tolstunov** (2019). Surgical Algorithm for Alveolar Bone Augmentation in Implant Dentistry. Oral Maxillofacial Surg Clin N Am (2019)
2. **Osborn TM, Helal Deeb, Mehr Pushkar** (2017). Iliac crest bone grafting for mandibular reconstruction: 10-year experience outcomes. Journal of Oral Biology and Craniofacial Research xxx (2017) xxx-xxx
3. **Carl E.Misch** (2008). Contemporary Implant Dentistry, 3th edit. Publisher Mosby Elsevier.
4. **Nguyễn Tấn Văn** (2020). Đánh giá hiệu quả ghép xương cho bệnh nhân có khe hở cung hàm. Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
5. **Kessler P, Thorwarth M et al** (2005). "Harvesting of bone from the iliac crest—comparison of the anterior and posterior sites". British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery (2005) 43, 51—56
6. **Laura ME et al** (2013). Donor site complications in bone grafting: comparison of Iliac crest, Calvarial, and mandibular ramus bone. The international Journal of Oral and Maxillofacial Implant, Volum 28, Number1, 2013.

THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG TẮC RUỘT NON DO UNG THƯ XOANG LÊ DI CĂN PHỔI, GAN, RUỘT NON

Nguyễn Hoàng¹, Đỗ Đức Minh²

TÓM TẮT

Hạ họng là phần thấp nhất của họng, nơi giao nhau giữa đường tiêu hóa với đường hô hấp. Ung thư xoang lê là loại ung thư hạ họng hay gặp nhất. Tắc ruột non thứ phát do di căn ung thư vùng hạ họng thanh quản rất hiếm khi được báo cáo trong y văn. Thông thường ung thư vùng này thường di căn theo đường bạch huyết vùng cổ và ngực và vị trí di căn phổ biến nhất là trong phổi. Trong một số trường hợp hiếm hoi, sự di căn của ung thư sẽ theo đường máu đến các cơ quan tiêu hóa như gan, dạ dày, ruột non, đại tràng. Khối u di căn đến ruột non có thể gây ra các biến chứng như tắc ruột, xuất huyết tiêu hóa, thủng ruột. Khi có biến chứng trên thì phẫu thuật là phương pháp được lựa chọn để cứu sống bệnh nhân.

Nhân một trường hợp tắc ruột non do ung thư xoang lê vùng hạ họng di căn, chúng tôi thông báo ca lâm sàng được chẩn đoán và điều trị thành công bằng phẫu thuật nội soi hỗ trợ và điểm lại y văn về bệnh lý này. **Từ khóa:** xoang lê, ung thư hạ họng, tắc ruột non

SUMMARY

SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO METASTASIS FROM PYRIFORM SINUS CANCER: A CASE REPORT

The hypopharynx is the lowest part of the pharynx, where the gastrointestinal tract meets the respiratory tract. Pyriform sinus cancer is the most common type of throat cancer. Small bowel obstruction secondary to cancer metastasis in the hypopharynx has been reported very rarely in the literature. Cancer in this area usually metastasizes by lymphatic route to the neck and chest, and the most common site of metastasis is in the lungs. In rare cases, the metastasis of cancer will follow the bloodstream to the digestive organs such as the liver, stomach, small intestine, colon. Tumor metastases to the small intestine can cause complications such as intestinal obstruction, gastrointestinal bleeding,

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024