

100% kinh phí đào tạo liên tục, 8,04% bệnh viện hỗ trợ 50% và chỉ có 1,7% là tự túc kinh phí. Đây có lẽ là mong muốn chính đáng của đa số các bác sĩ, nhưng là khó khăn cho các nhà quản lý. Hiện nay, một hạn chế lớn đối với các lớp đào tạo ngắn hạn là thiếu kinh phí, một phần do định mức thấp.

V. KẾT LUẬN

Năm 2022 – 2023, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông có 65,1% bác sĩ được đào tạo liên tục, trong đó 89,3% được đào tạo ≥ 48 tiết. 15,7% bác sĩ lâm sàng được đào tạo liên tục về cấp cứu cơ bản trong đó 84,4% được đào tạo ≥ 48 tiết. Các khóa đào tạo liên tục về cấp cứu cơ bản 100% được tổ chức kết hợp giữa lý thuyết và thực hành và được tổ chức tập trung. 85,7% bác sĩ lâm sàng có nhu cầu về đào tạo liên tục cấp cứu cơ bản. Đa số bác sĩ có nhu cầu được đào tạo tại bệnh viện, trực tiếp trong khoảng thời gian 2 – 5 ngày và được hỗ trợ 100% kinh phí đào tạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **University, S.** Lifelong Learning - Evolution of

the Lifelong Learning Movement, Implementation of Lifelong Learning, On going Issues in Lifelong Learning, Conclusion. 2018.

- Bộ Y tế,** Thông tư số 22/2013/TT-BYT về việc "Hướng dẫn việc đào tạo liên tục cho cán bộ y tế". 09/08/2013.
- Thào, L.T.P.,** "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác đào tạo liên tục của bác sĩ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình từ tháng 1/2021 đến 30/6/2022". Luận văn thạc sĩ y tế công cộng/quản lý bệnh viện, Trường đại học y tế công cộng, 2022.
- Nghi, N.D.,** "Thực trạng thực hiện nhiệm vụ và nhu cầu đào tạo liên tục của bác sĩ, điều dưỡng lâm sàng tại hai khoa cấp cứu, Hồi sức tích cực và chống độc bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa năm 2017". Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường đại học y tế công cộng., 2017.
- Trọng, T.Đ.,** "Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của bác sĩ, điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh năm 2020". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y dược Hải Phòng., 2020.
- Hải, T., T. Hà, and V. Hưng,** Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của bác sĩ, điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh năm 2020. Tạp chí Y học Dự phòng, 2022. 32: p. 263-270.

SO SÁNH PHỤC HỒI LƯU THÔNG RUỘT THEO KIỂU FUNCTIONAL CẢI BIÊN VỚI KIỂU OVERLAP TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN CẮT TOÀN BỘ DẠ DÀY DO UNG THƯ

Võ Duy Long^{1,2}, Trần Quang Đạt¹, Nguyễn Việt Hải¹, Đặng Quang Thông¹, Đoàn Thuỳ Nguyên¹, Nguyễn Năm Thắng¹, Nguyễn Hoàng Bắc^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phục hồi lưu thông tiêu hoá sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày có nhiều thách thức và bàn cãi. Chúng tôi cải biên kiểu nối thực quản – hồng tràng functional theo hình chữ T. Nghiên cứu này nhằm so sánh kết quả ngắn và dài hạn giữa kiểu nối functional cải biên hình chữ T và phương pháp overlap sau phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày do ung thư. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ, hồi cứu 84 bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 10 năm 2020. Trong số đó, 40 bệnh nhân được nối thực quản – hồng tràng theo kiểu functional cải biên, trong

khí 44 bệnh nhân còn lại theo kiểu overlap. Kết quả ngắn hạn bao gồm các đặc điểm phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật và tỷ lệ tử vong. Kết quả dài hạn bao gồm các biến chứng liên quan đến miệng nối và tình trạng dinh dưỡng sau 1 năm. Kết quả ung thư được đánh giá liên quan đến tỉ lệ sống còn toàn bộ (OS) và sống còn không bệnh (DFS) sau 1, 3 và 5 năm. **Kết quả:** Không có sự khác biệt đáng kể giữa functional cải biên hình chữ T và phương pháp overlap về kết quả sớm sau phẫu thuật như thời gian phẫu thuật, thời gian thực hiện miệng nối, thời gian trung tiện, tỉ lệ biến chứng chung và tỷ lệ tử vong, và thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Tỉ lệ rò và hẹp miệng nối sau phẫu thuật cũng tương đương giữa 2 nhóm (5,0% và 2,6% so với 6,8% và 0,0%). Sự giảm cặn, mức hemoglobin và albumin sau 1 năm sau phẫu thuật cũng tương đương. Tỷ lệ sống còn toàn bộ và không bệnh sau 5 năm cũng tương đương giữa hai nhóm (70% và 57% so với 51% và 41%). **Kết luận:** Không có sự khác biệt đáng kể về kết quả phẫu thuật và sống còn dài hạn giữa kiểu nối functional cải biên hình chữ T và overlap. Kiểu nối functional cải biên hình chữ T có thể là một phương pháp thay thế cho phục hồi lưu thông ruột sau cắt toàn bộ dạ dày do

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Vũng Tây Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Long

Email: long.vd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

ung thư. **Từ khoá:** ung thư dạ dày; phẫu thuật nội soi; miệng nối thực quản – hồng tràng

SUMMARY

COMPARISON BETWEEN FUNCTIONAL END TO END ANASTOMOSIS AND OVERLAP METHOD FOR ESOPHAGOJEJUNOSTOMY AFTER TOTALLY LAPAROSCOPIC TOTAL GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER

Background: The functional end-to-end anastomosis (FEEA) and overlap methods for reconstruction after totally laparoscopic total gastrectomy (TLTG) are technically challenges. We developed a T-shaped FEEA to facilitate technique. This study aimed to compare the short- and long-term outcomes between the T-shaped FEEA and overlap methods after TLTG for gastric cancer (GC). **Method:** This cohort study enrolled 84 patients who underwent TLTG for GC using linear stapler for reconstruction between August-2015 and October-2020. Among them, 40 patients underwent FEEA, while 44 patients underwent overlap method. Short-term outcomes encompassed operative characteristics, postoperative morbidity, and mortality. Long-term outcomes included anastomosis-related complications and 1-year nutritional status. Oncologic outcomes were assessed regarding 1-, 3-, and 5- year overall survival (OS) and disease-free survival (DFS). **Results:** There were no significant differences between the T-shaped FEEA and overlap methods in terms of the early surgical outcomes such as operating time, time of performing anastomosis, time of the first flatus, overall morbidities and mortality, and postoperative hospital stays. The esophagojejunostomy leakage and stenosis rates were similar between the groups (5.0% and 2.6% vs. 6.8% and 0.0%, respectively). The changing of reduction in weight, hemoglobin level, and albumin after 1-year postoperation were equivalent. Five-year OS and DFS were comparable between the two groups (70% and 57% vs. 51% and 41%, respectively). **Conclusions:** There was no significant difference in surgical outcomes and long-term survival between the modified FEEA and overlap methods. The T-shaped FEEA may be an alternative method for reconstruction after TLTG for GC. **Keywords:** Laparoscopic Total Gastrectomy; Esophagojejunostomy; Gastric Cancer; Reconstruction; Functional end to end anastomosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù phẫu thuật nội soi cắt bán phần dưới dạ dày được áp dụng rộng rãi cho ung thư dạ dày, nhưng phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày vẫn chưa được thực hiện phổ biến do những thách thức trong kết quả lâu dài về ung thư học và kỹ thuật mổ, đặc biệt là việc phục hồi lưu thông ruột [1-4]. Phương pháp nối thực quản – hồng tràng theo Roux-en Y an toàn, giảm rò và hẹp miệng nối [5-8]. Hai kiểu nối theo Roux en Y được sử dụng và biết đến là theo Functional và Overlap. Kiểu nối Functional cổ điển được thực hiện với miệng nối hình tam giác,

trong đó thực quản và ruột non được cắt trước khi thực hiện quá trình nối. Kết quả sớm tương đương giữa hai kiểu nối trong một số nghiên cứu trước đó [3,4,8]. Tuy nhiên, Chang Seok Ko đã chứng minh rằng phương pháp overlap tốt hơn functional đối với các biến chứng liên quan đến miệng nối [7]. Hơn nữa, chưa có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả giữa hai phương pháp, đặc biệt là về tình trạng dinh dưỡng và kết quả dài hạn. Do đó, phương pháp nối thực quản – hồng tràng lý tưởng nhất sau PTNS cắt toàn bộ dạ dày vẫn còn tranh cãi. Tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, chúng tôi đã cải biên phương pháp nối functional hình tam giác thành hình chữ T mà không cần cắt đứt thực quản và ruột non trước quá trình nối. Sự cải biên này sẽ hạn chế việc thực quản bị kéo quá cao vào trung thất, giúp đơn giản hóa kỹ thuật và giảm số lượng stapler sử dụng. Cho đến nay, chưa có nghiên cứu nào so sánh FEEA cải biên này với kiểu overlap. Do đó, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này để so sánh kết quả dài hạn về mặt phẫu thuật và ung thư học của nối vị tràng giữa functional cải biên và overlap trong phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày điều trị ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ, hồi cứu

Đối tượng nghiên cứu: 74 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư dạ dày 1/3 giữa hoặc 1/3 trên, được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày và phục hồi lưu thông ruột theo Roux en Y bằng stapler thẳng từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 10 năm 2020 tại Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Trong số này, 36 bệnh nhân được thực hiện theo kiểu functional cải biên, và 38 bệnh nhân theo phương pháp overlap.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) ung thư dạ dày được xác định bằng giải phẫu bệnh và (2) khối u ở vị trí ít nhất từ 2 đến 3 cm dưới tâm vị và không xâm lấn thực quản.

Tiêu chuẩn loại trừ: (i) hạch bulky, (ii) nạo hạch chưa đủ (D0, D1), (iii) phẫu thuật R2, (iv) ASA \geq 4, (v) ung thư đồng thời hoặc có tiền sử ung thư khác, (vi) phẫu thuật cắt dạ dày trước đó.

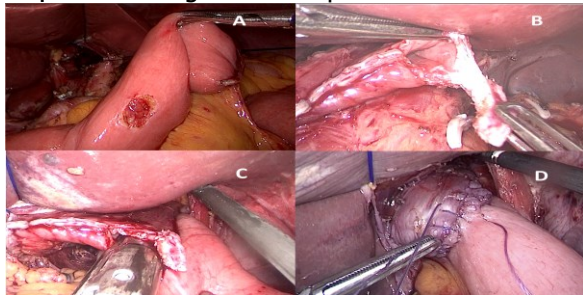
Kỹ thuật mổ: tất cả các bệnh nhân được thực hiện hoàn toàn qua phẫu thuật nội soi. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt toàn bộ dạ dày và nạo hạch theo hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Nhật Bản (21). Các nhóm hạch được nạo bao gồm 1, 2, 3a-b, 4sb, 4d, 4sa, 5, 6a-v-i, 7, 8a, 9, 11p-d, 12a và 10, và cùng với việc cắt bỏ toàn bộ mạc nối lớn.

Phục hồi lưu thông kiểu overlap. Trong

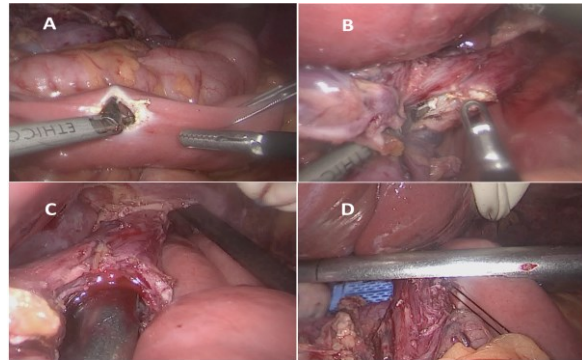
phương pháp này, chúng tôi thực hiện nối ruột non-ruột non (nối chân Y) trước khi nối ruột non-thực quản. Thực quản được cắt ngang ở mức 1-2 cm (tùy thuộc vào vị trí của khối u) trên tâm vị. Đoạn ruột non đầu tiên khoảng 25-30 cm từ góc Treitz được cắt ngang bằng stapler. Chân Y được thực hiện bằng cách nối ruột non-ruột non bên – bên bằng stapler ở khoảng 40 - 60cm ở quai đi. Chúng tôi mở một lỗ nhỏ ở bên trái của đường stapler thực quản bụng và cũng ở phía đối diện mạc treo của quai đi ruột non, khoảng 6-8 cm từ đường đường stapler. Sau đó, thực quản bụng và ruột non được nối với nhau bên – bên cùng chiều nhu động ruột. (Hình 1)

Phục hồi lưu thông kiểu Functional cải biên. Đối với phương pháp này, miệng nối ruột non-thực quản được thực hiện trước khi nối chân Y. Sau khi hoàn tất việc nạo hạch và di động thực quản, chúng tôi không cắt ngang thực quản và ruột non. Thay vào đó, đoạn ruột non cách 25cm từ góc Treitz được kéo lên, và mở một lỗ nhỏ ở bờ tự do, và một lỗ nhỏ khác ở bên trái của thực quản bụng, khoảng 1-2 cm từ tâm vị (tùy thuộc vào vị trí của khối u). Sau đó, thực quản và ruột non được nối bên – bên ngược chiều nhu động ruột bằng stapler thẳng mà không cần cắt trước cả thực quản và ruột non. Cuối cùng, cả thực quản và ruột non được cắt đứt đồng thời bằng cách sử dụng một stapler thẳng khác, và một miệng nối kiểu functional cải biên hình chữ T được hình thành. Chân Y được thực hiện tương tự như ở trên. (Hình 2)

Phân tích thống kê bao gồm việc tính toán giá trị trung bình và độ lệch chuẩn cho biến liên tục, và phần trăm cho biến rời. Các so sánh thống kê giữa hai nhóm, bao gồm đặc điểm bệnh nhân, kết quả phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật được thực hiện bằng kiểm tra U Mann-Whitney cho biến liên tục, và kiểm tra chi phương sai hoặc kiểm tra chính xác của Fisher cho biến rời. Kết quả sống còn được đánh giá bằng phương pháp Kaplan-Meier để ước lượng tỷ lệ sống còn toàn bộ (OS) và tỷ lệ sống không bệnh (DFS), được mô tả bằng biểu đồ Kaplan-Meier.



Hình 1: Phục hồi lưu thông kiểu Functional overlap



Hình 2: Phục hồi lưu thông kiểu Functional cải biên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của bệnh nhân. Từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 10 năm 2020, có 36 bệnh nhân được nối vị tràng theo kiểu functional cải biên, 38 bệnh nhân còn lại theo kiểu overlap. Tuổi trung bình cả 2 nhóm bệnh nhân là $56,6 \pm 11,8$ tuổi, không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm. Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về các bệnh kèm theo khác, ASA, chỉ số BMI, và kích thước khối u. (Bảng 1)

Bảng 1: đặc điểm bệnh nhân

	Functional cải biên (n=36)	Overlap (n=38)	p-value
Tuổi (năm)	54.6 ± 11.0	58.5 ± 12.3	0.06
Giới			0.67
Nam	21 (58.3)	24 (63.1)	
Nữ	15 (41.7)	14 (36.9)	
BMI(kg/m²)	20.8 ± 1.9	20.9 ± 3.1	0.37
ASA-PS			0.48
I	13 (36.1)	20 (52.6)	
II	23 (63.9)	18 (47.4)	
Kích thước u	4.8 ± 1.8	5.4 ± 2.4	0.42
Độ biệt hoá			0.19
Tốt	1 (2.8)	1 (2.6)	
Trung bình	10 (27.7)	8 (21.1)	
Kém	22 (61.1)	24 (63.2)	
Tế bào nhân	3 (8.3)	5 (13.2)	
Giai đoạn T			0.70
T1	2 (5.5)	1 (2.6)	
T2	4 (11.0)	3 (7.9)	
T3	0 (0.0)	0 (0.0)	
T4a	29 (80.6)	33 (86.8)	
T4b	1 (2.8)	1 (2.6)	
Giai đoạn N			0.03
N0	15 (41.7)	10 (26.3)	
N1	2 (5.5)	5 (13.2)	
N2	15 (41.7)	10 (26.3)	
N3	4 (11.0)	13 (34.2)	

Kết quả phẫu thuật. Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về thời gian phẫu

thuật, thời gian thực hiện miệng nối, lượng máu mất ước tính. Bờ cắt trên tính từ tâm vị dạ dày tương đương giữa hai nhóm (1,8 cm so với 1,9 cm, p=0,48). Nhóm functional cải biên có tỷ lệ phẫu thuật R1 thấp hơn đáng kể (0,0% so với 13,6%, p=0,015).

Về kết quả sớm không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về sốt sau phẫu thuật, thời gian trung tiện, thời gian ăn uống lại, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng chung, tỷ lệ phẫu thuật lại, tỷ lệ tử vong, và số lượng bệnh nhân hóa trị hỗ trợ sau mổ. Hầu hết các biến chứng sau mổ được phân loại theo Clavien Dindo I hoặc II. Tỷ lệ rò miệng nối thực quản – ruột non là tương đương giữa hai nhóm (2,8% so với 5,3%, p=0,75). (**Bảng 2**)

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

	Functional cải biên (n=36)	Overlap (n=38)	p-value
Thời gian mổ (phút)	258.6 ± 50.0	269.1 ± 54.3	0.59
Thời gian làm miệng nối (phút)	37.1 ± 7.0	46.8 ± 20.5	0.07
Phẫu thuật kèm theo			0.29
Có	6 (15.0)	3 (6.8)	
Không	34 (85.0)	41 (93.2)	
Mất máu (ml)	83.4 ± 75.4	88.2 ± 51.5	0.19
Phẫu thuật			0.01
R0	36 (100.0)	34 (89.5)	
R1	0 (0.0)	4 (10.5)	
Sốt sau mổ	4 (11.1)	5 (13.2)	0.56
Thời gian trung tiện	3.7 ± 1.6	3.5 ± 1.6	0.92
Thời gian ăn lại	4.9 ± 2.0	5.8 ± 4.9	0.37
Thời gian nằm viện	9.9 ± 3.0	11.4 ± 7.8	0.53
Biến chứng sau mổ	11 (30.5)	14 (36.8)	0.55
Xỉ miệng nối	1	2	0.75
Xỉ mòm tá tràng	1	0	0.91
Rò tụy	1	3	0.11
Liệt ruột	2	2	0.58
Tắc ruột sớm	1	0	0.29
Chảy máu tiêu hoá	1	1	0.96
Chảy máu ổ bụng	2	2	0.92
Thoát vị nội	1	0	0.29
Ap xe tồn lưu	0	1	0.37
Biến chứng phổi	1	3	0.7
Mổ lại	2 (5.5)	2 (5.3)	0.92
Tử vong sớm	1 (2.8)	1 (2.6)	0.93
Phân loại Clavien Dindo			0.23
0	25 (69.4)	24 (63.1)	
I	3 (8.3)	3 (7.9)	
II	6 (16.7)	7 (18.4)	

IIIa	1 (2.8)	2 (5.3)	
IIIb	0 (0.0)	0 (0.0)	
IV	0 (0.0)	1 (2.6)	
V	1 (2.8)	1 (2.6)	

Đôi với kết quả dài hạn, tỷ lệ hẹp miệng nối thực quản – ruột non tương đương giữa hai nhóm (2,8% so với 0,0%, p=0,38). Một bệnh nhân trong nhóm functional cải biên hẹp miệng nối và được nong bằng bóng qua nội soi thực quản. Các biến chứng muộn khác như tắc ruột non, loét miệng nối đều tương tự giữa các nhóm.

Về chỉ số dinh dưỡng sau 1 năm, hầu hết bệnh nhân đã giảm cân, mức hemoglobin và albumin sau 1 năm phẫu thuật. Tuy nhiên, những thay đổi này là tương tự giữa hai nhóm. (**Bảng 3**)

Bảng 3: kết quả lâu dài

	Functional cải biên (n=36)	Overlap (n=38)	p-value
Biến chứng muộn	5 (13.9)	3 (7.9)	0.07
Hẹp miệng nối	1 (2.8)	0 (0.0)	0.38
Tắc ruột non	2 (5.5)	1 (2.6)	0.48
Loét miệng nối	0 (0.0)	1 (2.6)	0.13
Khác	2 (5.5)	1 (2.6)	0.38
Cân nặng sau 1 năm (kg)	45.9 ± 8.6	45.8 ± 10.3	0.73
Thay đổi cân nặng (%)	-12.2 ± 14.7	11.8 ± 10.4	0.96
Hemoglobin sau 1 năm (g/l)	11.4 ± 1.3	11.6 ± 1.4	0.56
Thay đổi hemoglobin (g/l)	-3.0 ± 20.1	-8.2 ± 21.2	0.15
Albumin sau 1 năm (g/l)	36.5 ± 5.6	35.2 ± 6.1	0.33
Thay đổi albumin (g/l)	-5.6 ± 19.8	-9.6 ± 15.4	0.29

Kết quả sống còn sau mổ, tỷ lệ sống còn sau 1, 3 và 5 năm có vẻ cao hơn tương đối trong nhóm functional cải biên. Tuy nhiên, không có sự khác biệt thống kê. Tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 1, 3 và 5 năm của nhóm functional cải biên và overlap lần lượt là 90%, 82% và 70% so với 88%, 70% và 51%, (HR: 1,62, 95% CI: 0,85-3,08; p=0,135). Tỷ lệ sống còn không bệnh sau 1, 3 và 5 năm của các nhóm functional cải biên và overlap lần lượt là 89%, 64% và 57% so với 76%, 45% và 41%, (HR: 1,54, 95% CI: 0,80-2,98; p=0,193).

IV. BÀN LUẬN

Sự lựa chọn phương pháp phục hồi lưu thông ruột sau cắt toàn bộ dạ dày thường phụ thuộc vào sở thích của các bác sĩ phẫu thuật.

Các kết quả của nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật sớm và muộn, tình trạng dinh dưỡng, và kết quả sống còn sau mổ dài hạn đều tương tự giữa phương pháp functional cải biên và overlap sau phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày do ung thư.

Về kết quả ngắn hạn, không có sự khác biệt trong các kết quả sớm sau phẫu thuật giữa hai nhóm. Phương pháp overlap yêu cầu kỹ năng cao của phẫu thuật nội soi trong việc khâu nối, và thường được cho là làm tăng thời gian thực hiện miệng nối. Thời gian thực hiện miệng nối tương đối ngắn hơn trong nhóm functional cải biên hình chữ T trong nghiên cứu của chúng tôi. Hơn nữa, các biến chứng liên quan đến miệng nối có thể dẫn đến tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ rò miệng nối thực quản – hồng tràng tương tự giữa hai nhóm và các nghiên cứu trước đó [1,3-5, 7,8]. Đối với các biến chứng muộn, tỷ lệ hẹp miệng nối thấp khi sử dụng stapler. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có một bệnh nhân (1,3%) gặp phải biến chứng này, và xảy ra trong nhóm functional cải biên hình chữ T. Hơn nữa, cho đến nay, có ít nghiên cứu so sánh kết quả của hai phương pháp này. Hiện nay, chưa có sự nhất quán cho việc lựa chọn phương pháp nối lý tưởng sau phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ dạ dày.

Hơn nữa, trong những trường hợp khối u xâm lấn tâm vị thực quản hoặc phần dạ dày còn lại tương đối ngắn, miệng nối functional có xu hướng bị kéo vào trung thất và có thể hẹp do 2 trụ hoành. Trong những trường hợp này, phương pháp overlap dường như là một lựa chọn phù hợp hơn. Phương pháp này có thể giúp miệng nối ít căng hơn mà không cần di động thực quản nhiều và cũng giúp thức ăn đi thẳng xuống ruột non. Trở ngại duy nhất của kỹ thuật này là việc khâu lỗ mở thực quản bằng tay có thể khó khăn trong không gian trung thất hẹp, nhưng có thể thực hiện dễ bằng sự thành thạo của các bác sĩ phẫu thuật. Một số nghiên cứu gần đây cũng đã chứng minh rằng phương pháp overlap có tỷ lệ biến chứng liên quan đến miệng nối thấp hơn, và do đó, thực hiện được hơn so với phương pháp functional ở bệnh nhân ung thư dạ dày (5,7,8). Tuy nhiên, với kiểu nối functional hình chữ T của chúng tôi, các biến chứng ngắn hạn và dài hạn, cũng như sự sống còn dài hạn, đều tương tự giữa hai nhóm. Ngoài ra, việc tránh cắt trước thực quản và ruột non đã giúp giảm số lượng stapler sử dụng và thời gian thực hiện

miệng nối. Phương pháp này mang lại những lợi ích như duy trì vị trí tự nhiên của thực quản và ngăn chặn thực quản bị rút vào trung thất sau khi cắt.

V. KẾT LUẬN

Không có khác biệt về kết quả sớm và dài hạn sau mổ giữa kiểu nối functional cải biên hình chữ T và overlap trong phục hồi lưu thông tiêu hoá sau phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày do ung thư. Kiểu nối functional cải biên hình chữ T có thể là một lựa chọn phục hồi lưu thông tiêu hoá sau phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt toàn bộ dạ dày do ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee TG, Lee IS, Yook JH, Kim BS.** Totally laparoscopic total gastrectomy using the overlap method; early outcomes of 50 consecutive cases. *Surg Endosc* 2017;31:3186-3190.
2. **Kim HS, Kim MG, Kim BS, Yook JH, Kim BS.** Totally laparoscopic total gastrectomy using endoscopic linear stapler: early experiences at one institute. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2012;22:889-897.
3. **Ebihara Y, Okushiba S, Kawarada Y, Kitashiro S, Katoh H.** Outcome of functional end-to-end esophagojejunostomy in totally laparoscopic total gastrectomy. *Langenbecks Arch Surg* 2013;398:475-479.
4. **Piessen G, Triboulet JP, Mariette C.** Reconstruction after gastrectomy: which technique is best? *J Visc Surg* 2010;147:e273-283.
5. **Lee S, Lee H, Song JH, Choi S, Cho M, Son T, Kim HI, Hyung WJ.** Intracorporeal esophagojejunostomy using a linear stapler in laparoscopic total gastrectomy: comparison with circular stapling technique. *BMC Surg* 2020;20:100.
6. **Ebihara Y, Kurashima Y, Tanaka K, Nakanishi Y, Asano T, Noji T, Nakamura T, Murakami S, Tsuchikawa T, Okamura K, et al.** A Multicenter Retrospective Study Comparing Surgical Outcomes Between the Overlap Method and Functional Method for Esophagojejunostomy in Laparoscopic Total Gastrectomy: Analysis Using Propensity Score Matching. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2021;32:89-95.
7. **Ko CS, Gong CS, Kim BS, Kim SO, Kim HS.** Overlap method versus functional method for esophagojejunal reconstruction using totally laparoscopic total gastrectomy. *Surg Endosc* 2021;35:130-138.
8. **Yang HK, Hyung WJ, Han SU, Lee YJ, Park JM, Cho GS, Kwon OK, Kong SH, Kim HI, Lee HJ, et al.** Comparison of surgical outcomes among different methods of esophagojejunostomy in laparoscopic total gastrectomy for clinical stage I proximal gastric cancer: results of a single-arm multicenter phase II clinical trial in Korea, KCLASS 03. *Surg Endosc* 2021;35:1156-1163.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GỠ KÍN ĐẦU TRÊN XƯƠNG CÁNH TAY ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẠP KHÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Văn Trường Sơn¹, Nguyễn Tuấn Cảnh¹

Keywords: fracture, bone fusion, locking splint, clinical, paraclinical.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Nguyên nhân: 62,5% do tai nạn giao thông, 34,4% do tai nạn sinh hoạt; cơ chế: 100% cơ chế trực tiếp; tay gãy: 65,5% tay phải; 100% bệnh nhân thuận tay phải; điều trị trước phẫu thuật: 15,6% mang áo Desault; phân loại Neer: 87,5% loại III, 12,5% loại IV. **Từ khóa:** gãy xương, kết hợp xương, nẹp khóa, lâm sàng, cận lâm sàng.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND NEAR-CLINICAL CHARACTERISTICS OF A PATIENT WITH A FRACTURE OF THE UPPER HEAD OF THE HUMAN BONE RECEIVED SURGICAL TREATMENT COMBINED WITH A LOCKING BRACE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL AND CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Survey the clinical and paraclinical characteristics of patients with closed proximal humerus fractures treated with surgery combined with locking splints at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital. **Methods:** Designed a descriptive retrospective study on 32 patients diagnosed with closed fractures of the upper humerus who underwent surgery with locking splints at Can Tho Central General Hospital and Can Tho City General Hospital from March 2021 to March 2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Cause: 62.5% due to traffic accidents, 34.4% due to daily life accidents; mechanism: 100% direct mechanism; broken hands: 65.5% right hand; 100% of patients are right-handed; Preoperative treatment: 15.6% wore Desault shirts; Neer classification: 87.5% type III, 12.5% type IV.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Cảnh

Email: ntcanh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2024

Ngày duyệt bài: 13.8.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu trên xương cánh tay (đầu trên xương cánh tay) khá thường gặp, khoảng 4 - 5% tất cả các gãy xương. Trong các vị trí gãy xương cánh tay thì gãy đầu trên xương cánh tay là vị trí hay gặp nhất trong gãy xương cánh tay (45%) [3], [7], [8]. Gãy đầu trên xương cánh tay có biểu hiện lâm sàng đa dạng có thể gặp gãy kín (chiếm đa số), gãy hở (ít gặp), gãy kèm trật khớp vai, kèm theo gãy thân xương cánh tay và các tổn thương thần kinh, ... [3], [7]. Mỗi hình thái gãy xương khác nhau đều có các phương pháp điều trị thích hợp. Tại Việt Nam nhiều năm gần đây đã sử dụng nẹp khóa để phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy đầu trên xương cánh tay cho nhiều bệnh nhân với kết quả khả quan. Tại khu vực Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa trung Ương cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ những năm gần đây cũng đã áp dụng kết hợp xương nẹp khóa điều trị gãy gãy đầu trên xương cánh tay với những bệnh nhân gãy phức tạp. tuy nhiên vẫn chưa có nhiều báo cáo về hiệu quả của phương pháp này tại 2 bệnh viện trên. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân gãy kín đầu trên xương cánh tay được điều trị phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy kín đầu trên xương cánh tay được phẫu thuật kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 3 năm 2024. Không phân biệt giới, bệnh án có đầy đủ dữ liệu đáp ứng đầy