

hiều hơn gan trái với tỷ lệ 2,4/1. 30,8% trường hợp không ghi nhận tổn thương phổi hợp trên CLVT. Tổn thương phổi hợp tuyến thượng thận hay gặp nhất 28,2%.

Phân độ CTG theo AAST 2018: CTG độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 35,9%; tiếp theo là độ II (25,6%); độ I chiếm tỷ lệ thấp (15,4%).

CLVT đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và phân độ CTG giúp lâm sàng đưa ra phương pháp điều trị tối ưu nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. Mehta, S. Babu, K. Venugopal** (2014), "An Experience with Blunt Abdominal Trauma: Evaluation, Management and Outcome", Clin Pract. Vol. 4, No 2, p. 599.
2. **F. Coccolini, R. Coimbra, C. Ordonez et al.** (2020), "Liver trauma: WSES 2020 guidelines", World J Emerg Surg. Vol. 15, No 1, p. 24.
3. **Lê Nhật Huy, Nguyễn Ngọc Hùng, Trần Bình Giang** (2011), "Điều trị không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức", Tạp chí Y học thực

- hành (778), tr. 23-26.
4. **Nguyễn Ngọc Hùng** (2012), "Nghiên cứu điều trị bảo tồn không mổ chấn thương gan", tạp chí y học thực hành, tr. 65-70.
5. **Trình Hồng Sơn và Nguyễn Hải Nam** (2014), "Đổi chiều lâm sàng với phân độ chấn thương gan bằng chụp cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật vỡ gan chấn thương", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y, tr. 50-80.
6. **Ngô Quang Duy và Nguyễn Văn Hải** (2013), "Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn không mổ vỡ gan chấn thương", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 166-169.
7. **Đặng Thanh Sơn** (2019), "Kết quả điều trị bảo tồn không phẫu thuật chấn thương gan do chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức", Luận văn bác sĩ nội trú, Đại học Thái Nguyên.
8. **D. Morell-Hofert, F. Primavesi, M. Fodor et al** (2020). "Validation of the Revised 2018 AAST-OIS Classification and the CT Severity Index for Prediction of Operative Management and Survival in Patients with Blunt Spleen and Liver Injuries", Eur Radiol. Vol. 30, No 12, pp: 6570-6581.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TÚI MẬT NỘI SOI CẤP CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP

Thái Nguyên Hưng¹, Trương Đức Tuấn², Phan Văn Linh³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu (NC): NC hồi cứu trên 25 BN được phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật cấp cứu với mục tiêu 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm túi mật cấp. 2. Đánh giá kết quả PTNS cấp cứu cắt túi mật. - **Đối tượng và phương pháp NC:** Tất cả những BN, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán là viêm túi mật cấp (VTMC), được PTNS cắt túi mật cấp cứu tại BV Đại Học Y HN. + Tiêu chuẩn loại trừ: BN được chẩn đoán hoặc có kết quả GPB là ung thư túi mật. + Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu. - **Kết quả NC:** Có 25 BN đủ tiêu chuẩn, Tuổi TB là 51,4±14,3, tỷ lệ nam/nữ 2:1. Triệu chứng lâm sàng (LS): 100% đau dưới sườn phải (DSP), 100% sốt >38 độ, túi mật căng to 72,0%, DSP phản ứng 84,0%, Murphy(+) 64%; 72% có BC > 10.000/mm³. Siêu âm bụng 88,0% sỏi túi mật, 12% không sỏi, thành túi mật dày 68,0%, sỏi kẹt cổ túi mật 48,0%, dịch quanh túi mật 64,0%. PTNS cấp cứu 100%, PTNS thành công 76%, chuyển mổ mở 24%. Nguyên nhân chuyển mổ do chảy máu 33,3%, tổn thương đường mật 16,7%, phù nề, hoại tử, apxe gây

biến dạng giải phẫu 50,0%. Thời gian mổ TB= 68,4±22,6 (từ 28-125 phút). Thời gian hậu phẫu TB: 5,02 ± 2,36 ngày (từ 2-35 ngày). Không có BN tử vong, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng và chảy máu chân trocar 24% (6BN). - **Kết luận:** +Viêm túi mật cấp chiếm tỷ lệ 10,0% trong bệnh lý túi mật được PTNS cắt túi mật (25/248 BN), 88,0% viêm túi mật do sỏi, 12,0% viêm túi mật không do sỏi. +100% các BN được PTNS cắt túi mật cấp cứu. PTNS thành công 76,0%, chuyển mổ mở 24,0%. + Nguyên nhân chuyển mổ mở chủ yếu do chảy máu không cầm được qua PTNS 2/6 BN (33,3%), tổn thương OMC 16,6%, viêm dính, phù nề, apxe, hoại tử gây biến dạng giải phẫu 3/6 BN (50,0%). + Thời gian mổ TB: Thời gian mổ TB=68,4±22,6 phút (từ 28-125 phút). Thời gian hậu phẫu TB: 5,02±2,36 ngày (từ 2-35 ngày). + Không có BN tử vong, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng hay chảy máu chân trocar 6/25 BN (24%).

SUMMARY

THE RESULT OF URGENT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS

Study aims: + Evaluation of clinical feature of acute cholecystitis. +Result of urgent laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. - **Patient and method:** + Restrospective study. + Time: 2008-2011. - **Result:** There were 25 patients, mean age was 51,4±14,3; Sex ratio female/male was 2:1. Clinical finding were abdominal pain in all patient, (right upper quadrant pain), fever (more than 38°) in 100%, gallbladder distention in 72,0%, Murphy's sign positive in

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện 19-8

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 8.3.2023

64,0%, Elevation of leucocyte in 72% (more than 10.000/mm³). Adominal ultrasound: gallstones in 88,0%, alythiasis in 12,0%, obstruction of cystic duct by stones in 48%,thickness of gallblader wall in 17 patients (68,0%,more than 3mm), presence of pericholecystic fluid in 64,0%. Surgical management consist of urgent laparoscopic cholecystectomy in all patients; conversion to laparotomy in 6 patients (24%) due to bleeding (33,3%), injury to common bile duct or common hepatic duct (16,7%), or adhesive, thickness, necrosis of gallblader wall (50,0%). The average operating time was 68,4±22,6 minute (range 28-125 minute). The average hospital stay was 5,02±2,36 days (from 2-35 days). There was no death per and postoperation.Complication were 6 patient (24%) consisting of suppuration of trocar site (4 patients), bleeding of trocar site (2 patients). - **Conclusion:** We conclude that. + The proportion of acute cholecystitis was about 10,0% (of 248 patients who laparoscopic cholecystectomy were perfomed during the same period). Of them, 88,0% were gallstonecholecystitis, 12,0% were acaculous cholecystitis. + Laparoscopic cholecystectomy was performed in 76,0%, conversion to laparotomy in 24,0%. + The main reasons for conversion were bleeding (2 patients), injury to common bile duct or common hepatic duct (1 patient), thickness, necrosis of gallblader wall or adhesive to surrounding tissues. + The average hospital stay was 5,02±2,36 days (range from 2-35 days). + There was no death per and postoperation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho tới nay phẫu thuật cắt túi mật qua nội soi (PTNS) là lựa chọn hàng đầu để điều trị bệnh lý túi mật như viêm túi mật (VTM) do sỏi, VTM không do sỏi và các bệnh lý túi mật khác. Việc cắt túi mật nội soi (CTMNS) đã trở thành thường qui ở BN sỏi túi mật có triệu chứng. Theo thông kê tại Mỹ mỗi năm có tới 20 triệu người mắc sỏi túi mật, 1-4% trong số này có triệu chứng lâm sàng (cơn đau quặn mật), nếu không được điều trị có 20,0% số này (có triệu chứng lâm sàng) sẽ bị VTM cấp. Mặt khác việc chấp nhận rộng rãi phẫu thuật (PT) CTMNS điều trị sỏi túi mật có triệu chứng nên biến chứng VTM cấp do sỏi có xu hướng giảm [4]. Tuy nhiên PTNS cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp còn gặp nhiều khó han do túi mật viêm cấp phù nề, dính vào các tạng lân cận như tá tràng,đường mật chính hoặc biến dạng giải phẫu. Bởi vậy các biến chứng như chảy máu, rò mật, tổn thương đường mật chính... vẫn thường xảy ra trong và sau mổ, tỷ lệ PTNS chuyển mổ mở, nhất là trong trường hợp mổ cấp cứu còn cao (từ 8%-35%). Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng,cận lâm sàng của viêm túi mật cấp
2. Đánh giá kết quả PTNS cấp cứu cắt túi mật

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu (NC):** Tất cả những bệnh nhân, không phân biệt tuổi, giới, được chẩn đoán là viêm túi mật cấp, được điều trị PT cắt túi mật NS cấp cứu tại BV Đại học Y Hà nội.
- **Tiêu chuẩn loại trừ:**
+ BN ung thư túi mật.
+ BN không đủ dữ liệu nghiên cứu.
- **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.
- **Thời gian:** 2008-2011.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 25 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào NC, tỷ lệ Nữ:nam=2:1: Tuổi TB là 51,4±14,3

- **Tiền sử (TS):** + PT bụng: 5 BN (2 BN mổ ruột thừa đường MacBurney, 3 BN mổ đẻ)
- **Triệu chứng lâm sàng:**

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Đau bụng dưới sườn phải (DSP)	25	100,0
Sốt >38 ^o	25	100,0
Túi mật căng to	18	72,0
DSP có phản ứng	21	84,0
Murphy(+)	16	64,0

- Xét nghiệm cận lâm sàng:

- + Có 6 BN Bilirubile tăng >17.(mmol/l)
- +18 BN có BC>10.000/mm³.(72%)
- + 6 BN có BC:8000-10.000./mm³
- + 1 BN có BC< 8000.mm³
- + SGOT>37 U/L: 8 BN.
- + SGPT>40U/L:5 BN.
- + Amylase> 220:9 BN.

- **Siêu âm trước mổ (SA):** 100% các trường hợp được SA trước mổ.

Bảng 2: Kết quả SA

Hình ảnh SA	n	%
Sỏi túi mật	22	88,0
Không có sỏi	3	12,0
Túi mật căng	19	76,0
Thành túi mật dày	17	68,0
Sỏi kẹt cổ túi mật	12	48,0
Dịch quanh túi mật	16	64,0

- Chụp CLVT ổ bụng :5 trường hợp
- + 5 BN có sỏi kẹt cổ túi mật, túi mật thành dày.
- + 5 BN có dịch quanh túi mật.
- + Không có BN nào có sỏi đường mật, không có BN OMC> 8,0-10mm.
- Phương pháp mổ: 100% mổ cấp cứu.

Bảng 3: Phương pháp mổ

Loại phẫu thuật	n	%
PT nội soi	19	76
PTNS - Mổ mở	6	24
Tổng	25	100

+ 19 trường hợp đặt 3 trocart (2 trocar

10mm,1 trocar 5mm)
+ 6 BN được đặt 4 trocar (2 trocar 10mm,2 trocar 5 mm)

- Biến chứng trong mổ:

Bảng 4: Biến chứng trong mổ

Biến chứng	n	%
Chảy máu	5	20,0
tổn thương OMC	1	4,0
N	6	24,0

- Nguyên nhân chuyển mổ mở

Bảng 5: Nguyên nhân chuyển mổ mở

Nguyên nhân	n	%
Chảy máu (Ko cầm được qua PTNS)	2	33,3
Tổn thương OMC	1	16,7
Cấu trúc giải phẫu không rõ	2	33,3
Viêm túi mật hoại tử, apxe túi mật	1	16,7

Như vậy tỷ lệ chuyển mổ mở là 6/25 BN (24,0%).

- Thời gian mổ:

Bảng 6: Thời gian mổ

Thời gian (phút)	n	%
20-30	2	8,0
31-60	7	28,0
61-90	11	44,0
>90	5	20,0
N	25	100

Thời gian mổ TB=68,4±22,6 (từ 28-125).

- Thời gian hậu phẫu TB: 5,02±2,36 (từ 2-35 ngày).

- Biến chứng sau mổ:

- + Chảy máu lỗ trocar: 2BN
- + Nhiễm trùng vết mổ: 4 BN
- + Không có trường hợp nào TV trong và sau mổ.
- + Không có BN nào phải mổ lại.

IV. BÀN LUẬN

Viêm túi mật cấp là cấp cứu ngoại khoa thường gặp,chiếm tỷ lệ khá cao đặc biệt là trên trường hợp tuổi cao, có nhiều bệnh nền phối hợp như cao HA, đái tháo đường hay bệnh lý tim mạch. Nếu không được xử trí kịp thời bệnh lý có thể diễn biến nặng như hoại tử túi mật, thủng mật phúc mạc, viêm phúc mạc mật,sốc nhiễm trùng nhiễm độc, TV...

Chiếm tỷ lệ 90-95% là VTM cấp do sỏi, 5-10% là viêm túi mật không do sỏi. Hai loại bệnh lý này có đặc điểm bệnh lý, lâm sàng và cận lâm sàng có nhiều điểm khác nhau. VTM không do sỏi có tỷ lệ TV có thể lên tới 30,0% (VTM cấp do sỏi có tỷ lệ TV khoảng 0,45%) do chẩn đoán thường khó khăn dẫn đến xử trí muộn, thường dẫn đến hoại tử túi mật (50,0%) trên bệnh nhân có bệnh lý nội khoa mạn tính.[4]

Đối với những trường hợp sỏi túi mật,polip

túi mật hay viêm túi mật sỏi mức độ nhẹ (tiêu chuẩn Tokyo 2013), PTNS cắt túi mật đã trở thành thường qui. Tuy nhiên viêm túi mật cấp, PTNS cắt túi mật gặp nhiều khó khăn do túi mật phù nề,biến dạng về giải phẫu,thậm chí hoại tử, thủng vào tá tràng hay OMC (hội chứng Mirrizzi) hoặc biến đổi giải phẫu vùng ống cổ túi mật, các ống mật phân thủy trước (PTT) hay PTS trượt thấp làm tỷ lệ tai biến, biến chứng trong mổ tăng cao. Mặt khác chụp đường mật trong mổ cũng ít được thực hiện ở nước ta, bởi vậy tổn thương đường mật, rò mật, VPM mật vẫn xảy ra.

Số liệu của chúng tôi cho thấy 100% các trường hợp có đạu DSP, 100% các BN có sốt > 38°, có phản ứng DSP chiếm 84,0%, túi mật căng to (sờ thấy) chiếm 72,0% trong khi có 72% số BN có BC>10.000/1mm³. Lứa tuổi trung bình BN củ a NC này là 51,4 (51,4± 14,3) đây là lứa tuổi khá cao bởi vậy có 72,0% số BN có BC>10.0000/mm³ là tỷ lệ nhiễm trùng cao. Tuy nhiên các BN này khi mổ chưa phải dùng vận mạch (viêm túi mật nặng theo tiêu chuẩn Tokyo). Bảng 3: cho thấy có 76% số BN VTM cấp được PTNS cắt túi mật thành công, 24% còn lại chuyển mổ mở. Các nguyên nhân chuyển mổ mở có chảy máu không cầm được qua PTNS (2 BN), tổn thương OMC (1 BN), cấu trúc giải phẫu không rõ (2 BN) và viêm túi mật hoại tử (apxe hóa). Thời gian mổ TB là 68,4±22 (phút). Tỷ lệ viêm túi mật cấp do sỏi chiếm 22/25 BN (88,0%), có 3 BN (12,0%) VTM cấp không do sỏi.

+ Tỷ lệ PTNS cắt túi mật thành công cũng như nguyên nhân mổ mở có liên qua rất nhiều đến thời gian chỉ định mổ,cấu trúc giải phẫu mạch máu, ống cổ túi mật và các dạng giải phẫu của mạch máu và đường mật đổ vào túi mật [5][6]

Theo hướng dẫn Tokyo (2013) PTNS cắt túi mật sớm được thực hiện sau 72-96 h (tính từ lúc bắt đầu đau. Còn theo hướng dẫn của hiệp hội PT cấp cứu thế giới (2016), PTNS cắt túi mật sớm được thực hiện<72h (hoặc trước 7 ngày khi khởi đau). Các nghiên cứu đều thấy rằng nếu PTNS cắt túi mật trong vòng từ 10-45 ngày thường có nhiều biến chứng, thời gian nằm viện dài hơn (>5 ngày), tỷ lệ chuyển mổ mở có thể lên tới 45%. PTNS sau 45 ngày hoặc > 6 tuần thường có kết quả tốt hơn, tỷ lệ biến chứng giảm[4].

NC nguyên nhân chảy máu khí PTNS cắt túi mật trên 500BN, Lê Quan Tuấn Anh và CS (Đại học Y Dược TPHCM)[2] đưa ra phân loại các dạng ĐM túi mật. Nhóm 1: ĐMTM nằm trong tam giác gan mật (A Calot) 81,0% gồm 3 dưới nhóm (SG); SG 1a: có 1 ĐM nằm trong tam giác Calot chiếm 43%; SG1b có 2-3 nhánh nằm trong

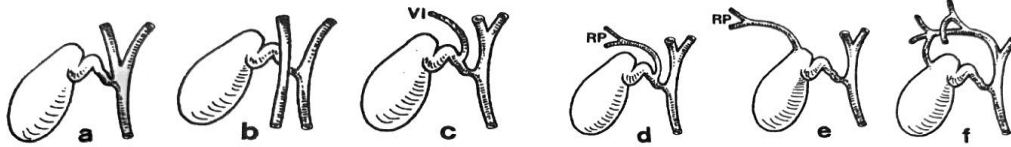
Λ Calot, chiếm 36%; SG1c ĐM gan phải nằm sát sát cổ túi mật và cho các ĐMTM chiếm 2%. Nhóm 2: ngoài các nhánh ĐM trong Λ Calot còn có các ĐMTM nằm ngoài tam giác gan mật chiếm 15%. SG2a: các nhánh ĐM nằm trong Λ Calot và 1 nhánh ĐM nằm dưới ngoài ống cổ túi mật chiếm 9%. SG2b: Các ĐM nằm trong Λ Calot và các nhánh chạy từ trong gan vào giường TM chiếm 6%. Nhóm 3: ĐMTM nằm ngoài tam giác gan mật chiếm 4% (nằm dưới ngoài ống cổ túi mật)[2].



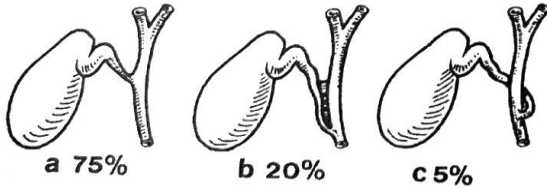
Hình 1. Viêm túi mật cấp do sỏi, PTNS cấp cứu

Ngoài biến chứng chảy máu chiếm tỷ lệ cao (chiếm 2/6 BN chuyển mổ mở trong NC của chúng tôi, 33,3%), tổn thương đường mật cũng nguyên nhân thường gặp (1/6 BN; 16,6%), Xử trí tổn thương đường mật trong bệnh cảnh viêm túi mật cấp khá phức tạp đòi hỏi PTV có kinh nghiệm vì đường mật chính thường nhỏ, mặt khác VTM cấp làm cấu trúc giả phẫu phù nề, biến dạng đặc biệt những trường hợp có bất thường về giải phẫu đường mật[5],[6]

+ Chụp đường mật trên 50 BN được PTNS cắt túi mật, NC của Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Tuấn Anh cho thấy: thời gian chụp TB là 15 phút (từ 7-55 ph), phát hiện 2 BN có sỏi OMC; 5 BN có OMC > 10mm; 1 BN ống cổ TM đổ vào OGP, không có tổn thương đường mật cũng như biến chứng liên quan tới chụp đường mật.[1]



Hình 2: Các thay đổi của ống mật trong gan đổ vào ống cổ túi mật và túi mật



- | | |
|-------------------|-------|
| a. Tạo thành góc | :75% |
| b. Dạng song song | :20% |
| c. Dạng xoắn | : 5%. |

Hình 3: Các hình thức kết hợp ống cổ túi mật

- NC trên 54037 BN cắt túi mật tại BV Bạch mai HN có 12,5% số BN (68) viêm túi mật cấp, tỷ lệ chuyển mổ mở 6,8% (37bn), tổn thương đường mật chính (ĐMC) 0,92% (%BN), thời gian mổ TB là 42 phút, ngày nằm viện TB là 3,5 ngày.[3].

Đánh giá kết quả PTNS cắt túi mật tại BV Saint Paul trên 341 trường hợp, số liệu cho thấy có 12,0% BN viêm túi mật cấp (41BN), 16 trường hợp chuyển mổ mở, 2BN tổn thương ống gan chung (OGC) được khâu nối OGC.[8].

+ Đánh giá kết quả PTNS cắt túi mật trên 79 trường hợp VTM cấp do sỏi tại BV Hoàn mỹ-Đà Nẵng (53 nữ, 26 nam, tuổi TB 57,3), 11 BN viêm túi mật hoại tử, (13,9%), PTNS thành công 97,5%, tỷ lệ chuyển mổ mở là 2,5% (2 BN), 84,4% (67 BN) sử dụng 3 trocar, thời gian mổ TB là 70 phút (40-160 ph), 5,1% có BC sau mổ, không có tổn thương đường mật chính.[9]

PTNS cắt túi mật trên BN có sẹo mổ cũ là một trong những khó khăn và thường không chỉ

định PTNS cắt túi mật, nhất là BN có đường mổ cũ trên rốn. Số liệu của chúng tôi có 5/25 BN có sẹo mổ cũ, tất cả đều dưới rốn. Tất cả những BN này đều được PTNS thành công.

NC trên 204 BN có sẹo mổ cũ được PTNS cắt túi mật. Từ Đức Hiền và CS (Đại học Y dược TPHCM) cho thấy có 37 BN được PTNS bụng >, = 2 lần, 17 BN có >, = 2 sẹo mổ. Không có tai biến do đặt trocar, 4 BN chuyển mổ mở. Các tác giả kết luận rằng không có chống Đ cắt túi mật NS ở những BN đã PTNS bụng[5]

+ NC trên 22 BN viêm túi mật cấp do sỏi được PTNS cắt túi mật tại BV Ndjamenat từ 2013-2015, kết quả cho thấy lứa tuổi TB là 42 (16-65t), 91% là nữ (20 BN), thời gian nằm viện TB 3 ngày (2-6 ngày). Tỷ lệ mổ chuyển mổ mở 4,5%, thời gian từ khi đau đến khi mổ < 72h, tỷ lệ biến chứng là 9,1% (2 BN : 1 chảy máu ổ trocar, 1 tụ mủ thành bụng)[9]

V. KẾT LUẬN

+ Viêm túi mật cấp chiếm tỷ lệ 10,0% trong

bệnh lý túi mật được PTNC cắt túi mật cấp cứu (25/248 BN), 88,0% viêm túi mật do sỏi, 12,0% viêm túi mật không do sỏi.

+ PTNS thành công 76,0%, chuyển mổ mở 24,0%.

+ Nguyên nhân chuyển mổ mở chủ yếu do chảy máu không cầm được qua NS 2/6 BN (33,3%), tổn thương OMC 16,6%, phù nề, apxe, hoại tử gây biến dạng giải phẫu 3/6 BN(50,0%).

+Thời gian mổ TB: Thời gian mổ TB= 68,4± 22,6 (từ 28-125).

Thời gian hậu phẫu TB: 5,02±2,36 (từ 2-35 ngày).

+ Không có BN tử vong, biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng hay chảy máu chân trocar 6/25 BN (24%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Tuấn Anh:** Chụp đường mật trong cắt túi mật nội soi.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);61-62.
2. **Lê Quan Tuấn Anh, Nguyễn Hoàng Bắc:** Các Dạng động mạch túi mật khảo sát qua cắt túi mật nội soi.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);63-64.
3. **Nguyễn Ngọc Bích và CS:** Những nhận xét về

phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại BV Bạch mai.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006); 53-54.

4. **Nguyễn Văn Hải** (2018):Viêm túi mật cấp.Cấp cứu ngoại tiêu hóa.NXB Thanh niên:91-101
5. **Từ Đức Hiền và CS:** Phẫu thuật nội soi cắt túi mật trên bệnh nhân có đường mổ cũ.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);34-35
- 6.. **Thái Nguyên Hưng, Hà Văn Quyết, Nguyễn Văn Huy** (2009): Những thay đổi giải phẫu đường mật trong gan ứng dụng trong nội soi đường mật. Y học thực hành 7, tr93-94.
7. **Thái Nguyên Hưng:** Nghiên cứu ứng dụng nội soi đường mật bằng ống soi mềm kết hợp với tán sỏi điện thủy lực trong mổ mở để chẩn đoán và điều trị sỏi đường mật. Luận văn tiến sỹ Y học. (2009)
8. **Đào Tuấn, Phan Ngọc Chúc:** Kết quả cắt túi mật nội soi tại BV Saint Paul Hà nội.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);67-68.
9. **Nguyễn Tuấn, Phan Thanh Nguyên:** Kết quả cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi.Hội nghị phẫu thuật nội soi và nội soi toàn quốc (2006);54-55.
10. **Bray Madoue Kaimba, Youssef Mahamat et Seid Dounia Akouya:** Cholecystectomy pour cholecystite aigue lithiasique: à propos de 22 cas à l'hospital de la renaissance de NDjamena.The Pan African Medical Journal 2015;21:311.

MỘT SỐ KẾT QUẢ SỚM TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG XƯƠNG HÀM TRÊN BẰNG NỆP TITAN, VẬT XƯƠNG BẢ, VẬT LIỆU Y SINH PEEK (POLYETHER ETHER KETONE) TRONG PHẪU THUẬT U CÓ CẮT XƯƠNG HÀM TRÊN

Trịnh Hùng Mạnh¹, Nguyễn Tiên Hùng¹,
Hoàng Văn Nhạ¹, Nguyễn Việt Chiến¹ và CS

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật sớm tạo hình khuyết hổng xương hàm trên bằng lưới titan, vật xương bả, vật liệu y sinh PEEK (Polyether Ether Ketone) trong phẫu thuật u có cắt đoạn xương hàm trên. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang. Thực hiện ở 29 bệnh nhân (BN) tại khoa ngoại Tai Mũi Họng Bệnh Viện K, trong thời gian từ tháng 11 năm 2020 đến tháng 11 năm 2022. Ghi nhận các thông tin về tuổi và giới của BN cùng những đặc điểm về khối u: vị trí, kích thước, giai đoạn lâm sàng, cách thức phẫu thuật. Phân typ mô bệnh học (MBH), độ mô học, giai đoạn TNM theo Ủy ban liên

hợp của Hoa Kỳ về ung thư, phiên bản thứ 9, năm 2021. Đánh giá tình trạng sống của vật sau phẫu thuật, tình trạng vết mổ và khớp cắn. **Kết quả và kết luận:** Khuyết hổng XHT hay gặp ở người tuổi trung bình: 53 ± 0,13 tuổi; Tỷ lệ Nam/Nữ= 1,23, gặp ở những người có thói quen uống rượu (72,4%), hút thuốc lá (51,7%). Vị trí của khuyết XHT hay gặp: vùng III (48,7%), vùng II (20,7%), khuyết XHT và sàn ổ mắt (17,2%), khuyết XHT và gò má cung tiếp (10,4%). Về mô bệnh học chủ yếu gặp SCC 51,8%, sarcom 24,1%. Phương pháp tạo hình chủ yếu là: vật trực mạch, vật xương bả chiếm tỉ lệ cao nhất (51,7%); Lưới titan (44,8 %); Implant PEEK (3,5%). Theo dõi kết quả sớm khi ra viện vật tạo hình vật sống hoàn toàn (93,3%), vật bị hoại tử < 1/3 (0%), vật hoại tử hoàn toàn (6,7%). Về tình trạng vết mổ khô, liền tốt (89,7%), phải chăm sóc do rò nước bọt(10,3%). Tỷ lệ khớp cắn đúng khi ra viện (82,8%), khớp cắn sai lệch ít (17,2%).

Từ khóa: Khuyết xương hàm trên, tạo hình khuyết xương hàm trên

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hùng Mạnh

Email: manhrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023