

KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CƠ THẮT TÂM VỊ THEO PHƯƠNG PHÁP HELLER KẾT HỢP TẠO VAN CHỐNG TRÀO NGƯỢC KIỂU DOR

Dinh Văn Chiến^{1,2}, Đặng Quốc Ái^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị cơ thắt tâm vị theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, 23 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị cơ thắt tâm vị theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor từ 2015 đến 2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình 45,0 tuổi, 13 (56,5%) nam và 10 (43,5%) nữ. 91,3% nuốt nghẹn, thời gian mắc nuốt nghẹn trung bình 32,7 tháng. X-quang thực quản có 17,4% thực quản bình thường hoặc giãn nhẹ, 52,2% dẫn có hình mỏ chim và 30,4% hình sigma. 78,3% nội soi thực quản giãn to; 39,1% nội soi thực quản dưới cơ thắt. Thời gian mổ trung bình 114,9 ± 34,0 phút. Chiều dài mở cơ thực quản tâm vị trung bình 8,39 ± 0,9 cm. 4,3% chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở; 4,3% thủng niêm mạc thực quản. Không có biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 6,7 ± 1,8 ngày. Chất lượng sống sau mổ cho kết quả rất tốt và tốt 82,6%. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi điều trị cơ thắt tâm vị theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor là phương pháp an toàn và hiệu quả, giảm tỷ lệ tái phát bệnh, thời gian phục hồi và nằm viện ngắn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cơ thắt tâm vị, cơ thắt tâm vị.

SUMMARY

INITIAL EXPERIENCE OF LAPAROSCOPIC FOR THE TREATMENT OF ACHALASIA BY HELLER METHOD WITH DOR ANTI-REFLUX PROCEDURE

Background: The aim of the present study was to evaluate the results of laparoscopic Heller myotomy with Dor fundoplication. **Materials and Methods:** Descriptive cross-sectional study. 23 patients with achalasia who underwent laparoscopic Heller myotomy with Dor fundoplication from 2015 to 2021 were enrolled. **Results:** The average age was 45 years old, 13 (56,5%) males and 10 (43,5%) females. 91.3% patients had dysphagia, the mean dysphagia time was 32,7 months. The results of esophageal barium

swallow included normal or slight dilation in 17.4% of cases, bird's beak sign in 52.2% of cases and sigma form in 30.4% of cases. 78,3% patients had wide esophageal dilation, 39,1% patients had lower esophageal sphincter (LES) spasms when took esophagogastroscope. The average operation time was 114,9 ± 34,0 mins. The average length of myotomy was 8,39 ± 0,9 cm. 4,3% patients with intraoperative bleeding had to convert to open surgery, 4,3% patients had esophageal mucosa perforation. There was no complications after surgery. The average length of postoperative hospital stay was 6,7 ± 1,8 days. 82,6% patients assessed the quality of life after surgery for good and very good. **Conclusions:** Laparoscopic Heller myotomy with Dor fundoplication for the treatment of achalasia is safe, effective with lower recurrence rates, faster recovery and shorter hospital stay.

Keywords: Laparoscopic treatment for achalasia, esophageal achalasia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ thắt tâm vị (Achalasia) là bệnh rối loạn vận động nguyên phát hiếm gặp, đặc trưng bởi không có sự giãn ra của cơ thắt thực quản dưới và nhu động dọc thực quản. Thomas Williams mô tả một trường hợp cơ thắt tâm vị 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],[2].

Bệnh thường có triệu chứng lâm sàng điển tiến âm thầm trong một thời gian dài, thường bị chẩn đoán nhầm là viêm dạ dày, viêm trào ngược dạ dày thực quản và điều trị nội khoa. Hậu quả dẫn đến các biểu hiện những triệu chứng đặc trưng như nuốt khó, nôn trớ và thỉnh thoảng xuất hiện đau ngực, biến chứng phổi và suy dinh dưỡng. Các cận lâm sàng như Xquang thực quản cản quang, nội soi thực quản dạ dày, chụp cắt lớp vi tính ... Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau: điều trị nội khoa làm giảm trương lực cơ thắt thực quản dưới, tiêm botulinum toxin, nong thực quản, mở cơ thắt dưới thực quản qua nội soi đường miệng (POEM), phẫu thuật mở cơ thắt tâm vị. Năm 1913, Ernest Heller lần đầu tiên phẫu thuật cắt mở cơ thắt tâm vị qua đường bụng và từ đó lấy tên là phẫu thuật Heller. Nhiều phẫu thuật viên nhận thấy sự quan trọng trong việc tạo van chống trào ngược sau phẫu thuật Heller và có nhiều phương pháp như Dor hoặc Toupet hoặc

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại Học Y Khoa Vinh

³Trường Đại Học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

Nissen-Rossetti [1],[2],[3].

Ngày nay phẫu thuật nội soi (PTNS) được ứng dụng để giải quyết triệu chứng nuốt khó kèm theo tạo các van chống trào ngược khác nhau. Phẫu thuật Heller là kỹ thuật quan trọng nhất trong giải quyết nuốt nghẹn đối với cơ thắt tâm vị; đã có một số báo cáo về kỹ thuật mở cơ thực quản dưới, tuy nhiên có nhiều nguy cơ tai biến và biến chứng trong quá trình phẫu thuật Heller mở cơ thực quản tâm vị mà chúng ta cần chú trọng và rút kinh nghiệm để giảm thiểu tổn thương trong mổ và đề phòng tái phát về sau. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá "Kinh nghiệm bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị cơ thắt tâm vị theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 23 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định cơ thắt tâm vị được phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa (HNĐK) Nghệ An từ 2015 đến 2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

- Lựa chọn: Tất cả BN cơ thắt tâm vị được PTNS Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN mổ mở hoặc tạo van chống trào ngược không theo kiểu Dor.

- Tiêu chí nghiên cứu:

- ✓ Đặc điểm BN: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, quá trình điều trị trước đó, sụt cân, nuốt nghẹn, nôn ói, đau ngực, ợ nóng, biến chứng của bệnh.

- ✓ Đặc điểm cận lâm sàng: Nội soi, X quang thực quản có thuốc, cắt lớp vi tính.

- ✓ Kết quả phẫu thuật: kỹ thuật phẫu thuật, chiều dài đường mở cơ thực quản tâm vị, tai biến trong mổ, thời gian mổ, tỷ lệ chuyển mổ mở.

- ✓ Kết quả điều trị sau mổ: Biến chứng sau mổ, thời gian rút ống thông dạ dày, thời gian nằm viện, tỷ lệ tái phát nuốt nghẹn, trào ngược, chất lượng cuộc sống.

- ✓ Kết quả kiểm tra sau mổ: Bệnh nhân được tái khám vào thời điểm 1-3-6 tháng, thực hiện đánh giá theo các triệu chứng lâm sàng dựa vào thang điểm Eckardt năm 1992 như sau:

Bảng 1: Thang điểm Eckardt [4]

Triệu chứng	Tính điểm			
	0	1	2	3
Khó nuốt	Không	Từng lúc	Hàng ngày	Trong bữa ăn

Nôn trở	Không	Từng lúc	Hàng ngày	Trong bữa ăn
Đau vùng ngực	Không	Từng lúc	Hàng ngày	Trong bữa ăn
Sụt cân (kg)	0	< 5	5-10	>10

- **Quy trình phẫu thuật:** Chúng tôi thực hiện các bước theo các bước như sau:

Bệnh nhân được nằm ngửa dạng hai chân, phẫu thuật viên đứng bên trái.

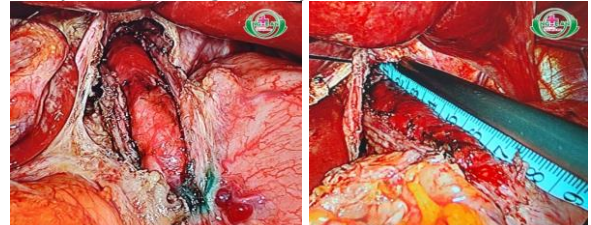
Bước 1: Đặt trocar 5 trocar: 1 trocar 10mm ở dưới rốn, 1 trocar 10mm ở mạn sườn trái ngang rốn, 3 trocar 5mm ở mạn sườn phải ngang rốn và 2 ở hạ sườn 2 bên.

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

Bước 3: Bộc lộ 2/3 chu vi trước thực quản qua chỗ hẹp để di động thực quản đến chỗ thực quản giãn phía trên.

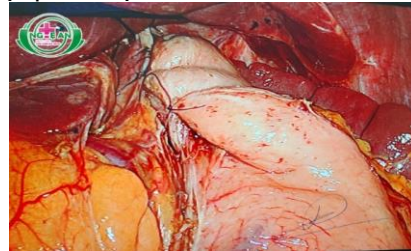
Bước 4: Bộc lộ tâm phình vị dạ dày, giải phóng di động phần phình vị đến động mạch vị ngắn dưới.

Bước 5: Mở cơ thực quản theo phương pháp Heller từ đường tâm vị thực quản (đường Z) lên trên khoảng 4 – 6 cm hoặc hơn tùy theo tổn thương dày hẹp cơ thực quản lên đến chỗ giãn thực quản phía trên, mở cơ tâm vị dưới đường Z khoảng 2 - 3 cm (chú ý sử dụng dao siêu âm kết hợp với Kelly dẫn đường, không cần đe), bộc lộ 1/2 chu vi niêm mạc thực quản. Kiểm tra đường mở cơ và niêm mạc thực quản thông qua bơm hơi qua ống thông dạ dày.



Hình 1: PTNS mở cơ thắt dưới thực quản theo phương pháp Heller

Bước 6: Tạo van chống trào ngược kiểu Dor bằng 6-8 mũi khâu chỉ rời Vicryl 3/0 kèm theo có dính một phần trụ hoành hai bên.



Hình 2: PTNS tạo van chống trào ngược kiểu Dor

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

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Được hội đồng Y đức bệnh viện phê duyệt trước khi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 23 BN co thắt tâm vị được phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược từ năm 2015 đến 2021 chúng tôi có kết quả như sau:

Tuổi trung bình $45,0 \pm 17,8$ (18 - 77), 56,5% nam và 43,5% nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1. Tiền sử bệnh có 14 (60,9%) BN đã được chẩn đoán co thắt tâm vị trước và đã điều trị bằng nội soi nong thực quản nhưng không thành công, trong đó có 07 BN được nong 2 lần, 05 BN nong 3 lần, 01 BN nong 5 lần và 01 BN nong 6 lần, tất cả đều tái nuốt nghẹn sau 3 - 6 tháng. Có 18 (78,3%) BN có tiền sử điều trị viêm loét dạ dày nhiều năm.

Các triệu chứng lâm sàng lúc bệnh nhân nhập viện bao gồm có 21(91,3%) nuốt nghẹn, 11(47,8%) nôn ói, 12(52,2%) đau nóng rát sau xương ức và 23(100%) sụt cân. Thời gian mắc nuốt nghẹn trung bình $32,65 \pm 41,9$ tháng, từ 2 đến 144 tháng. Số cân sụt trung bình $6,0 \pm 3,9$ (0-15) kg.

Nội soi thực quản dạ dày bằng ống soi mềm có các đặc điểm sau: 4(17,7%) tâm vị co thắt nhẹ, máy nội soi qua dễ; 13(56,5%) ứ đọng dịch và thức ăn; 18(78,3%) thực quản giãn to và 9(39,1%) Tâm vị co thắt nhiều, máy nội soi qua khó. Nhóm nghiên cứu chủ yếu có thực quản giãn to, chiếm 78,3% và thực quản ứ đọng dịch, thức ăn, chiếm 56,5%.

Kết quả chụp phim X-quang thực quản cản quang có các đặc điểm sau: 12(52,2%) thực quản giãn hình mỏ chim, 7(30,2%) thực quản giãn hình Sigma và 4(17,4%) thực quản giãn nhẹ hoặc bình thường. 100% không có hình bóng hơi dạ dày trên phim chụp Xquang bụng không chuẩn bị. Kết quả phẫu thuật và điều trị được mô tả trong bảng 2.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật và điều trị

Chiều dài mở cơ thực quản-tâm vị trung bình	$8,30 \pm 0,9$ (7-10) cm
Chiều dài mở cơ thực quản trung bình	$5,9$ (5-7) cm
Chiều dài mở cơ tâm vị trung bình	$2,6$ (2-3) cm
Thời gian mổ trung bình	$114,9 \pm 34,0$ (70 -

	180) phút
Tai biến trong mổ	2 (8,6%)
Tỷ lệ chuyển mổ mở	1 (4,3%)
Biến chứng và tử vong sau mổ	0 (0,0%)
Thời gian đặt ống thông mũi dạ dày	$2,1 \pm 2,2$ (0-6) ngày
Thời gian cho ăn đường miệng	$3,6 \pm 1,7$ (2-6) ngày
Thời gian nằm viện trung bình	$6,7 \pm 1,8$ (4-11) ngày

Nhóm nghiên cứu có 2 trường hợp có tai biến trong mổ là thủng niêm mạc thực quản và chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở. Không có trường hợp nào có biến chứng và tử vong sau mổ.

Kết quả tái khám kiểm tra lại bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3: Kết quả kiểm tra sau mổ

Còn nuốt nghẹn nhẹ	4 (17,4%)
Thỉnh thoảng còn nôn ói	1 (4,3%)
Đau, nóng rát sau xương ức	2 (8,7%)
Xquang thực quản cản quang lưu thông tốt	23 (100%)
Nội soi thực quản lưu thông tốt, không hẹp	23 (100%)

Có 4 (17,4%) trường hợp còn nuốt nghẹn khi ăn khô, có 1 (4,3%) thỉnh thoảng còn nôn và buồn nôn sau khi ăn. Không có trường hợp nào phải nong thực quản hoặc mổ lại. Triệu chứng nuốt nghẹn trước mổ và sau mổ có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Co thắt tâm vị là bệnh lý gặp ở mọi lứa tuổi, nghiên cứu chúng tôi có tuổi trung bình $45,0 \pm 17,8$ tuổi, thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 77 tuổi. Nam chiếm 56,5% và nữ 43,5%, tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1. Theo nghiên cứu của Rawlings [2] có 69,4% nam và 30,6% nữ.

Nuốt nghẹn là triệu chứng thường gặp nhất của bệnh co thắt tâm vị, là nguyên nhân chính để người bệnh đến bệnh viện. Tỷ lệ nuốt nghẹn chiếm 91,3%, thời gian mắc chứng nuốt nghẹn trung bình $32,65 \pm 41,9$ tháng (từ 2 đến 144 tháng), thời gian mắc bệnh kéo dài có thể do chẩn đoán nhầm với các bệnh thông thường khác. Nôn ói cũng thường gặp trong các bệnh lý khác và không đặc hiệu bằng triệu chứng nuốt nghẹn có thể do không được người bệnh chú ý bằng triệu chứng nuốt nghẹn, tỷ lệ nôn ói của nghiên cứu là 47,8%. Tỷ lệ nuốt nghẹn của Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [5] là 95,7%. Các tác giả có tỉ lệ người bệnh có triệu chứng nôn ói từ 81,4% - 88,6%. Và 100% người bệnh có sụt cân, số cân sụt trung bình $6,0 \pm 3,9$ kg từ 1 đến 15 kg.

Hình ảnh Xquang 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 có thắt tâm vị thường đến giai đoạn muộn với hình ảnh thực quản hẹp hình mỏ chim 52,2%, Thực quản giãn chiếm đa số (82,4%), hình ảnh dẫn nhẹ hoặc bình thường 17,4%.



Hình 3: Hình ảnh X-quang đặc trưng trong bệnh co thắt tâm vị

Theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị của Hiệp hội tiêu hóa Hoa Kỳ, tất cả người bệnh co thắt tâm vị phải nội soi thực quản nhằm đánh giá tình trạng ứ đọng, co thắt của thực quản và chẩn đoán phân biệt bệnh thực quản khác như túi thừa thực quản, ung thư thực quản... [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 56,5% ứ đọng thức ăn, 78,3% thực quản giãn, 39,1% tâm vị co thắt nhiều máy nội soi qua khó, 17,7% thực quản co thắt nhẹ. Tác giả Tiêu Loan Quang Lâm (2017) có 91,3% người bệnh ứ đọng dịch và thức ăn, 4,3% co thắt nhẹ tâm vị [5].

Oelschlager [3] 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 Kafsi [6] và cộng sự khuyến khích nên mở cơ ở thực quản 5-7cm và kéo dài phía dạ dày khoảng 2-3cm. Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội Quốc tế về các bệnh thực quản năm 2018: phẫu thuật mở cơ Heller kèm tạo van chống trào ngược bán phần là lựa chọn đầu tay đối với co thắt tâm vị. Giải quyết sự tắc nghẽn gây ra bởi cơ thắt thực quản dưới không giãn ra với cử động nuốt, nên phải xẻ cơ thắt thực quản dưới để không còn chức năng này và đường mở cơ tiêu chuẩn từ 6-8cm, với đường mở cơ trên chỗ nối thực quản-dạ dày 6cm, mở cơ xuống phía tâm vị thêm 2-3cm [1]. Nghiên cứu của chúng tôi, chiều dài mở cơ thực quản tâm vị trung bình là $8,3 \pm 0,9$ (7-10) cm, tất cả bệnh nhân đảm bảo chiều dài đường mở tiêu chuẩn 6-8cm. Chiều dài mở cơ thực quản 5,9 (5-7) cm, chiều dài mở cơ tâm vị trung bình là 2,6 (2-3) cm. Tác giả Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [5]

chiều dài mở cơ $7,48 \pm 1,62$ (5,5-12) cm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với kỹ thuật phẫu thuật nội soi mở cơ theo phương pháp Heller sử dụng dao mổ Harmonic với sự dẫn đường bằng Kelley nội soi có thể tách lớp cơ và lớp niêm mạc rõ ràng trước khi cắt cơ. Tiến hành điểm cắt đầu tiên tại vị trí giữa thực quản ngay điểm nối thực quản dạ dày trên thực quản đến tận chỗ giãn thực quản và mở cơ xuống dưới dạ dày 2-3cm từ điểm mở cơ đầu tiên. Kiểm tra đường mở cơ bằng bơm hơi qua ống thông dạ dày để đảm bảo không thủng và các lớp cơ được cắt bỏ hết.

Tai biến trong mổ: có 02 (8,6%) trong đó 01(4,3%) trường hợp bị tổn thương nhánh của tĩnh mạch gan trái gây chảy máu nên chuyển mổ mở, 01(4,3%) trường hợp thủng niêm mạc thực quản trong quá trình mở cơ tâm vị thực quản được xử trí khâu lại niêm mạc và khâu ép lỗ thủng vào thành bên trái của đường mở cơ qua nội soi và thực hiện lại đường mở cơ khác. Sau mổ cả 2 trường hợp đều ổn định ra viện, không có tử vong hay tai biến khác. Tác giả Deb [7] tràn khí màng phổi 1%, chảy máu do rách bao lách 0,5%, chảy máu từ mạch máu vị ngăn 0,5% và 2% chuyển mổ mở.

Theo dõi tái khám sau phẫu thuật là bước quan trọng đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị đối với bệnh nhân. Nhiều tác giả cho rằng đánh giá theo dõi theo cảm nhận chủ quan của người bệnh, tuy nhiên theo khuyến cáo Hiệp hội Quốc tế về các bệnh thực quản năm 2018 [1] cho rằng đánh giá triệu chứng là thước đo tốt nhất để đánh giá thành công sau điều trị và thang điểm Eckardt nên được sử dụng rộng rãi. Chúng tôi sử dụng thang điểm Eckardt đánh giá tái khám bệnh nhân vào tháng thứ 1-3-6. Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng nuốt nghẹn cải thiện rõ rệt sau khi thực hiện phẫu thuật Heller nội soi là 82,6%, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện. Có 04 (17,4%) trường hợp thỉnh thoảng bị nuốt nghẹn sau mổ, thường bị khi ăn nhanh, lo lắng nhiều, thỉnh thoảng gây cản trở công việc. Tỷ lệ nuốt nghẹn sau mổ của Oelschlager (2003) [3] là 17,0% và Tiêu Loan Quang Lâm (2017) [5] là 21,7%. Abir (2004) [9] tổng hợp 12 nghiên cứu cho kết quả tốt và rất tốt từ 88 -100%. Nhìn chung các nghiên cứu trong nước và trên thế giới đều ghi nhận kết quả tốt sau phẫu thuật cao từ 75 - 100% [5],[6],[8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi vì số lượng bệnh nhân còn ít nên kết quả chưa phản ánh đúng bệnh lý, cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và

thời gian theo dõi dài hơn.

Qua nghiên cứu 23BN có thắt tâm vị được phẫu thuật mở cơ Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor, chúng tôi rút ra một số kinh nghiệm về kỹ thuật như sau:

✓ Mở cơ đảm bảo chiều dài từ 6-8cm, đường mở cơ dọc giữa bắt đầu từ vị trí đường Z, phía trên lên đến hết chỗ hẹp tận chỗ giãn, phía dưới mở cơ dạ dày 2-3cm.

✓ Sử dụng dao siêu âm Harmonic kết hợp sử dụng Kelly dẫn đường mà không cần dùng đe. Giảm nhiệt độ dao siêu âm bằng gác nội soi ướt sau mỗi lần cắt cơ để hạn chế tối đa nguy cơ bỏng niêm mạc thực quản.

✓ Kiểm tra đường mở cơ bằng bơm hơi qua ống thông mũi dạ dày để đảm bảo lớp cơ được mở hết và không có thủng niêm mạc thực quản.

✓ Trong quá trình mở cơ tâm vị dưới đường Z phải thật chậm rãi, cẩn thận vì tổ chức mềm dễ thủng, cắt cơ từng lớp.

✓ Trường hợp có tai biến thủng niêm mạc thực quản thì khâu lại bằng hai cách: (1) khâu lại niêm mạc, khâu kín cơ thực quản chỗ mở và thực hiện lại đường mở cơ khác; (2) khâu lại niêm mạc, khâu ép lỗ thủng vào thành cơ thực quản bên trái đường mở cơ, tiếp tục mở cơ lên trên mà không cần đường mở cơ khác.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi mở cơ thực quản theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào

ngược kiểu Dor là phương pháp an toàn và hiệu quả, giảm tỷ lệ tái phát bệnh, thời gian phục hồi và nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. "The 2018 ISDE achalasia guidelines", *Diseases of the Esophagus* (2018) 0, 1–29.
2. 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.
3. Oelschlager BK, Pellegrini CA, "Improved outcome after extended gastric myotomy for achalasia", *Archives of Surgery*, (2003) 138 (5), pp. 490-497.
4. Taft T.H., Carlson D. et al, "Evaluating the reliability and construct validity of the Eckardt symptom score as a measure of achalasia severity", *Neurogastroenterol Motil*, (2018) pp.30-32.
5. Tiêu Loan Quang Lâm, "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.
6. El Kafsi J., Fojiaki A, Dehn T CB, et al, "Management of achalasia in the UK, do we need new guidelines?" *Annals of Medicine and Surgery*, (2016) 12, pp. 32-36.
7. Deb S., Deschamps c., Allen M. s., et al, "Laparoscopic esophageal myotomy for achalasia: factors affecting functional results", *Ann Thorac Surg*, (2005), 80 (4), 1191-4; discussion 1194-1195.
8. Abir F., Modlin I.M, Kidd M., et al, "Surgical treatment of achalasia; current status and controversies", *Digestive surgery*, (2004) 21 (3), pp. 165-176.

MỐI TƯƠNG QUAN CỦA STO2 VỚI LACTATE, ĐIỂM PSOFA TRÊN BỆNH NHI SỐC NHIỄM TRÙNG TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG THÀNH PHỐ

Nguyễn Huy Luân¹, Nguyễn Thị Gia Hạnh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn chức năng vi tuần hoàn xuất hiện sớm trong sinh lý bệnh của sốc nhiễm trùng và có tương quan với mức độ nặng của suy cơ quan cũng như tỷ lệ tử vong tại khoa hồi sức. Độ bão hòa oxy mô (tissue oxygen saturation- StO₂) đo bằng phương pháp quang phổ cận hồng ngoại (Near-infrared spectroscopy - NIRS) là một trong những chỉ số có thể được dùng để đánh giá tình trạng oxy mô.

Mục tiêu: Xác định mối tương quan của giá trị StO₂ với lactate máu, thang điểm pSOFA tại các thời điểm ghi nhận sốc (T₀), sau 6 giờ (T₆), sau 24 giờ (T₂₄) điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát theo dõi dọc, 35 bệnh nhi sốc nhiễm trùng từ tháng 11/2021 đến 09/2022 điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi đồng Thành phố. **Kết quả:** Giá trị StO₂ tại thời điểm sau 6 giờ điều trị tương quan nghịch nhẹ với lactate ($r = -0,368$; $p = 0,030$). StO₂ tương quan nghịch với điểm pSOFA tại tất cả thời điểm khảo sát. Mối tương quan nghịch giữa StO₂ và lactate, thang điểm pSOFA không thay đổi khi tiến hành kiểm soát các yếu tố nhiễu. **Kết luận:** Theo dõi StO₂ kết hợp với các thông số huyết động đại tuần hoàn và vi tuần hoàn khác giúp phát hiện tình trạng rối loạn vi tuần hoàn. Việc theo dõi StO₂ ngay tại thời điểm ghi nhận sốc, sau 6 giờ điều trị có khả năng hỗ trợ tiên lượng rối loạn chức năng đa cơ quan của bệnh nhân.

¹Đại học Y Dược TP. HCM

²Bệnh viện Nhi Đồng Thành Phố

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Luân

Email: huyluanped@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023