

tăng lên 11/25 trường hợp (44%), đến giai đoạn III cả 45/45 (100%) trường hợp có di căn hạch. Việc tỷ lệ di căn hạch tăng rất nhanh theo giai đoạn cho thấy tính chất ác tính của bệnh. Điều này rất phù hợp với nghiên cứu của Li UTDD tế bào nhân giai đoạn tiến triển thường xâm lấn sâu hơn, di căn hạch nhiều hơn và hay di căn phúc mạc, kết quả là bệnh là tiên lượng xấu hơn². Điều này đặt ra vấn đề quan trọng khi vét hạch trong phẫu thuật triệt căn UTDD tế bào nhân. Mặc dù vậy, chưa có khuyến cáo cụ thể về mức độ vét hạch đối với thể bệnh này.

Trong nghiên cứu, 79/102 trường hợp có sự tương đồng với chẩn đoán mô bệnh học trước mổ (77,45%), 23/102 trường hợp còn lại (22,55%) được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến với các mức độ biệt hóa khác nhau. Sự không tương đồng này có thể do kích thước bệnh phẩm lấy qua nội soi không đủ lớn, vị trí lấy bệnh phẩm chưa thích hợp, kinh nghiệm của các nhà giải phẫu bệnh, sự không tương đồng giữa các trung tâm. Đó cũng là những khó khăn và hạn chế của việc chẩn đoán mô bệnh học trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày tế bào nhân có những đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt, góp phần giúp các nhà lâm sàng có phương thức tiếp cận và chiến lược điều trị phù hợp hơn đối với thể bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pernot S, Voron T, Perkins G, et al.** Signet-ring cell carcinoma of the stomach: Impact on prognosis and specific therapeutic challenge. *World J Gastroenterol.* 2015;21(40): 11428-11438. doi:10.3748/wjg.v21.i40.11428

2. **Li C, Kim S, Lai JF, et al.** Advanced Gastric Carcinoma with Signet Ring Cell Histology. *Oncology.* 2007;72(1-2):64-68. doi:10.1159/000111096
3. **Vũ Hồng Thăng và cs.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư dạ dày tế bào nhân. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023;526(2). doi:10.51298/vmj.v526i2.5552
4. **Chon HJ, Hyung WJ, Kim C, et al.** Differential Prognostic Implications of Gastric Signet Ring Cell Carcinoma: Stage Adjusted Analysis From a Single High-volume Center in Asia. *Ann Surg.* 2017; 265(5): 946-953. doi: 10.1097/SLA.0000000000001793
5. **Wang JB, Lin MQ, Xie JW, et al.** BMI-adjusted prognosis of signet ring cell carcinoma in patients undergoing radical gastrectomy for gastric adenocarcinoma. *Asian J Surg.* 2021;44(1):116-122. doi:10.1016/j.asjsur.2020.03.023
6. **Nguyễn Trọng Đạt và cs.** Kết quả sớm phẫu thuật triệt căn ung thư biểu mô dạ dày ở bệnh nhân dưới 40 tuổi tại bệnh viện K. *Tạp Chí Học Việt Nam.* 2023; 523(2). doi: 10.51298/vmj.v523i2.4491
7. **Tang GH, Hart R, Sholzberg M, Brezden-Masley C.** Iron deficiency anemia in gastric cancer: a Canadian retrospective review. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2018;30(12):1497-1501. doi:10.1097/MEG.0000000000001251
8. **Kwon KJ, Shim KN, Song EM, et al.** Clinicopathological characteristics and prognosis of signet ring cell carcinoma of the stomach. *Gastric Cancer Off J Int Gastric Cancer Assoc Jpn Gastric Cancer Assoc.* 2014; 17(1):43-53. doi:10.1007/s10120-013-0234-1
9. **Taghavi S, Jayarajan SN, Davey A, Willis AI.** Prognostic Significance of Signet Ring Gastric Cancer. *J Clin Oncol.* 2012;30(28):3493-3498. doi:10.1200/JCO.2012.42.6635
10. **Kim JY, Kim YY, Kim SJ, et al.** Predictive Factors for Lymph Node Metastasis in Signet Ring Cell Gastric Cancer and the Feasibility of Endoscopic Submucosal Dissection. *J Gastric Cancer.* 2013; 13(2):93-97. doi: 10.5230/jgc.2013.13.2.93

CO RÚT GÂN GẤP NGÓN CHÂN CÁI DÀI SAU LẤY VẬT XƯƠNG MÁC TẠO HÌNH XƯƠNG HÀM DƯỚI: TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VÀ NHÌN LẠI Y VĂN

Nguyễn Tấn Văn^{1,2}, Vũ Trung Trục^{1,3}

TÓM TẮT

Trong vài thập kỷ gần đây, vật xương mạc đã trở thành loại vật phổ biến nhất được sử dụng để tạo hình các tổn thương có khuyết xương đặc biệt là tạo hình

xương hàm dưới do số lượng và tính chất tương đồng với vùng xương bị khuyết. Song song với việc nghiên cứu và phân tích các ưu điểm của loại vật này thì các biến chứng nơi cho vật và các biện pháp phòng ngừa biến chứng cũng không ngừng được thông báo. Các biến chứng thường gặp bao gồm chậm liền vết mổ, nhiễm trùng, chảy máu, hoại tử da ghép hay các biến chứng muộn như đau dai dẳng, hạn chế vận động khớp cổ bàn chân hoặc hạn chế vận động do tổn thương thần kinh vận động trong quá trình lấy vật. Bài báo này trình bày một trường hợp lâm sàng đặc biệt, biến chứng hiếm gặp chưa thấy thông báo trong y văn tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng và tổng kết y văn. **Kết quả:** Người bệnh

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện E trung ương

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024

nam 19 tuổi, được phẫu thuật cắt u men xương hàm dưới phải và tạo hình bằng vật xương mác đối bên tự do vi phẫu. Sau phẫu thuật, ngón chân cái bên chân lấy vật bị co rút dần và gấp về phía gan chân gây hạn chế vận động. Ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, ngón chân cái bị gấp về gan chân một góc 80 độ, người bệnh được phẫu thuật kéo dài gân gấp ngón chân cái dài để cải thiện tình trạng vận động. **Kết luận:** Co rút các gân sau phẫu thuật lấy vật xương mác là một biến chứng hiếm gặp ảnh hưởng nặng nề đến vận động bàn ngón chân, có thể phòng tránh được nếu phẫu thuật viên lưu ý trong khi phẫu thuật.

Từ khóa: vật xương mác, biến chứng nơi lấy vật xương mác, co rút cơ gấp ngón chân cái dài.

SUMMARY

CONTRACTION OF THE FLEXOR HALLUCIS LONGUS TENDON FOLLOWING FIBULA FLAP HARVEST FOR MANDIBULAR RECONSTRUCTION: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

In recent decades, the fibula flap has become the most popular type of flap used to reconstruct bone defects, especially the mandible due to its quantity and similarity to the damaged bone area. In parallel with research and analysis of the advantages of this type of flap, complications at the flap donor site and how to prevent them are also constantly being reported. Common complications include delayed wound healing, infection, bleeding, graft skin necrosis or late complications such as persistent pain, limited movement of the ankle joint or limited movement due to motor nerve damage. This article presents a special clinical case with rare complications that have not been reported in the medical literature. **Materials and methods:** Case report and literature review. **Results:** A 19-year-old male patient underwent surgery to remove ameloblastoma over the right mandibular and reconstruct it with a contralateral fibula free flap. After surgery, the big toe on the left leg gradually flex and folds toward the sole of the foot, causing limited movement. At 3 months after surgery, the big toe was bent at an 80 degree angle, the patient had surgery to lengthen the flexor hallucis longus tendon to improve mobility. **Conclusions:** Contracture of the tendons after fibula flap harvesting is a rare complication that severely affects toe movement and can be prevented if the surgeon pays attention during surgery. **Keywords:** fibula flap, complications at fibula flap donor site, contracture of the flexor hallucis longus muscle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc cắt bỏ các khối u xương hàm dưới một cách rộng rãi đã trở nên thường quy trong thực hành lâm sàng gần đây nhờ sự ứng dụng kỹ thuật vi phẫu trong tạo hình lại các khuyết hổng xương lớn bằng các vật xương có nối mạch [1]. Trải qua vài thập kỷ, đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng các loại vật xương khác nhau để tạo hình xương hàm dưới như vật mào chấu, vật bả, vật quay, xương sườn, vật xương mác. Trong các loại vật này, vật xương mác lấy từ cẳng chân

có nhiều ưu điểm vượt trội hơn hẳn nhờ các đặc tính như sự tương đồng về kích thước, chất lượng phù hợp cho phục hình răng, có thể tạo hình theo không gian ba chiều, có thể phục hình cả xương và phần mềm, nơi lấy vật ít ảnh hưởng về chức năng và thẩm mỹ [2]. Mặc dù vậy, các biến chứng và di chứng nơi cho vật cũng là một khía cạnh rất được quan tâm với các bác sĩ vi phẫu tạo hình. Các kỹ thuật phẫu tích nâng vật được mô tả bởi Taylor và sau này là Gilbert đều với mục tiêu thuận lợi cho việc lấy vật và hạn chế các biến chứng và ảnh hưởng nơi cho vật. Y văn thế giới ghi nhận các biến chứng như chảy máu, chậm liền vết mổ, hoại tử da ghép, đau, hạn chế vận động khớp cổ chân, ảnh hưởng đến hoạt động hàng ngày, dáng đi không bình thường và các ảnh hưởng về thẩm mỹ nhưng chưa có thông báo nào về co rút gân cơ gấp ngón chân cái dài.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Người bệnh nam 19 tuổi, chẩn đoán u men xương hàm dưới phải, được phẫu thuật cắt đoạn xương hàm dưới phải, tạo hình bằng vật xương mác cùng đảo da lấy từ chân trái có nối mạch vi phẫu vào tháng 06/2022. Nơi cho vật được cầm máu kỹ, bơm rửa, đặt dẫn lưu, khâu cân cơ với chỉ tiêu Vicryl 3/0. Nơi lấy đảo da được ghép da mỏng tự thân trên cân. Sau mổ vật da xương sống tốt, đảm bảo các yêu cầu về tạo hình ở vùng mặt sau cắt bỏ khối u. Tại nơi lấy vật chân trái, da ghép sống tốt, vết mổ liền tốt sau 2 tuần. Khám lại sau 1 tháng ngón cái chân trái hạn chế duỗi. Khám lại sau 3 tháng, ngón cái chân trái gấp 80 độ không thể duỗi thẳng, khi cố duỗi ngón thấy gân gấp ngón cái dài căng ở dưới da. Lúc này người bệnh đi lại khó khăn do đầu ngón cái bầm xuống đất khi di chuyển. Lâm sàng vùng cẳng chân sẹo mổ và tổ chức dưới da mềm mại, siêu âm không thấy có khối bất thường. Người bệnh được chẩn đoán co rút gân cơ gấp ngón chân cái dài bên trái sau phẫu thuật lấy vật xương mác. Chỉ định phẫu thuật kéo dài gân cơ gấp ngón chân cái dài theo kiểu bậc thang, cố định kim K-wire 5 tuần. Sau phẫu thuật 3 tháng, ngón chân cái vận động tốt, có thể duỗi thẳng, người bệnh đi lại dễ dàng (Hình 1).



Hình 1. Người bệnh nam 19 tuổi

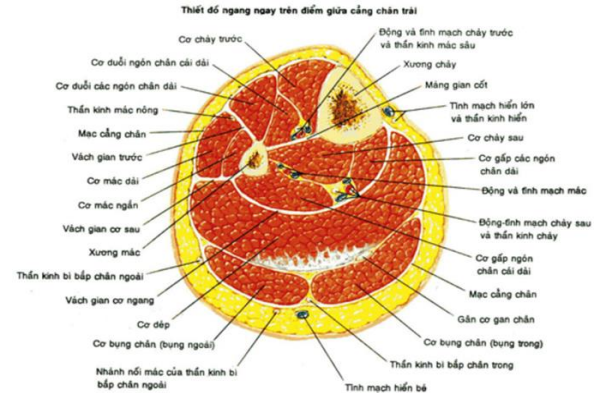
Sau mổ 3 tháng chuyển vật xương mác tự do tạo hình xương hàm dưới, vật sống tốt (A), khớp cắn đúng (B), sẹo đẹp vùng cẳng chân (C). Cơ rút gân gấp ngón chân cái dài (D), ngay sau mổ kéo dài gân (E), sau mổ kéo dài gân 3 tháng (F).

III. BÀN LUẬN

Vật xương mác tự do được Taylor mô tả vào năm 1975, rất nhanh sau đó, loại vật này đã được coi là lựa chọn hàng đầu trong phẫu thuật tạo hình các khuyết hổng xương và được coi là loại vật xương ít để lại các ảnh hưởng ở nơi cho vật nhất [3]. Tuy nhiên, trong một nghiên cứu hệ thống năm 2012 đánh giá cả về chức năng và thẩm mỹ nơi cho vật, tỉ lệ biến chứng chiếm 1.07% đến 19%. Nghiên cứu gần đây nhất của Gu còn cho thấy tỉ lệ đau và tê vùng cẳng chân lên tới 67% và cảm giác bị yếu chi khi đi lại 20% [4]. Nhóm tác giả đã tổng hợp tất cả các bài báo về vật xương mác tạo hình xương hàm dưới trên Pubmed, Web of Science, Cochrane Central và Embase được công bố trước năm 2020 (nghiên cứu theo hướng dẫn PRISMA trên 7114 bài báo). Các biến chứng nơi lấy vật được chia làm hai nhóm: nhóm biến chứng sớm (nhiễm trùng vết mổ, bục vết mổ, hoại tử da ghép, hội chứng khoang) và nhóm biến chứng muộn (đau, rối loạn cảm giác, yếu chi dưới, bất thường dáng đi, hạn chế vận động ngón chân và các ảnh hưởng về thẩm mỹ). Cũng có nhiều thông báo trong y văn về các biện pháp nhằm giảm thiểu các biến chứng sớm tại nơi cho vật như chỉ lấy đảo da mỡ hoặc chỉ đảo cân mỡ, ghép da hay xoay vật tại chỗ để giảm căng nhằm phòng tránh hội chứng chèn ép khoang [5]... Tuy vậy vẫn còn nhiều tranh cãi, nghiên cứu của Akashi cho thấy không có sự khác biệt về liền vết mổ giữa nhóm đóng trực tiếp (chiều rộng trung bình 4cm) với nhóm ghép da nơi cho vật (chiều rộng trung bình 5cm) [6]. Trong nhóm các biến chứng muộn, thường gặp nhất là rối loạn cảm giác do tổn thương thần kinh mác khi phẫu tích ở vị trí chỏm xương mác. Đau là biến chứng muộn đứng ở vị trí thứ hai, nguyên nhân thực sự gây đau vẫn chưa rõ ràng, một số tác giả cho rằng cảm giác đau do hiện tượng hình thành sẹo xơ dính của cơ vào tổ chức xung quanh. Chính vì vậy, kỹ thuật phẫu thuật tránh gây đụng dập tổ chức có thể giảm thiểu biến chứng này.

Đối với biến chứng gây co rút ngón chân sau khi lấy vật, nghiên cứu hệ thống của Gu cho thấy có 9 thông báo, chiếm tỉ lệ 16% trong tổng số các trường hợp được phẫu thuật lấy vật xương mác. Nghiên cứu của tác giả Li trên 45 trường hợp cho thấy tỉ lệ xuất hiện các biến chứng

muộn lần lượt là rối loạn cảm giác, sau đó đến co rút ngón chân và ảnh hưởng đi lại. Trong các yếu tố nguy cơ có hai yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê bao gồm chiều dài vật xương mác, thời gian phẫu thuật [7]. Các nghiên cứu về kỹ thuật chủ yếu tập trung vào chiều dài đoạn xương để lại (trên 5cm mỗi đầu), phương pháp phẫu tích để tránh các tổn thương mạch máu và thần kinh (bó mạch chày trước, thần kinh mác chung) chứ chưa có thông báo nào về các kỹ thuật nhằm tránh hiện tượng co rút gân cơ...



Hình 2. Thiết đồ cắt ngang qua 1/3 giữa cẳng chân [8]

Về giải phẫu, có nhiều cơ có nguyên ủy bám vào xương mác bao gồm cả cơ khu cẳng chân trước (cơ duỗi ngón chân cái dài, cơ duỗi chung các ngón), cơ khu cẳng chân sau (cơ gấp ngón chân cái dài, cơ gấp các ngón chân dài, cơ chày sau), cơ khu cẳng chân ngoài (cơ mác dài, cơ mác ngắn) [8]. Sau khi lấy đi xương mác, cơ gấp ngón chân cái dài gần như được giải phóng toàn bộ khỏi các điểm bám nguyên ủy và tự do trong phần mềm (Hình 2). Vì vậy, việc dính lại nguyên ủy cơ không chính xác có thể gây ra các bất thường của hoạt động gân cơ sau này. Về kỹ thuật phẫu thuật, cho đến thời điểm hiện tại chưa có tài liệu nào nghiên cứu về việc khâu phục hồi cơ để giảm thiểu hiện tượng co rút gân cơ sau phẫu thuật [4]. Liệu có cần để các ngón chân và bàn chân ở tư thế cơ năng, không kéo cơ quá căng thậm chí để cơ ở tư thế chùng khi khâu và có cần bất động cổ bàn ngón chân sau phẫu thuật để giảm thiểu biến chứng này? Để trả lời câu hỏi này cần các nghiên cứu với số lượng lớn và thời gian theo dõi đủ dài.

IV. KẾT LUẬN

Mặc dù kỹ thuật lấy vật xương mác đã được thực hiện thường quy trong thực hành lâm sàng, các biến chứng nơi cho vật cũng cần được quan tâm đúng mức. Ngoài các biến chứng hay gặp thì cũng cần chú ý đến biến chứng co rút gân cơ,

đặc biệt gân cơ gấp ngón chân cái dài. Giảm thiểu các yếu tố nguy cơ như không lấy đoạn xương mác quá dài, giảm thời gian phẫu thuật, phẫu tích ít chấn thương, đúng cơ đúng vị trí có thể phòng tránh được loại biến chứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Trung Trực, Tống Xuân Thăng, Bùi Mai Anh, Tô Tuấn Linh, Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Đình Phúc** (2014). Vi phẫu thuật tạo hình sau cắt bỏ khối ung thư khoang miệng: nhận xét kết quả bước đầu. Tạp chí chấn thương chỉnh hình Việt Nam, số đặc biệt, tr 308-311.
2. **Maben D, Anehosur V, Kumar N** (2021). Assessment of Donor Site Morbidity Following Fibula Flap Transfer. J Maxillofac Oral Surg. Jun;20(2):258-263.
3. **Taylor GI, Miller GDH, Ham FJ** (1975). The free vascularized bone graft. Plast Reconstr Surg 55:533-544.
4. **Gu Y, Ma H, Shujaat S, Orhan K, Coucke W, Amoli MS, Bila M, Politis C, Jacobs R** (2021). Donor- and recipient-site morbidity of vascularized fibular and iliac flaps for mandibular reconstruction: A systematic review and meta-analysis. J Plast Reconstr Aesthet Surg. Jul;74(7):1470-1479.
5. **Feng KM, Sudirman SR, Shih HS, Jeng SF** (2020). Experience on primary closure of fibular flap donor sites and development of an algorithm for closure based on different flap designs. Microsurgery. Oct;40(7):741-749.
6. **Fang H, Liu F, Sun C, Pang P** (2019). Impact of wound closure on fibular donor-site morbidity: a meta-analysis. BMC Surg. Jul 5;19(1):81.
7. **Li P, Fang Q, Qi J, Luo R, Sun C** (2015). Risk Factors for Early and Late Donor-Site Morbidity After Free Fibula Flap Harvest. J Oral Maxillofac Surg. Aug;73(8):1637-40.
8. **Trịnh Xuân Đán** (2018). Bài giảng giải phẫu học - Đại học Thái Nguyên. Nhà xuất bản Y học.

SO SÁNH KẾT QUẢ PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI BẰNG MÁY PHẪU THUẬT SIÊU ÂM VÀ PHƯƠNG PHÁP NHỔ RĂNG KINH ĐIỂN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Thị Thu Hải¹, Lê Diệp Linh¹, Vũ Hồng Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo phân loại Parant II, III bằng máy phẫu thuật siêu âm và phương pháp nhổ thường (nhổ răng kinh điển) tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả kết hợp theo dõi dọc có phân tích trên 138 bệnh nhân được phẫu thuật lấy răng khôn hàm dưới (răng khôn hàm dưới) mọc lệch ngầm theo phân loại phẫu thuật Parant II, III tại Khoa Răng miệng - Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 09/2019 đến tháng 05/2020. Đối tượng nghiên cứu được chia thành 2 nhóm, nhóm điều trị nhổ thường và nhổ sử dụng máy (mỗi nhóm 69 bệnh nhân). So sánh thời gian phẫu thuật, mức độ đau, sưng, há miệng, biến chứng ở hai nhóm bệnh nhân. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm có sử dụng máy (40,80 ± 2,02 phút) kéo dài hơn so với nhóm nhổ răng theo phương pháp kinh điển (37,40 ± 2,13 phút). Mức độ đau ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật có sử dụng máy siêu âm ít hơn so với nhóm không sử dụng ở ngày thứ nhất và ngày thứ 2 sau phẫu thuật. Mức độ sưng ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật có sử dụng máy ít hơn, mức độ há miệng tốt hơn so với nhóm không sử dụng ở ngày thứ 2 và thứ 7 sau phẫu thuật. Tỷ lệ gãy chân răng ở nhóm có sử dụng máy là

4,3 % và nhóm chứng là 7,2%. Tỷ lệ rách vạt ở nhóm có sử dụng máy là 2,9% và nhóm chứng là 7,2%. Chưa có sự khác biệt về biến chứng ở 2 nhóm điều trị. **Kết luận:** Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới có sử dụng máy siêu âm mặc dù có thời gian phẫu thuật dài hơn, tuy nhiên mang lại hiệu quả tốt hơn so với nhổ răng thông thường. **Từ khóa:** Răng khôn hàm dưới, kết quả điều trị, nhổ răng có sử dụng máy siêu âm.

SUMMARY

COMPARISON OF OUTCOMES BETWEEN ULTRASONIC SURGERY AND TRADITIONAL TOOTH EXTRACTION METHODS FOR LOWER WISDOM TOOTH SURGERY AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: This study aimed to compare the outcomes of lower wisdom tooth surgery classified as Parant II and III, using an ultrasonic surgery machine versus the traditional tooth extraction method at Military Hospital 103. **Subjects and Methods:** This descriptive study combined with a longitudinal follow-up and analysis involved 138 patients who underwent lower jaw wisdom tooth surgery classified as Parant II or III at the Department of Oral and Dental of Military Hospital 103 from September 2019 to May 2020. The patients were divided into two groups: normal extraction and mechanical extraction, with 69 patients in each group. Surgical time, pain, swelling, mouth opening, and complications were compared between the two groups. **Results:** The average surgical time for the machine-assisted group (40.80 ± 2.02 minutes) was longer than that for the traditional tooth extraction group (37.40 ± 2.13 minutes). Patients in

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hải

Email: hailethithu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024