

Kết quả bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp HELLER - DOR tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Nguyễn Văn Hương, Đinh Văn Chiến, Nguyễn Văn Thủy, Xổng Bá Địa và cs

Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Từ khóa:

Phẫu thuật nội soi Heller – Dor, co thắt tâm vị, Heller – Dor

Địa chỉ liên hệ:

Nguyễn Văn Hương,
Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa
Nghệ An
Km5, Đại lộ Lenin, Nghi Phú, Tp.
Vinh, Nghệ An
Điện thoại: 0903222929
Email: vanhuongts@gmail.com

Ngày nhận bài: 06/8/2019

Ngày duyệt: 28/8/2019

**Ngày chấp nhận đăng:
01/10/2019**

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả, tính khả thi, an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller – Dor.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 2014 đến 07/2019. Tất cả bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller – Dor tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

Kết quả: 12 người bệnh co thắt tâm vị được phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller – Dor. Tuổi trung bình $40,8 \pm 4,2$ (18 -65); 58,3% nam và 41,7% nữ. 83,3% bệnh nhân có nuốt nghẹn, thời gian mắc chứng nuốt nghẹn trung bình $12,8 \pm 5,2$ (2-60) tháng, nôn ói chiếm 41,7%, và 100% người bệnh có sụt cân, số cân sụt trung bình $6,7 \pm 5,5$ (3-15)kg. Xquang thực quản có thuốc cản quang có 41,7% thực quản bình thường hoặc giãn nhẹ, 41,7% thực quản giãn có hình mỏ chim và 16,7% hình sigma. Thời gian mổ trung bình $138,8 \pm 9,4$ (77-180) phút. Tai biến trong mổ: 8,3% chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở, không có trường hợp nào thủng niêm mạc thực quản tâm vị và biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình $7,5 \pm 1,8$ (5-11) ngày. Đánh giá chất lượng sau mổ cho kết quả rất tốt và tốt 83,3% và trung bình 16,7%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller - Dor là kỹ thuật thực hiện an toàn và hiệu quả, bệnh nhân ít đau, thời gian phục hồi và nằm viện ngắn. Đa số người bệnh hài lòng với kết quả phẫu thuật, chất lượng cuộc sống tốt hơn. Tuy nhiên số bệnh nhân nghiên cứu còn ít vì vậy cần nghiên cứu với thời gian dài hơn và số lượng bệnh nhân nhiều hơn để có kết quả dài hạn.

I. Đặt vấn đề

Co thắt tâm vị là bệnh do rối loạn vận động nguyên phát của cơ thực quản (cơ vòng dưới của thực quản không giãn ra đồng bộ với cử động nuốt). Thomas Willis mô tả một trường hợp co thắt tâm vị đầu tiên vào năm 1674. Năm 1927, Arthur Hurst thấy rằng cơ thắt thực quản dưới không mở ra khi có cử động nuốt và đặt tên cho bệnh này là Achalasia [1,4].

Bệnh co thắt tâm vị thường có triệu chứng lâm sàng diễn tiến âm thầm trong một thời gian dài 1 - 6 năm trước khi được chẩn đoán xác định. Người bệnh đến khám trong giai đoạn sớm thường bị chẩn đoán nhầm là viêm dạ dày, viêm trào ngược dạ dày thực quản và điều trị nội khoa trong thời gian dài. Chẩn đoán bệnh chủ yếu dựa vào các triệu chứng:

nuốt nghẹn, nôn sệt cân, X quang thực quản cản quang, nội soi thực quản dạ dày, chụp cắt lớp vi tính Theo nghiên cứu của Bonavina [6], khoảng 40% bệnh co thắt tâm vị được chẩn đoán muộn. Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau: điều trị nội khoa làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới, tiêm botulinum toxin (Botox), nong thực quản, mở cơ thắt dưới thực quản qua nội soi đường miệng (POEM), phẫu thuật Heller. Các thủ thuật chống trào ngược sau mở cơ thắt dưới thực quản tâm vị như là Dor hoặc Toupet hoặc Nissen-Rossetti. Hiện nay, thủ thuật chống trào ngược được áp dụng nhiều nhất là thủ thuật Dor [4,5,13, 15]. Bệnh viện HNĐK Nghệ An đã tiến hành PTNS điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller – Dor từ năm 2014, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả bước đầu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller - Dor” với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá tính khả thi của phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller-Dor.
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller-Dor

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Đối tượng

Gồm 12 bệnh nhân co thắt tâm vị được PTNS theo phương pháp Heller – Dor và theo dõi được diễn tiến sau mổ trong khoảng thời gian từ 2014 đến tháng 07/2019.

Phương pháp nghiên cứu

(1) Nghiên cứu mô tả cắt ngang. (2) Đánh giá đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, quá trình điều trị trước đó, sệt cân, nuốt nghẹn, nôn ói, đau ngực, ợ nóng. (3) Đặc điểm cận lâm sàng: nội soi thực quản, hình ảnh X quang, cắt lớp vi tính. (4) Kết quả phương pháp phẫu thuật: thời gian mổ, chiều dài đường mở cơ thực quản tâm vị, tai biến trong mổ, biến chứng, thời gian rút ống thông mũi dạ dày sau mổ, thời gian nằm viện. (5) Quy trình phẫu thuật: Bệnh được gây mê nội

khí quản, đặt sonde mũi dạ dày trước mổ. Tư thế người bệnh: Bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 chân. Tư thế phẫu thuật viên (PTV): PTV đứng bên trái, phụ 1 đứng bên phải, phụ camer đứng giữa 2 chân, Dụng cụ viên đứng bên trái. Tiến hành theo các bước sau:

Bước 1: Đặt 5 trocar: 2 trocar 10mm ngay dưới rốn và mạng sườn trái ngang rốn, 3 trocar 5mm ở hai bên hạ sườn phải, trái và mạng sườn phải ngang rốn.

Bước 2: Thăm dò đánh giá tổn thương và các tổn thương phối hợp nếu có.

Bước 3: Tiếp cận lỗ hoành - thực quản và bóc lộ 2 trụ hoành, bóc lộ 1/2 trước thực quản lên phía trên lồng ngực qua chỗ hẹp để di động thực quản.

Bước 4: Bóc lộ tâm phình vị dạ dày, di động phần phình vị đến ngang rốn lách.

Bước 5: Mở cơ thực quản tâm vị: mở cơ thực quản từ đường tâm vị thực quản (đường Z) lên trên khoảng 4 – 6 hoặc hơn tùy theo tổn thương dày hẹp cơ thực quản, mở cơ tâm vị dưới đường Z khoảng 2 – 3 cm, bóc tách bóc lộ 1/2 chu vi niêm mạc thực quản sau đó bơm hơi qua sonde dạ dày để kiểm tra rõ niêm mạc thực quản, có biến chứng thủng niêm mạc thực quản hay không, khoảng cách phồng niêm mạc đã đủ chiều dài và chu vi chưa.

Bước 6: Tạo van chống trào ngược theo thủ thuật Dor: khâu gấp 1 phần phình vị với thực quản 180° trước thực quản.

Bước 7: Bơm rửa sạch ổ bụng, kiểm tra lại diện bóc tách và đóng các lỗ trocar.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 16.0

III. Kết quả

Từ năm 2014 đến 7/2019 chúng tôi có 12 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller – Dor có kết quả như sau:

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi và giới

Tuổi trung bình $40,8 \pm 4,2$ (18 - 65); nhóm tuổi

mắc bệnh cao nhất là nhóm < 40 tuổi chiếm 50%. Nam chiếm 58,3% (07) và nữ 41,7% (05), tỷ lệ nam/nữ: 1,4.

Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	N	Tỉ lệ %
Nuốt nghẹn	10/12	83.3
Nôn ói	5/12	41.7
Sụt cân	12/12	100
Đau, nóng sau xương ức	4/12	33.3

83,3% bệnh nhân có nuốt nghẹn và 100% bệnh nhân sụt cân, số cân sụt trung bình $6,7 \pm 5,5$ (3-15) kg. Thời gian mắc nuốt nghẹn trung bình $12,8 \pm 5,2$ tháng, từ 2 đến 60 tháng.

Tiền sử

05 (41,7%) bệnh nhân đã được chẩn đoán co thắt tâm vị trước và đã điều trị bằng nội soi nong thực quản, trong đó có 02 bệnh nhân được nong 2 lần, 01 BN nong 3 lần, 01 BN nong 5 lần và 1 BN nong 6 lần, tất cả đều tái nghẹn sau 3 – 6 tháng. Có 11 (91,7%) bệnh nhân có tiền sử điều trị viêm loét dạ dày nhiều năm.

Cận lâm sàng

Bảng 2: Các đặc điểm nội soi thực quản

Triệu chứng	N	Tỉ lệ %
Tâm vị co thắt nhẹ, máy nội soi qua dễ	1/12	8.3
Ứ đọng dịch và thức ăn	11/12	91.6
Thực quản giãn	9/12	75.0
Tâm vị co thắt nhiều, máy nội soi qua khó	3/12	25.0

91.6% bệnh nhân ứ đọng thức ăn, 75% thực quản giãn, 25% co thắt nhiều máy nội soi qua khó

Bảng 3: Phân bố người bệnh theo hình dạng X quang cân quang

Hình ảnh Xquang cân quang	N	Tỉ lệ %
Thực quản dẫn hình mỏ chim	05	41.7
Thực quản dẫn hình Sigma	02	16.7
Thực quản dẫn nhẹ hoặc bình thường	05	41.7
Tổng	12	100

Nghiên cứu chúng tôi có 41,7% (05) bệnh nhân có thực quản dẫn và tận cùng là hình mỏ chim, có 02 (16,7%) bệnh nhân thực quản có hình sigma là 02 bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dài nhất 36 tháng và 60 tháng. 100% bệnh nhân không có hình bóng hơi dạ dày trên phim chụp Xquang bụng không chuẩn bị.

Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình $138,8 \pm 9,4$ phút, ngắn nhất là 77 phút và dài nhất là 180 phút.

Kỹ thuật mổ: Chiều dài mở cơ thực quản - tâm vị trung bình: $7,2 \pm 1,4$ (6-10) cm, mở cơ thực quản trên đường lược dài 5-7 cm, mở cơ tâm vị dưới đường lược dài 2-4cm, bề ngang $\frac{1}{2}$ chu vi thực quản.

Thời gian rút ống thông dạ dày trung bình $2,7 \pm 1,3$ (2 - 5) ngày.

Thời điểm bắt đầu ăn sau mổ trung bình: $3,2 \pm 1,6$ (3 - 6) ngày.

Thời gian nằm viện trung bình $7,5 \pm 1,8$ (5 - 11) ngày

Tai biến trong mổ: có 01 (8,3%) trường hợp bị chảy máu từ nhánh của tĩnh mạch gan, do người bệnh này có gan trái to nên trước khi tiếp cận tâm vị thực quản tiến hành phẫu tích hạ gan trái ra khỏi cơ hoành, khi tiến sâu về trên gan thì tổn thương tĩnh mạch gan gây chảy máu nhiều nên chuyển mổ mở. Không có trường hợp nào bị thủng niêm mạc thực quản hay tai biến khác trong mổ.

Biến chứng sau mổ: Không có trường hợp nào có biến chứng sau mổ.

Kết quả

Bảng 4: Triệu chứng khám lại theo hẹn sau mổ

Triệu chứng	N	Tỷ lệ %
Còn nuốt nghẹn nhẹ	2/12	16.7
Nôn ói	0/12	0.0
Đau, nóng rát sau xương ức	2/12	16.7
Xquang thực quản cản quang lưu thông tốt	12/12	100
Nội soi thực quản lưu thông tốt, không hẹp	12/12	100

Kết quả khám lại của bệnh nhân sau mổ tại thời điểm tháng 6/2019 chúng tôi thấy có 16,7% còn nuốt nghẹn nhẹ khi ăn thức ăn đặc và còn đau, nóng rát sau xương ức khi thay đổi thời tiết.

Bảng 5: Đánh giá sự hài lòng của người bệnh sau mổ theo thang điểm Likert

Triệu chứng	N	Tỷ lệ %
Rất tốt	04	33.3
Tốt	06	50.0
Trung bình	02	16.7

Chúng tôi đánh giá sự hài lòng của người bệnh dựa vào sự đánh giá chủ quan của người bệnh theo thang điểm Likert có 5 mức độ: Rất tốt, Tốt, Trung bình, Chấp nhận được và Không chấp nhận được. 83,3% có kết quả tốt và rất tốt, 16,7% kết quả trung bình.

Bảng 6: So sánh triệu chứng nuốt nghẹn và nôn ói trước mổ với sau mổ

Triệu chứng	Trước mổ	Sau mổ	P
Nuốt nghẹn	10 (83.3%)	2 (16.7%)	P < 0.005
Nôn ói	05 (41.7%)	1 (8.3%)	P = 0.219
Trung bình	02	16.7	

Triệu chứng nuốt nghẹn trước mổ và sau mổ có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê tính theo thuật toán kiểm McNemar.

IV. Bàn luận

Bệnh co thắt tâm vị là bệnh lý gặp ở mọi lứa tuổi, theo các nghiên cứu trong nước của Lê Châu Hoàng Quốc Chương [1], Đặng Thanh Phú [3] và các công trình nghiên cứu ở ngoài nước như Palanivelu[15] lứa tuổi thường gặp nhất là 20 đến 40 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng vậy, tuổi trung bình $40,8 \pm 4,2$ tuổi, dao động từ 18 đến 65 tuổi, nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là nhóm 20 đến 40 tuổi chiếm 50%. Tiêu Loan Quang Lâm [4], Rawlings [15], Sawas[17], Tebaibia [19] có lứa tuổi gặp nhiều nhất là 41- 60 tuổi. Nghiên cứu của Duffield [9] tuổi trung bình >60, vượt cao hơn so với các tác giả khác. Có lẽ sự thay đổi tuổi trung bình hay lứa tuổi hay gặp này là tùy thuộc vào chủng tộc và nơi nghiên cứu.

Tác giả	N	Tuổi trung bình
Rawlings (2011) [15]	85	48.8
Tebaibia (2014) [21]	1256	43.3
Duffield (2017) [9]	350	62.1
Sawas (2017) [17]	150	43
Chúng tôi (2019)	12	40.8

Nghiên cứu của Torquati [20] và cộng sự (200 người bệnh có 53,5% nam và 46,5% nữ), Tebaibia [19] và cộng sự nghiên cứu 1256 người bệnh trong 25 năm có 48% nam và 52% nữ. Sawas[17] và cộng sự nghiên cứu 150 người bệnh có 48,7% nam và 51,3% nữ, Bowman [6] và cộng sự nghiên cứu 634 người bệnh ghi nhận 52% nam và 48% nữ. Tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho tỉ lệ nam nhiều hơn nữ như Rawlings [15] và cộng sự (85 người bệnh có 69,4% nam và 30,6% nữ), Palanivelu[14] và cộng sự nghiên cứu 226 người bệnh có 64,6% nam và 35,4% nữ. Cũng có nghiên cứu cho kết quả nữ nhiều hơn nam, Romero-Heraandez [16] và cộng sự nghiên cứu

114 người bệnh có 64% nữ và 36% nam, Niebisch [12] và cộng sự nghiên cứu 527 người bệnh ghi nhận 54% nữ và 46% nam. Ở Việt Nam, Lê Châu Hoàng Quốc Chương [1] cho tỉ lệ nữ : nam = 2:1 (35 người bệnh có 23 nữ và 12 nam), Đặng Thanh Phú [3] nghiên cứu 89 người bệnh có 56 người bệnh nữ, 33 người bệnh nam. Tiêu Loan Quang Lâm [4] ghi nhận kết tỉ lệ nữ: nam = 1,9:1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi Nam chiếm 58,3% (07) và nữ 41,7% (05), tỷ lệ nam/nữ: 1,4 cũng tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước.

Thời gian mắc chứng nuốt nghẹn trung bình 12,8 $\pm$ 5,2 tháng, từ 2 đến 60 tháng, thời gian mắc bệnh kéo dài có thể do chẩn đoán nhầm với các bệnh thông thường khác của nội khoa tại các cơ sở y tế trước đó. Đa phần là các người bệnh tới bệnh viện là thì bệnh đã nặng và lúc này các triệu chứng đã rõ ràng. Khoảng thời gian mắc bệnh của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trong và ngoài nước.

Nuốt nghẹn : Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nuốt nghẹn chiếm 83,3%, tỉ lệ có thấp hơn một số tác giả, có lẽ do cỡ mẫu chúng tôi nhỏ hơn nhưng tất cả đều chiếm đa số. Điều này chứng tỏ triệu chứng nuốt nghẹn là triệu chứng thường gặp nhất của bệnh co thắt tâm vị và là nguyên nhân chính để người bệnh đến bệnh viện.

Triệu chứng nuốt nghẹn theo tác giả	N	Tỷ lệ %
Niebisch (2017) [12]	457/527	86.7
Sawas (2017) [17]	147/150	98.0
Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [4]	22/23	95.7
Chúng tôi (2019)	10/12	83.3

Các tác giả có tỉ lệ người bệnh có triệu chứng nôn ói từ 81,4% - 88,6%, tỉ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do triệu chứng nôn ói không được người bệnh chú ý bằng triệu chứng nuốt nghẹn. Nôn ói cũng thường gặp

trong các bệnh lý khác và không đặc hiệu bằng triệu chứng nuốt nghẹn.

Triệu chứng nôn ói theo tác giả	N	Tỷ lệ %
Tebaibia (2016) [19]	1042/1256	82.96
Palaniveiu (2007) [14]	184/226	81.4
Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [4]	9/23	39.1
Chúng tôi (2019)	5/12	41.7

Sụt cân: Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% người bệnh có triệu chứng sụt cân, số cân sụt trung bình 6,7 $\pm$ 5,5kg từ 3 đến 15kg. Kết quả này cũng tương tự một số nghiên cứu trong và ngoài nước.

Cận lâm sàng: Nghiên cứu của chúng tôi có mổ chim 05 người bệnh (41,7%), dạng sigma gấp ở 02 người bệnh (16,7%), hình dạng thực quản dẫn nhẹ gấp ở 03 người bệnh (33,3%). Hình ảnh X quang điển hình của bệnh co thắt tâm vị là thực quản dẫn to, không có nhu động và đoạn cuối thu hẹp dạng hình mỏ chim. Kết quả của chúng tôi chứng tỏ người bệnh co thắt tâm vị thường đến giai đoạn trễ với hình ảnh thực quản giãn chiếm đa số (83,3%) rất ít gặp hình ảnh bình thường. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trong nước như Lê Châu Hoàng Quốc Chương [1], Đỗ Minh Hùng [2] khi cho rằng hình ảnh X quang thực quản bình thường chỉ chiếm tỷ lệ 0 - 14,3%. Y văn thế giới cũng ghi nhận hình ảnh X quang dạng mỏ chim chiếm đa số trong bệnh cảnh co thắt tâm vị và hình ảnh được cho là hình ảnh đặc trưng trong chẩn đoán co thắt tâm vị [4].

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh co thắt tâm vị của Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ, tất cả người bệnh co thắt tâm vị phải nội soi thực quản. Nội soi thực quản nhằm khảo sát tình trạng ứ đọng thức ăn trong lòng thực quản, đánh giá hình ảnh co thắt của cơ vòng thực quản dưới và giúp chẩn đoán loại trừ những bệnh ác tính [15]. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi có 91,6% bệnh nhân ứ đọng thức ăn, 75% thực quản giãn, 25% co thắt nhiều máy nội soi qua khó, 8,3% thực quản co thắt nhẹ. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với Tiêu Loan Quang Lâm (2017) 91,3% người bệnh ứ đọng dịch và thức ăn, 4,3% co thắt nhẹ tâm vị [4] và các tác giả trong và ngoài nước [1], [11], [19].

Castrinin và cộng sự (1985) [4] cho rằng sự tắc nghẽn gây ra bởi cơ thắt thực quản dưới không phối hợp với cử động nuốt, nên phải xẻ cơ thắt thực quản dưới để không còn chức năng này và mở cơ xuống tâm vị thêm 1-2cm. Oelschlager [13] và cộng sự (2003) đưa ra tiêu chuẩn chiều dài đường mở cơ là 6-8cm và đường mở cơ này hướng về dạ dày khoảng 1,5 - 2cm. Năm 2016, El Kafi [10] và cộng sự khuyến nghị nên mở cơ ở thực quản 5-7cm và kéo dài phía dạ dày khoảng 2-3cm. Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [4] chiều dài mở cơ $7,48 \pm 1,62$ cm (5,5cm - 12cm). Chiều dài mở cơ thực quản - tâm vị trung bình của nghiên cứu chúng tôi là $7,2 \pm 1,4$ cm, ngắn nhất là 6 cm, dài nhất là 10 cm và cũng tương đương với các tác giả trong và ngoài nước. Chiều dài mở cơ thắt thực quản dưới tùy thuộc vào tổn thương hẹp thực quản và độ dày của cơ thắt, thường thì đường mở nằm ngay chính giữa hoặc lệch phải tùy theo thuật lợi của phẫu thuật viên.

Tai biến trong mổ: Tai biến nguy hiểm nhất trong mổ co thắt tâm vị là gây thủng niêm mạc thực quản, đặc biệt với phẫu thuật nội soi, các yếu tố thao tác khó khăn hơn mổ hở. Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [4] tai biến thủng niêm mạc 13,04%, được khâu lại niêm mạc thực quản vị trí bị thủng, khâu lại lớp cơ đã mở và thực hiện đường mở cơ thực quản tâm vị khác ở vị trí cạnh phải thực quản và 4,35% tai biến chảy máu trong mổ do bị rách 1 nhánh tĩnh mạch thực quản. Sharp [19] khi thực hiện phẫu thuật nội soi 50 trường hợp có tai biến thủng niêm mạc là 16,44%. Tsuboi [21] có 1% chảy máu từ nhánh vị ngắn, không cầm máu được phải chuyển mổ hở và phải truyền máu. Lê Châu Hoàng Quốc Chương [1] tai biến chảy máu từ động mạch vị trái 2,9% và thủng dạ dày 2,9%. Deb [8] tràn khí màng phổi 1%, chảy máu do rách bao lách 0,5%, chảy máu từ mạch

máu vị ngắn 0,5% và 2% trường hợp chuyển mổ mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 01(8,3%) trường hợp bị chảy máu từ nhánh của tĩnh mạch gan, do người bệnh này có gan trái to nên trước khi tiếp cận tâm vị thực quản tiến hành phẫu tích hạ gan trái ra khỏi cơ hoành, khi tiến sâu về trên gan thì tổn thương tĩnh mạch gan gây chảy máu nhiều nên chuyển mổ mở. Không có trường hợp nào bị thủng niêm mạc thực quản hay tai biến khác.

Chất lượng cuộc sống sau mổ: Kết quả đánh giá sự hài lòng của người bệnh dựa theo sự đánh giá chủ quan của người bệnh, dựa vào thang điểm Likert với 5 mức độ cho kết quả: rất tốt, tốt là 83,3% và 16,7% kết quả trung bình.

Năm 2004, tác giả Abir [5] và cộng sự đã tổng hợp 12 nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phẫu thuật nội soi Heller - Dor cho kết quả tốt và rất tốt từ 88%-100%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 (16,7%) trường hợp thỉnh thoảng bị nuốt nghẹn lại sau mổ, thường bị khi ăn nhanh, lo lắng nhiều, thỉnh thoảng gây cản trở công việc. 04 thỉnh thoảng nuốt nghẹn không đáng kể và 6 trường hợp hoàn toàn khỏi hẳn không ghi nhận tình trạng nuốt nghẹn xuất hiện lại sau mổ.

Nuốt nghẹn sau mổ theo tác giả	N	Tỉ lệ %
Oelschlager (2003) [12]	52	17
Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [4]	23	21.7
Chúng tôi (2019)	2	16.7

Kết quả tỷ lệ tái nuốt nghẹn sau mổ còn tùy thuộc vào cỡ mẫu, thời điểm nghiên cứu và khả năng giải quyết triệt để cơ thắt dưới trong mổ. Triệu chứng nuốt nghẹn trước mổ và sau mổ có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê $P < 0,005$.

V. Kết luận

Co thắt tâm vị là bệnh hiếm gặp, thời gian mắc bệnh dài, chẩn đoán dễ nhầm lẫn với các bệnh lý

viêm dạ dày, trào ngược dạ dày thực quản.

Phẫu thuật Heller - Dor là phương pháp điều trị co thắt tâm vị là khả thi, an toàn, hiệu quả, bệnh nhân ít đau, phục hồi sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn và có tính thẩm mỹ cao. Tuy nhiên cỡ mẫu nghiên cứu còn ít và thời gian theo dõi chưa dài vì vậy cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi trong thời gian dài hơn để có kết quả dài hạn.

Tài liệu tham khảo

1. Lê Châu Hoàng Quốc Chương (2005), "Kết quả phẫu thuật Heller qua nội soi ổ bụng", Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
2. Đỗ Minh Hùng (2004), "Điều trị co thắt tâm vị bằng phương pháp nong bóng hơi Regiflex", Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
3. Đặng Thanh Phú (2011), "Đánh giá tai biến và biến chứng sớm của phẫu thuật nội soi điều trị bệnh co thắt tâm vị", Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP. HCM.
4. Tiêu Loan Quang Lâm (2017), "Kết quả phẫu thuật Heller nội soi kết hợp thủ thuật Dor trong điều trị co thắt tâm vị" Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam 2018 – Số 4, tập 8, tr23-30.
5. Abir F., Modlin I.M, Kidd M., et al. (2004), "Surgical treatment of achalasia; current status and controversies", Digestive surgery, 21 (3), pp. 165-176.
6. Bonavina L (2006), "Minimally invasive surgery for esophageal achalasia", World Journal of Gastroenterology, 12 (37), pp. 5921-5925.
7. Bowman T, A, Sadowitz B, D, Ross s. B, et al. (2016), "Heller myotomy with esophageal diverticulectomy: an operation in need of improvement", Surgical endoscopy, 30 (8), pp. 3279-3288.
8. Deb S., Deschamps c., Allen M. s., et al. (2005), "Laparoscopic esophageal myotomy for achalasia: factors affecting functional results", Ann Thorac Surg, 80 (4), 1191-4; discussion 1194-1195.
9. Duffield J. A., Hamer p. w., Heddle R., et al. (2017), "Incidence of Achalasia in South Australia Based on Esophageal Manometry Findings", Clin Gastroenterol Hepatol, 15 (3), pp. 360-365.
10. El Kafsi Jæ Foiaki A, Dehn T CB, et al. (2016), "Management of achalasia in the UK, do we need new guidelines?1", Annals of Medicine and Surgery, 12, pp. 32-36.
11. Fisichella p. M., Raz Đ., Palazzo F., et al. (2008), "Clinical, radiological, and manometric profile in 145 patients with untreated achalasia", World J Surg, 32 (9), pp. 1974-1979.
12. Niebisch s., Hadzijušević E., Mehdom M., et al. (2017), "Achalasia-an unnecessary long way to diagnosis", Dis Esophagus, 30 (5), pp. 1-6.
13. Oelschlager BK, Pellegrini CA (2003), "Improved outcome after extended gastric myotomy for achalasia", Archives of Surgery, 138 (5), pp. 490-497.
14. Palanivelu c, Maheshkumar GS, et al. (2007), "Minimally Invasive Management of Achalasia Cardia: Results From a Single Center Study", JSLS, 11, pp. 350-357.
15. Rawlings A., Oelschlager B., et al. (2012), "Laparoscopic Dor versus Toupet fundoplication following Heller myotomy for achalasia: results of a multicenter, prospective, randomized-controlled trial", Surgical endoscopy, 26 (1), pp. 18-26.
16. Romero H. F., Furuzawa c. J., Hernandez M.G., et al. (2017), "Autoimmune comorbidity in achalasia patients", J Gastroenterol Hepatol.
17. Sawas T, Ravi K, et al. (2017), "The course of achalasia one to four decades after initial treatment", Alimentary pharmacology & therapeutics, 45 (4), pp. 553-560.
18. Sharp KW, Khaitan L, Scholz s, et al. (2002), "100 Consecutive Minimally Invasive Heller Myotomies: Lessons Learned", Annals of surgery, 235 (5), pp.631-639.
19. Tebaibia A, Boudjella M.A, Boutarene D, et al. (2016), "Incidence, clinical features and para-clinical findings of achalasia in Algeria: Experience of 25 years", World J Gastroenterol, 22 (38), pp. 8615-8623.
20. Torquati A, Richards wo, Holzman MD, et al. (2006), "Laparoscopic myotomy for achalasia: predictors of successful outcome after 200 cases", Annals of surgery, 243 (5), pp. 587-591; discussion 591-593.
21. Tsuboi K., Omura N., Yano F., et al. (2009), "Results after laparoscopic He 11 er-Dor operation for esophageal achalasia in 100 consecutive patients", Dis Esophagus, 22 (2), pp. 169-76.