

chúng tôi nên có thể đây là lý do chúng tôi chỉ gặp biến chứng huyết khối tĩnh mạch ở 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 3%. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ có liên quan tới hàm lượng albumin thấp dưới 30g/l cũng được các tác giả trên thế giới đề cập tới. Kvasnovsky.C.L (2015) so sánh 163 bệnh nhân phẫu thuật UTĐTT ở 3 nhóm tuổi < 65 , 65- 80, >80 tuổi. Tác giả rút ra kết luận tỷ lệ biến chứng nhóm > 80 tuổi cao nhất 63% trong khi nhóm < 65 tuổi chỉ là 39%. Điều đáng chú ý là trong các biến chứng thì biến chứng nhiễm trùng ở nhóm trên 80 tuổi tăng gấp 4,21 lần và có liên quan tới albumin máu < 30g/l. [4]. Chúng tôi gặp một trường hợp nhiễm trùng vết mổ phải sẵn sóc và khâu lại vết mổ. Đây cũng là bệnh nhân có albumin thấp 28g/l. Tổng kết lại các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ là 9%, thấp hơn các tác giả khác. Lý giải cho sự khác nhau này có thể là số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít và các bước chuẩn bị trước, trong, sau mổ kỹ lưỡng: tuân thủ theo hướng dẫn ERAS, giảm đau tốt sau mổ, chú trọng dự phòng huyết khối tĩnh mạch, vận động và vỗ rung phổi sớm sau mổ. Tuy nhiên vẫn cần một nghiên cứu so sánh đối chứng với các nhóm tuổi khác về biến chứng sau mổ để thu được kết quả thuyết phục hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân ung thư tiêu hóa trên 80 tuổi được phẫu thuật tại bệnh viện K chúng tôi rút ra kết luận: tuổi trung bình 85,7 tuổi; số bệnh phổi hợp trung bình là 3; loại phẫu thuật: 11 phẫu thuật UTDD, 10 phẫu thuật ung thư đại tràng, 13 phẫu thuật ung thư trực tràng;

tỷ lệ biến chứng sau mổ 9% trong đó 3% viêm phổi, 3% nhiễm trùng vết mổ, 3% huyết khối tĩnh mạch. Không có tử vong sau mổ 30 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen.Z, Zheng.Z, He.X et al (2018)** "Surgery for Elder Patients with colorectal cancer and risk factor for postoperative complication" American Journal of Clinical and Experimental Medicine 6(4):103-106.
2. **Gustafsson.O.U, Scott.M.J, Hubner.M et al (2019)** "Guideline for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhance Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018" World J Surg 43:659 – 695.
3. **Itatani.Y, Kawada.K, Sakai. Y (2018)** "Treatment of Elderly patients with colorectal cancer", BioMed Research International, Article ID 2176056, 8 pages.
4. **Kvasnovsky .C.L, Adam.K, Sideris.M et al (2015)** "Elderly patients have more infectious complications following laparoscopic colorectal cancer surgery", doi:10.1111/codi. 13108.
5. **Milone.M, Elmore.U, Vignali.A et al (2017)** "Pulmonary Complications after surgery for rectal cancer in Elderly Patients: Evaluation of Laparoscopic versus Open Approach from Multicenter Study on 477 Consecutive Cases" Gastroenterology Research and Practice Volume 2017 Article ID 5893890.7 pages.
6. **Mutch M.G (2006)** "Laparoscopic Colectomy in the Elderly: When is too old?" Clin Colon Rectal Surg 19:33 – 40
7. **Ng.O, Watts.E, Bull.CA, et al (2016)** "Colorectal cancer outcomes in patients aged over 85 years", Ann R Coll Surg Engl; 98: 216-221.
8. **Rinaldi.L, Ouaisi.M, Barabino.G et al (2016)** "Laparoscopy could be the best approach to treat colorectal cancer in selected patients aged over 80 years: outcomes from multicentre study" <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.dld.2016.06.039>.

ĐIỀU TRỊ KHUYẾT HỔNG XƯƠNG LỚN Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP MASQUELET BÁO CÁO CASE LÂM SÀNG

Trần Trung Dũng^{1,2}, Hoàng Văn Ban²,
Nguyễn Trọng Quỳnh², Nguyễn Đức Phong²

TÓM TẮT.

Khuyết hồng xương lớn do nhiều nguyên nhân như u, chấn thương, nhiễm trùng. Khuyết hồng xương lớn luôn là thách thức điều trị với các bác sỹ. Có nhiều

phương pháp điều trị như ghép xương có cuống mạch, kéo dài xương theo Ilizarov,... Chúng tôi xin giới thiệu 1 trường hợp được điều trị thành công với kỹ thuật Masquelet và điêm lại y văn.

SUMMARY

MASQUELET METHOD IN TREATMENT MASSIVE BONE DEFECT OF FEMUR: A CASE REPORT

Massive bone defect is caused by tumor, trauma, infection,... and it is always challenge to the surgeons. There are many methods to do in this situation such as vascularized bone graft, bone lengthening,...We introduce a case which was treated successfully with

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Đa Khoa Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 5.2.2020

Ngày phản biên khoa học: 25.3.2020

Ngày duyệt bài: 30.3.2020

Masquelet technique and review the literature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự phát triển không ngừng của phương tiện, kỹ thuật, việc điều trị mất đoạn, khuyết hồng xương có nhiều tiến bộ vượt bậc. Tuy nhiên việc điều trị những mất đoạn xương dài vẫn còn là một thách thức lớn với các nhà chấn thương chỉnh hình.

Khuyết hồng xương lớn có thể do nhiều nguyên nhân: Do chấn thương, nhiễm trùng xương, khuyết tật bẩm sinh, hoặc sau điều trị các khối u ác tính...

Hiện nay việc điều trị khuyết hồng đoạn xương dài (> 6cm) có 3 phương pháp chủ yếu là kéo dài chi theo Ilizarov, ghép xương có cuống mạch nuôi như ghép xương sườn, ghép xương mào chậu, ghép xương mác và phương pháp Masquelet[1-9]. Trong đó kỹ thuật Masquelet[2] có nhiều ưu việt hơn so với các phương pháp khác, đem lại hiệu quả cao trong điều trị khuyết hồng đoạn xương dài như xương chi trên, chi dưới.

II. BỆNH ÁN LÂM SÀNG

- Bệnh nhân Nguyễn Huy P, nam, 4 tuổi có tiền sử viêm xương đùi (P) sau biến chứng tiêm Vaccin lúc 18 tháng tuổi, bệnh nhân đã được điều trị xử trí viêm xương tại bệnh viện X 2 lần nhưng kết quả điều trị không tốt biến chứng mất đoạn xương 1/3D xương chày (P). nay vào bệnh viện Xanh Pôn điều trị

- Ghi nhận lúc vào viện: Bệnh nhân tỉnh táo, toàn trạng tốt, 1/3D đùi (P) sưng to, không có tình trạng nhiễm trùng. Khớp gối hạn chế vận động, vận động khớp háng bình thường, động mạch khoeo bắt rõ, cảm giác tốt, không có biểu hiện tổn thương thần kinh đùi và cẳng chân (P)

- Chẩn đoán bệnh là mất đoạn 1/3D xương đùi (P)



Hình 1: Hình ảnh XQ trước mổ của bệnh nhân

- Sau khi vào viện ngày 12/6/2018 bệnh nhân được làm hồ sơ nhập viện và làm các xét nghiệm tiền phẫu như công thức máu, nhóm máu, chức năng đông máu, bilan viêm.

- Sau nhập viện 2 ngày bệnh nhân được lên kế hoạch phẫu thuật bằng phương pháp Masquelet bằng 2 lần phẫu thuật.

▪ Lần phẫu thuật thứ nhất: Bệnh nhân được làm sạch ổ viêm, cắt bỏ phần xương tổn thương và các tổ chức viêm xung quanh, sau đó xương đùi được giữ trục bằng 1 đinh Rush, phần xương hồng được lấp đầy bằng xi măng có pha thêm Gentamicin.

Dưới đây là một số hình ảnh trong mổ



Hình 2. Thi đầu của kỹ thuật Masquelet đầu dưới của xương đùi (P) được cắt hết tổ chức xương hồng, cắt lọc và làm sạch phần mềm (A, B)



Hình 3. Trục cơ học của xương đùi được giữ bằng 1 đinh Rush



Hình 4. Xi măng được lấp đầy vào ổ khuyết xương sau khi đã làm sạch

Sau phẫu thuật bệnh nhân được điều trị chống viêm, kháng sinh, sau 3 ngày bệnh nhân được xuất viện

▪ Lần phẫu thuật thứ hai: Được tiến hành sau lần thứ nhất 8 tuần, phần xi măng được lấy ra sau đó tiến hành ghép xương tự thân (xương mào chậu)

Hình ảnh trong mổ lần hai



Hình 5. Xi măng được lấy ra sau 8 tuần, tiến hành ghép xương tự thân và khâu lại màng cảm ứng.

Sau phẫu thuật bệnh nhân tiếp tục được điều trị kháng sinh, chống viêm giảm nề, xuất viện sau 3 ngày điều trị

- Hình ảnh XQ sau mổ 3 tháng



Hình 6. Phần xương ghép ở giữa đã tạo can xương với phần trên và dưới của xương đùi (phần chi mũi tên)



Hình 7. Hình ảnh XQ sau mổ 6 tháng xương đã liền tốt, bệnh nhân có thể đi lại



Hình 8. Hình ảnh bệnh nhân sau mổ 6 tháng

III. BÀN LUẬN

1. Các khái niệm về ghép xương [1,4,5]

Ghép xương được phân chia làm 3 nhóm chính là:

- Ghép xương tự thân: Nguồn xương ghép lấy từ chính bệnh nhân, chủ yếu lấy từ xương mào chậu, xương chày, xương mác, xương gót.

- Ghép xương đồng loại: Gồm có ghép xương đồng loại bảo quản khô, ghép xương đồng loại tươi bảo quản ở nhiệt độ lạnh sâu từ -100°C đến 300°C.

- Ghép xương dị loại: Ngoài ra ghép xương còn được chia thành: ghép xương có cuống mạch nuôi và ghép xương không có cuống mạch nuôi. Trong đó ghép xương mác vi phẫu là ghép xương có cuống mạch nuôi. Mục đích chính của ghép xương là: Tạo xương, bắt động, thay thế vùng khuyết xương.

2. Bàn luận trường hợp lâm sàng

2.1. Chỉ định

- Bệnh nhân nam, 4 tuổi, vào viện với chẩn đoán mất đoạn xương 1/3D xương đùi với chiều dài đoạn huyết không #7cm, vào viện được phẫu thuật theo phương pháp Maquelet

Trên bệnh nhân này vì đoạn khuyết hồng xương dài nên không thể áp dụng phương pháp ghép xương vô mạch như ghép xương xốp, ghép màng xương mà phải điều trị theo phương pháp Maquelet [2,3], hoặc ghép xương có cuống mạch nuôi [1,4,7,8,9], hoặc kéo dài xương theo phương pháp Illizarov, trong đó sử dụng phương pháp Maquelet ở bệnh nhân này là một sự lựa chọn tốt nhất trên bệnh nhân này vì

+ Bệnh nhân trẻ tuổi, thể trạng tốt,

+ Phương pháp Maquelet có thể điều trị những khuyết hồng xương dài lên đến 25cm, sau thì một màng xương được hình thành tạo điều kiện thuận lợi cho việc ghép xương thì 2 xương sẽ được liền tốt, thời gian phục hồi nhanh hơn

+ Ghép xương có cuống mạch nuôi đòi hỏi kỹ thuật phức tạp, ngoài ra phẫu thuật viên phải biết về vi phẫu để nối mạch máu. Tỷ lệ màng ghép chết có thể xảy ra, hơn nữa ở bệnh nhân này xương chưa hoàn thiện hết, các mạch máu nhỏ làm cho phẫu thuật vi phẫu phức tạp, khả năng tắc mạch gây chết màng ghép sau phẫu thuật cao.

+ Kéo dài xương theo Illizarov là phương pháp điều trị tương đối đơn giản, kỹ thuật không phức tạp, nhưng cần phải có khung kiểu Illizarov, tốc độ kéo dài xương chậm, 1mm/ngày, nên thời gian điều trị sẽ kéo dài 3,5 tháng trên bệnh nhân này, bệnh nhân cần kiên trì tập luyện để thích ứng với khung cố định ngoài. Mặt khác hai đầu xương đùi mất đoạn trên bệnh nhân này

không bằng phẳng, nên khi nén ép hai đầu xương khó tiếp xúc, nguy cơ tạo khớp giả cao. Nên kéo dài xương thường chỉ định trong trường hợp mất đoạn xương vừa phải.

2.2. Kỹ thuật chung [2,3]

2.2.1. Kỹ thuật Masquelet một phương pháp cho điều trị các khuyết hồng xương lớn. Kỹ thuật pháp triển vào năm 1986 để giải quyết các khuyết hồng xương lớn hơn 15cm, kỹ thuật ngày càng được phát triển và đã có thể điều trị các khuyết hồng xương lớn lên tới 25cm

Là một kỹ thuật khá an toàn, có thể điều trị cho nhiều nguyên nhân gây khuyết hồng xương lớn, kể cả nhiều trùng.

- Chỉ định: Các khuyết hồng xương lớn, chủ yếu là ở chi dưới.

- Chống chỉ định: Các khuyết xương nội khớp, viêm xương tủy xương kéo dài, thiếu mô mềm che phủ, loãng xương.

2.2.2. Kỹ thuật Maquetet gồm có hai thì

Thì đầu: trong kỹ thuật này là hình thành màng kích thích, màng này có chức năng bảo vệ xương ghép khỏi hệ thống miễn dịch của cơ thể, điều này ngăn chặn sự tái hấp thu xương.

Thì hai: được thực hiện sau lần phẫu thuật đầu từ 4 - 12 tuần, sau khi lấy bỏ khối xi măng xương ghép được lấp đầy toàn bộ khiếm khuyết, màng sinh học được đóng lại bằng chỉ khâu có thể hấp thu.

V. KẾT LUẬN

- Tồn thương mất đoạn xương ở bệnh nhân nhi là một tổn thương ít gặp, cần được chẩn đoán và điều trị sớm để tránh các biến chứng

- Kỹ thuật khá đơn giản, dễ thực hiện có thể áp dụng ở nhiều tuyến y tế

- Xương thẳng, độ cứng chắc cao, chiều dài xương được tái tạo dài, tối đa có thể 25cm. Tỷ lệ thành công cao

- Thêm một lựa chọn cho các bác sĩ ngoại khoa trong điều trị tái tạo mất đoạn xương lớn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Dubrana F., Wu W., Prud'homme M., Leferve C.** Fibula vascularisée: Techniques, indications en orthopédie et traumatologie. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2002 ; 44-040
- Ozalp T., Masquelet A.C., Begue T.C.** Septocutaneous perforators of the peroneal artery relative to the fibula: Anatomical basis of the use of pedicled fasciocutaneous flap. Surg Radio Anat. 2006; 28: 54-58.
- Pand S., Kohli J.S., Arora S., Bajaj S.P.** The osteofasciocutaneous flap: A new method to transfer fibula along with a sufficient amount of skin. Br J Plast Surg. 2000; 55: 312-319.
- Malioz K.N., Karachalios T.S., Moraitis T.G., Gelalis J.** Microsurgical reconstruction of type III B and III C open fractures in the lower extremities. Reconstructive Microsurgery, 2003; 52-57.
- Safoury Y.** Free vascularized fibula for the treatment of traumatic bone defects and non-union of the forearm bones. J Hand Surg, 2005; 30B: 1: 76-72.
- Strauch B., Yu H.L.** Fibula and adjacent tissue transfer. Atlas of Microvascular surgery, 1993; 7.
- Villarreal P.M., Monje F., Ganán Y., Junquera L.M., Morillo A.J.** Vascularization of the peroneal muscle critical evaluation in fibular free flap harvesting. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2004; 33: 792-799.
- Yoshimura M., Shimamura K., Iwai Y., Yamauchi S., Ueno T.** Free vascularized fibular transplant. A new method for monitoring circulation of the grafted fibula. J Bone Joint Surg Am. 1983; 65: 1295-1305.
- Zumiotti A.V., Bisneto E., N., Abdouni Y.A., Nakamoto J.C., Wei T.H.,** Evaluation of the fibular cutaneous flap for the monitoring of the microanastomosis in microsurgical fibular transferences. ACTA Ortop Bras. 2004; 12(3)

ĐÁNH GIÁ SỰ NẢY CHỒI U THEO ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH UNG THƯ DẠ DÀY

Nguyễn Văn Chủ*

TÓM TẮT.

Này chồi u (NCU) ở bờ xâm nhập ngoài của ung thư dạ dày (UTDD) là một đặc trưng ngày càng được quan tâm. Nó là một thông số tiên lượng xấu được nhận ra ở nhiều loại ung thư bao gồm ung thư dạ dày.

**Bệnh viện K*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chủ

Email: chunv.nch@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2020

Ngày phản biên khoa học: 27.3.2020

Ngày duyệt bài: 1.4.2020

Mục tiêu: Nhận xét một số mối liên quan giữa này chồi u và đặc điểm giải phẫu bệnh ung thư dạ dày.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 109 bệnh nhân ung thư dạ dày được đánh giá này chồi u trên tiêu bản HE theo tiêu chuẩn ITBCC 2016 và đánh giá với các đặc điểm giải phẫu bệnh (GPB). **Kết quả nghiên cứu:** NCU thấp chiếm 54,1% và NCU cao là 45,9%. NCU có mối liên quan với typ mô bệnh học, phân loại Lauren, độ biệt hóa, di căn hạch, xâm nhập mạch hoặc thần kinh. **Kết luận:** NCU kết hợp có ý nghĩa ý với các đặc điểm GPB xấu. Bđ cung cấp yếu tố quan trọng cho tiên lượng UTDD trong thực hành.

Từ khóa: Này chồi u, Giải phẫu bệnh, Ung thư dạ dày.