

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, da 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 điếm 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

intestinal perforation. When these complications are present, surgery is the method of choice to save the patient's life. On the occasion of a case of small bowel obstruction due to metastatic nasopharyngeal cancer, we report that the clinical case was successfully diagnosed and treated with supportive laparoscopic surgery and reviewed the literature on this pathology.

Keywords: pyriform sinus, hypopharynx cancer, small bowel obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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, da 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. 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.

II. CA LÂM SÀNG

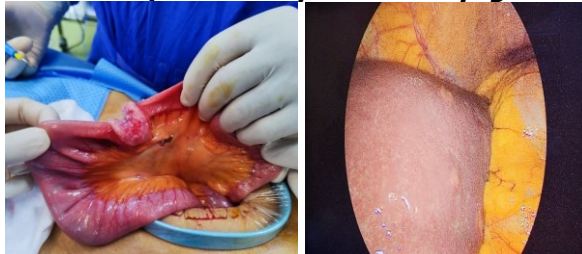
Bệnh nhân Nguyễn Thanh B, nam, 76 tuổi, mã số bệnh án 2307031150, ngày vào viện 05/07/2023, ngày mổ 05/07/2023, ngày ra viện 10/07/2023. Bệnh nhân tiền sử COPD 20 năm điều trị thường xuyên, đái tháo đường typ 2 cách 4 năm uống thuốc viên không rõ loại, điều trị không thường xuyên, ung thư xoang lê phát hiện năm 2021 đã hóa chất 15 đợt, xạ trị 23 mũi, tái khám lần gần nhất cách 6 tháng không thấy tái phát. Bệnh nhân chưa có tiền sử phẫu thuật. Cách vào viện 1 tháng bệnh nhân xuất hiện đau bụng từng cơn kèm nôn tăng lên sau ăn, đại tiện ít khoảng 1 tuần/lần, trung tiện ít, không sốt, không đau ngực khó thở. Bệnh nhân đi khám tại bệnh viện huyện được chẩn đoán tắc ruột non, điều trị đặt sonde dạ dày, truyền dịch, chưa phẫu thuật. Cách 1 tuần bệnh nhân đỡ đau, đỡ nôn buồn nôn, được ra viện. Ngày qua bệnh nhân đau tăng kèm nôn sau ăn, bí trung đại tiện -> vào lại bệnh viện huyện -> chuyển Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Khám: thể trạng trung bình, không sốt, mạch 95l/p, huyết áp 115/80 mmHg, bụng mềm, chướng nhẹ, gas (-), rắn bò (-), quai ruột nổi (-). Xq bụng không chuẩn bị có hình ảnh mức nước hơi vùng bụng trên rốn, siêu âm ổ bụng có hình ảnh giãn kèm ứ đọng dịch trong

các quai ruột trong ổ bụng - theo dõi tắc ruột, ít dịch tự do ổ bụng. Bệnh nhân được chỉ định chụp phim cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cho kết quả: hình ảnh tắc ruột non, vị trí chuyển tiếp vùng hạ vị, theo dõi do u ruột non, tổn thương có ranh giới không rõ với các quai ruột lân cận. Hạch mạc treo vùng hạ vị, các nốt ngấm thuốc kém nhu mô gan hai bên, các nốt màng phổi và nhu mô đáy phổi hai bên, nốt ngấm thuốc cạnh trái thân đốt sống D12 - theo dõi các tổn thương thứ phát. Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu.

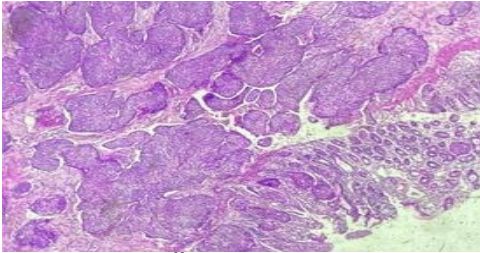
Bệnh nhân được mổ nội soi thăm dò trước. Kiểm tra thấy ổ bụng có ít dịch tiết ở Douglas. Gan có nhiều nhân di căn ở bề mặt gan phải và gan trái. Tắc ruột non, nguyên nhân do khối ở thành ruột non kích thước 2x3x3cm, gây hẹp hoàn toàn lòng ruột cách góc hồi manh tràng 50cm. Phúc mạc nhẵn, các quai ruột non còn lại không thấy u. Chẩn đoán trong mổ: Tắc ruột do ung thư xoang lê di căn ruột non, di căn gan, di căn phổi/ Tiền sử ung thư xoang lê đã hóa xạ trị. Phương pháp phẫu thuật: cắt đoạn ruột non, lập lại lưu thông (nối tận tận), sinh thiết tức thì nhân di căn gan ở bề mặt gan trái. Bệnh nhân được chuyển mổ mở nhỏ trên rốn 5cm, đưa đoạn ruột non có u ra ngoài ổ bụng. Cắt đoạn ruột non có u, nối tận tận bằng chỉ PDS 4.0 hai lớp trong vết ngoài rốn. Gử sinh thiết tức thì tổ chức u ruột non: Ung thư biểu mô thiên về biểu mô vảy, nhân di căn gan là ung thư biểu mô di căn. Giải phẫu bệnh thường quy sau mổ với khối u ruột non và nhân di căn gan là ung thư biểu mô tế bào vảy xâm nhập.



Hình 1: Hình ảnh u ruột non và di căn gan trên phim cắt lớp vi tính ổ bụng



Hình 2: Hình ảnh tổn thương u ruột non và di căn gan



Hình 3: Giải phẫu bệnh thường quy khối u ruột non
(Ung thư biểu mô tế bào vảy)

III. BÀN LUẬN

U ruột non là một trong những bệnh ác tính đường tiêu hóa hiếm gặp với tỷ lệ mắc bệnh là 1/100.000 dân (1). Khoảng 10% các khối u đó là tổn thương di căn phát sinh từ các khối u ác tính trong ổ bụng, đáng chú ý nhất là tử cung, cổ tử cung và đại tràng (2). Di căn ruột non từ các khối u ngoài ổ bụng, bao gồm vú, thực quản, phổi và khối u ác tính, ít phổ biến hơn nhiều, tuy nhiên, một số lượng lớn các trường hợp đã được báo cáo trong y văn (2). Di căn ruột non từ ung thư vùng đầu và cổ nguyên phát rất hiếm khi xảy ra. Trong số ít trường hợp được báo cáo, phần lớn là do ung thư thanh quản (3). Hoffman và cộng sự đã phân tích một loạt 10 bệnh nhân cho thấy rằng di căn ruột non từ ung thư vùng đầu và cổ xảy ra phổ biến hơn ở nam giới lớn tuổi (tuổi trung bình 71 tuổi) (4). Họ thường được phát hiện khi có các triệu chứng và biến chứng do tắc, thủng hoặc chảy máu. Thủng thường xảy ra ở di căn hồng tràng trong khi chảy máu và tắc thường xảy ra ở di căn hồi tràng. Trong mọi trường hợp, chẩn đoán di căn ruột non từ ung thư đầu và cổ mang tiên lượng xấu. Ở 10 bệnh nhân này, tử vong xảy ra trong vòng 8 tháng sau khi chẩn đoán, do biến chứng sau phẫu thuật hoặc ung thư tiến triển.

Về ung thư vùng hạ họng, đây là một trong những loại ung thư thường gặp ở vùng đầu cổ. Phần lớn (95%) khối u vùng hạ họng là ung thư biểu mô tế bào vảy (squamous cell carcinoma), với hai phần ba là thể sừng hóa. Các loại khối u khác bao gồm u lympho, u cơ (sarcoma) và ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma). Chúng hầu như luôn biệt hóa kém và phát triển nhanh. Phần lớn (70%) các khối u bắt nguồn từ xoang lê, với khoảng một phần tư ở thành sau họng và 5% còn lại ở vùng sau sụn nhĩ (5). Theo Wakasaki, tỉ lệ di căn xa được báo cáo quan sát thấy ở những bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào vảy ở đầu cổ là 8,5%. Trong một nghiên cứu quy mô lớn về ung thư vùng đầu cổ, Spector và cộng sự tìm thấy di căn xa ở 16,3%

bệnh nhân ung thư biểu mô hạ họng. Các vị trí di căn xa chủ yếu của ung thư vùng hạ họng bao gồm phổi (77 %), xương (19 %), trung thất/hạch bạch huyết khác (4 %), cũng như não, gan và da, rất hiếm khi gặp tại các vị trí khác (6). Các báo cáo khác trong y văn cũng mới chỉ tìm thấy một số trường hợp ung thư hạ họng di căn phúc mạc ổ bụng, chưa phát hiện trường hợp nào di căn ruột non (6). Chính vì vậy giải phẫu bệnh khối u ruột non sau mổ là bằng chứng rất quan trọng trong việc xác định nguồn gốc u là nguyên phát hay di căn từ cơ quan khác. Với bệnh nhân này, giải phẫu bệnh của khối u ruột non và nhân di căn gan sau mổ là ung thư biểu mô tế bào vảy cho thấy khả năng cao nguồn gốc của khối u là từ ung thư xoang lê vùng hạ họng trước đó.

Về phương pháp phẫu thuật, chúng tôi chỉ định mổ nội soi thăm dò trước để tìm vị trí di căn ruột non gây tắc ruột sau đó mới mở nhỏ để xử lý tổn thương. Với bệnh lý tắc ruột, đây từng là một chống chỉ định tương đối đối với phẫu thuật nội soi chủ yếu do các quai ruột giãn làm mất không gian thường được tạo ra bởi quá trình bơm hơi vào ổ bụng. Một nguy cơ khác trong quá trình phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột là nguy cơ gây tổn thương ruột trong mổ do các quai ruột dính vào nhau từ các lần phẫu thuật vào ổ bụng trước đó, đây là nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc ruột non. Ở bệnh nhân của chúng tôi vẫn tiến hành nội soi được là do trước đó bệnh nhân không có tiền sử phẫu thuật vào ổ bụng và trên phim cắt lớp vi tính các quai ruột chưa giãn nhiều nên vẫn có không gian để thực hiện trong quá trình phẫu thuật nội soi. Việc phẫu thuật nội soi hỗ trợ sau đó mở bụng nhỏ để xử lý khối u giúp bệnh nhân đỡ đau sau mổ, tạo điều kiện cho sự phục hồi sớm. Nhiều nghiên cứu gần đây được thực hiện về tính khả thi của phẫu thuật nội soi ổ bụng trong điều trị tắc ruột non đã kết luận về sự an toàn của phương thức này nếu nó được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm (14).

IV. KẾT LUẬN

Ung thư vùng xoang lê hạ họng là một loại ung thư vùng đầu cổ hay gặp với tỉ lệ di căn xa cao, tiên lượng xấu. Sự di căn của ung thư vùng này đến các cơ quan tiêu hóa rất hiếm khi gặp, đặc biệt là ruột non và có thể gây ra biến chứng tắc ruột. Phẫu thuật nội soi trợ điều trị tắc ruột ở trường hợp này giúp cho bệnh nhân hồi phục nhanh, ra viện sớm sau mổ.

Tắc ruột non, đặc biệt là ở những bệnh nhân chưa có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó và

đã được chẩn đoán ung thư ở cơ quan khác trong cơ thể, thì nên nghi ngờ rằng cả hai tình trạng này có thể liên quan với nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pan SY.** Epidemiology of cancer of the small intestine. *WJGO.* 2011;3(3):1.
2. **Dwivedi RC, Kazi R, Agrawal N, et al.** Comprehensive review of small bowel metastasis from head and neck squamous cell carcinoma. *Oral Oncology.* 2010;46(5):330-335.
3. **Airoldi M, Gabriele P, Succo G, Valente G, Brando V.** Small Bowel Metastasis from Squamous Cell Carcinoma of the Larynx. A Case Report. *Tumori.* 1993;79(4):286-287.
4. **Hoffman HT, Karnell LH, Shah JP, et al.** Hypopharyngeal Cancer Patient Care Evaluation. *Laryngoscope.* 1997;107(8):1005-1017.
5. **Büyükcelik A, Ensari A, Sarioğlu M, Işıkdogan A, İçli F.** Squamous Cell Carcinoma of the Larynx Metastasized to the Ampulla of Vater. Report of a Case. *Tumori.* 2003;89(2):199-201.
6. **Wakasaki T, Omori H, Sueyoshi S, et al.** A case of peritoneal metastasis during treatment for hypopharyngeal squamous cell carcinoma. *World J Surg Onc.* 2016;14(1):265.
7. **Liu M, Cheng F, Liu X, et al.** Diagnosis and surgical management strategy for pediatric small bowel obstruction: Experience from a single medical center. *Front Surg.* 2023;10:1043470.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬ DỤNG VẬT THẦN KINH HIỂN CÓ MẠCH NUÔI TRONG ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Bùi Mai Anh¹, Trần Xuân Thạch¹, Vũ Trung Trực¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương dây thần kinh ngoại biên có thể dẫn đến mất tính liên tục của dây thần kinh một đoạn dài và gây ra khuyết hổng giữa hai đầu dây thần kinh. Với các bằng chứng khoa học về việc sử dụng thần kinh có mạch nuôi (VNG) cho những đoạn ghép thần kinh ngoại biên dài và đường kính lớn là một trong những chỉ định tối ưu. Với bài báo này chúng tôi nhằm đưa ra kết quả bước đầu nghiên cứu sử dụng thần kinh có mạch nuôi với khuyết hổng thần kinh ngoại biên tại bệnh viện Việt Đức. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc bệnh nhân tổn thương thần kinh ngoại biên tại chi thể với mảnh ghép thần kinh > 10 cm được phẫu thuật nối ghép VNG bằng kỹ thuật vi phẫu từ năm 2020 đến năm 2022 tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Đánh giá kết quả dựa trên thời gian hồi phục vận động, độ khỏe cơ cơ và di chứng nơi cho thần kinh. **Kết quả:** 9 bệnh nhân với được phẫu thuật vi phẫu ghép đoạn thần kinh hiển có mạch nuôi. Tỷ lệ nam/nữ là 8/1, độ tuổi trung bình là 32,8. 08 bệnh nhân được chuyển thần kinh hoành với thần kinh cơ bì trên bệnh nhân có tổn thương đám rối cánh tay, 01 bệnh nhân tổn thương thần kinh ngồi. Độ dài trung bình của mảnh ghép thần kinh hiển: 17,6cm, thời gian hồi phục trung bình 4,75 tháng. Đạt M3, M4: 7/9 bệnh nhân. **Kết luận:** VNG thần kinh hiển là một trong những lựa chọn tốt cho những khuyết hổng thần kinh ngoại biên dài, đường kính thần kinh lớn hoặc nơi nhận mảnh ghép thiếu dưỡng nhiều tổ chức xơ sẹo.

Từ khóa: Thần kinh ghép có mạch nuôi (VNG), tổn thương thần kinh, thần kinh hiển, vi phẫu thuật

SUMMARY

ASSESSMENT EFFECTIVELY USING THE FREE VASCULARIZED SURAL NERVE GRAFT IN THE TREATMENT OF PERIPHERAL NERVE INJURY

Introduction: Peripheral nerve damage can lead to a loss of nerve continuity for a long time and cause a gap between the nerve endings. With scientific evidence, using vascularized nerve graft (VNG) for long and large-diameter peripheral nerve grafts is one of the optimal indications. This paper aims to present the study's initial results using VNG with peripheral nerve defect at Viet Duc Hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study, longitudinal follow-up of patients with peripheral nerve injury in the extremities with nerve grafts > 10 cm surgically VNG by microsurgery technique from 2020 to 2022 at Viet Duc Friendship Hospital. Evaluation of results based on recovery time, muscle strength, and neurological sequelae. **Results:** 9 patients with microsurgery grafted saphenous nerve segment with feeding vessel. The male/female ratio is 8/1, and the mean age is 32.8. 08 patients were transversed with phrenic nerve with the musculocutaneous nerve in patients with brachial plexus injury and 01 with sciatic nerve injury. A VNG average length is 17.6cm, average recovery time is 4.75 months. Reach M3, M4: 7/9 patients. **Conclusions:** VNG is one of the good choices for longitudinal peripheral nerve defects or large diameter of the injured nerve, scarred recipient bed. **Keywords:** Vascularized nerve graft (VNG), nerve injury, saphenous nerve, microsurgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dây thần kinh ngoại biên có thể dẫn đến mất tính liên tục của dây thần kinh một đoạn dài và gây ra khuyết hổng giữa hai đầu dây thần kinh. Phẫu thuật tái tạo nối trực tiếp hiếm khi có thể thực hiện được những loại tổn thương

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mai Anh

Email: drbuiamaianh@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024