

## Nghiên cứu kết quả điều trị bệnh lý co thắt tâm vị bằng phẫu thuật Heller với van chống trào ngược kiểu Dor

Phan Đình Tuấn Dũng<sup>1</sup>, Đặng Ngọc Hùng<sup>2</sup>, Lê Lộc<sup>2</sup>

(1) Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Khoa Ngoại Tiêu Hóa - Bệnh viện Trung ương Huế

**Đặt vấn đề:** Co thắt tâm vị là một bệnh lý có tỷ lệ gặp khá thấp, được định nghĩa là tình trạng rối loạn vận động thực quản nguyên phát đặc trưng bởi tình trạng mất nhu động thực quản và quá trình dẫn cơ không đầy đủ của cơ thắt thực quản dưới. Việc chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng khá điển hình và các phương tiện cận lâm sàng như nội soi, chụp Xquang thực quản dạ dày có cản quang và đo áp lực cơ thắt vòng thực quản. Có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý co thắt tâm vị đã được ứng dụng, tuy nhiên phương pháp điều trị bằng phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller với van chống trào ngược được xem là phương pháp điều trị tốt nhất với hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán mới. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của phương pháp điều trị co thắt tâm vị bằng phẫu thuật Heller với van chống trào ngược kiểu Dor. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên các trường hợp với chẩn đoán co thắt tâm vị thực quản được điều trị bằng phẫu thuật Heller với van chống trào ngược kiểu Dor từ 1/2012 - 06/2020. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh lý bằng phẫu thuật Heller nội soi với van chống trào ngược kiểu Dor. **Kết quả:** Có 11 trường hợp được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật. Có 100% các trường hợp có triệu chứng nuốt khó, giảm cân, 81,8% các trường hợp có đau ngực và nóng rát sau xương ức. Chẩn đoán bệnh lý dựa vào hình ảnh nội soi và Xquang thực quản-dạ dày có cản quang. Thời gian mổ trung bình:  $148 \pm 21$  phút. Không có tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật. Đánh giá tái khám vào thời điểm 3-6 tháng sau mổ bằng thang điểm Eckardt cho kết quả tốt ( $< 3$  điểm), chỉ có 1 trường hợp hẹp cần thực hiện nong thực quản 01 lần sau phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật Heller nội soi với van chống trào ngược kiểu Dor trong điều trị bệnh lý co thắt tâm vị thực quản cho thấy có tính hiệu quả và an toàn cao.

**Từ khóa:** co thắt tâm vị, phẫu thuật Heller, van chống trào ngược

## The surgical treatment of achalasia on laparoscopic Heller myotomy with Dor antireflux procedure at Hue Central Hospital

Phan Dinh Tuan Dung<sup>1</sup>, Dang Ngoc Hung<sup>2</sup>, Le Loc<sup>2</sup>

(1) Department of Surgery, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Hue Central Hospital

**Background:** Achalasia is a primary motor disorder of the esophagus characterized by insufficient lower esophageal sphincter relaxation and loss of esophageal peristalsis. Diagnosis is confirmed by clinical symptoms, endoscopic, radiographic and manometric. Although pneumatic dilation has a role in the treatment of achalasia, laparoscopic Heller myotomy is considered by many experts as the best treatment modality for most patients with newly diagnosed achalasia. **Objective:** To evaluate the efficacy and safety of laparoscopic Heller myotomy with Dor antireflux procedure. **Patients and Methods:** Prospective analyses of the patients of achalasia undergoing laparoscopic Heller myotomy with Dor antireflux procedure from 01/2012 to 06/2020. We evaluated the data according to outcome measures, characteristics and treatment results of achalasia after laparoscopic Heller myotomy with Dor antireflux procedure. **Results:** We found 11 patients with achalasia were diagnosed and treated by laparoscopic. 100% of the patients have dysphagia, weight loss; 81.8% have chest pain and regurgitation. Mean operative duration was  $148 \pm 21$  minutes. There was no complications had found in our patients. Follow-up after 3 - 6 months by Eckardt score show that 90.9% had a good result, 01 patient with persistent symptoms (Eckardt score  $> 3$ ) had to undergo a pneumatic dilation. **Conclusion:** The results of the laparoscopic Heller myotomy with Dor antireflux procedure were safe and effective.

**Keywords:** Achalasia, laparoscopic Heller myotomy, Dor antireflux procedure

Địa chỉ liên hệ: Phan Đình Tuấn Dũng, email: ptdtung@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 8/10/2020; Ngày đồng ý đăng: 12/12/2020

DOI: 10.34071/jmp.2020.6.14

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt tâm vị (Achalasia) là một bệnh lý với tình trạng rối loạn vận động thực quản nguyên phát đặc trưng bởi tình trạng mất nhu động thực quản và quá trình dẫn cơ không đầy đủ của cơ thắt thực quản dưới (lower esophageal sphincter-LES). Tác giả Thomas Williams đã mô tả bệnh lý này lần đầu tiên vào năm 1674 khi ông báo cáo một trường hợp bệnh tắc nghẽn thức ăn ở thực quản mà không rõ lý do. Tuy nhiên, thuật ngữ co thắt tâm vị (achalasia) lần đầu tiên được giới thiệu bởi tác giả Arthur Hurst vào đầu những năm 1927 [1], [2].

Việc chẩn đoán bệnh thường cần phải dựa vào lâm sàng với các triệu chứng đặc trưng như nuốt khó, đau ngực, nôn do trào ngược và các phương tiện cận lâm sàng như hình ảnh Xquang, nội soi và đo áp lực thực quản. Có nhiều phương pháp điều trị được ứng dụng như điều trị nội khoa bằng thuốc dẫn cơ trơn, tiêm botulinum toxin trong cơ thắt, nong thực quản bằng bóng và phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị (myotomy). Trong đó phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị là một trong những phương pháp điều trị được lựa chọn với hiệu quả điều trị tương đối tốt. Năm 1913, Ernest Heller lần đầu tiên phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị qua đường bụng và kể từ đó lấy tên phẫu thuật mang tên ông [5]. Cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi tiêu hóa, phẫu thuật nội soi cắt mở cơ tâm vị đã thực hiện ở nhiều nơi trên thế giới từ đầu những năm 1990. Năm 1991, Cuschieri lần đầu tiên báo cáo phẫu thuật Heller qua nội soi với kết quả được đánh giá cao với thời gian nằm viện ngắn và giảm rõ rệt các triệu chứng bệnh. Tại Việt Nam, phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị qua nội soi (Heller) đã được thực hiện ở nhiều cơ sở y tế từ đầu những năm 2000. Nhiều tác giả đã cho thấy sự quan trọng của việc thực hiện van chống trào ngược sau phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị cho bệnh nhân, có nhiều phương pháp được thực hiện như Nissen, Toupet..., tuy nhiên một số nghiên cứu cho thấy van chống trào ngược kiểu Dor có tính hiệu quả và ứng dụng cao hơn các loại khác.

Ở Bệnh viện Trung ương Huế, việc ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý co thắt tâm vị đã được thực hiện trong hơn một thập kỷ. Tuy nhiên các báo cáo về kết quả điều trị bệnh lý co thắt tâm vị bằng phẫu thuật nội soi với van chống trào ngược kiểu Dor chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích: đánh giá việc chẩn đoán và kết quả điều trị bệnh lý co thắt tâm vị bằng cắt mở cơ tâm vị với van chống trào ngược kiểu Dor bằng phẫu thuật nội soi.

## 2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 11 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh lý co thắt tâm vị và được điều trị phẫu thuật bằng cắt mở cơ tâm vị nội soi theo phương pháp Heller và tạo van chống trào ngược kiểu Dor vào viện tại Khoa Ngoại Tiêu Hóa - Bệnh viện Trung ương Huế giai đoạn từ 01/2012 - 06/2020.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Quan sát, mô tả, tiến cứu

Ghi nhận các đặc điểm nghiên cứu:

- Các triệu chứng lâm sàng: nuốt khó, giảm cân, đau ngực sau xương ức.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng: hình ảnh Xquang thực quản dạ dày có cản quang, nội soi thực quản dạ dày, CT scan ngực-bụng.

- Các đặc điểm phẫu thuật: ghi nhận thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện.

- + Quy trình phẫu thuật theo phương pháp Heller – sử dụng van chống trào ngược Dor: Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, 4 trocar được sử dụng: 01 trocar rốn 10 mm được đặt ở vị trí ngay dưới rốn theo Hassan, bơm hơi CO<sub>2</sub> áp lực 12 mmHg rồi đặt thêm 3 trocar 5 mm ở vị trí dưới hạ sườn phải và hạ sườn trái dưới sự quan sát trực tiếp của camera. Phẫu thuật được bắt đầu bằng cách phẫu tích di động phần đáy vị, phẫu tích các động mạch vị gần để chuẩn bị cho việc tạo van chống trào ngược. Chỗ nối tâm vị thực quản được bóc lộ rõ ràng khoảng từ 6 đến 8 cm, phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị được thực hiện dọc theo trục trước của thực quản bằng cách sử dụng Hook, kéo với dao điện đơn cực. Vị trí tốt nhất để thực hiện việc cắt mở cơ tâm vị là khoảng 0,5 - 2 cm ở trên tâm vị, với chiều dài của đường mở ở thực quản từ 4 đến 8 cm. Lưu ý cần tránh tổn thương lớp niêm mạc thực quản, đặc biệt khi sử dụng Hook để đốt vì nguy cơ thủng rất dễ xảy ra ở thời kỳ hậu phẫu. Sau khi đã cắt mở cơ tâm vị, cầm máu kỹ thì tiến hành tạo van chống trào ngược theo kiểu Dor bằng cách xoay phần đáy vị ra phía trước 180° và khâu bằng các mũi chỉ rời Vicryl 2.0 vào mặt trước vùng tâm vị thực quản. Kiểm tra cầm máu kỹ, rút các trocar và đóng cân rốn, khâu da để kết thúc phẫu thuật.

- Đánh giá tái khám: bệnh nhân được tái khám vào thời điểm 3-6 tháng sau phẫu thuật, nội dung tái khám thực hiện đánh giá theo các triệu chứng lâm sàng dựa vào thang điểm Eckardt năm 1992 như sau :

**Bảng 1.** Thang điểm Eckardt [15]

| Điểm | Giảm cân | Đau vùng ngực | Nuốt khó       | Nôn mửa      |
|------|----------|---------------|----------------|--------------|
| 0    | Không    | Không         | Không          | Không        |
| 1    | < 5kg    | Thỉnh thoảng  | Thỉnh thoảng   | Thỉnh thoảng |
| 2    | 5 – 10kg | Hàng ngày     | Hàng ngày      | Hàng ngày    |
| 3    | > 10kg   | Mỗi bữa ăn    | Nhiều lần/ngày | Mỗi bữa ăn   |

+ Xử lý số liệu: các số liệu ghi nhận và được xử lý theo SPSS 19.5.

### 3. KẾT QUẢ

Qua thời gian thực hiện nghiên cứu, chúng tôi đã chẩn đoán và phẫu thuật được 11 trường hợp (8 nam, 3 nữ) được chẩn đoán co thắt tâm vị thực quản bằng cách cắt mở cơ tâm vị (Heller) có sử dụng van chống trào ngược kiểu Dor qua nội soi với các kết quả cụ thể như sau:

- + Tuổi trung bình là  $45 \pm 9,3$  tuổi (trẻ nhất 38 tuổi, lớn nhất 61 tuổi).
- + Thời gian xuất hiện triệu chứng và phát hiện bệnh trung bình khoảng  $5,6 \pm 2,3$  tháng (sớm nhất 4 tháng và lâu nhất 12 tháng).
- + Triệu chứng lâm sàng:

**Bảng 2.** Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

| Triệu chứng           | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|-----------------------|--------------|---------|
| Nuốt khó              | 11/11        | 100%    |
| Đau ngực              | 9/11         | 81,8%   |
| Giảm cân              | 11/11        | 100%    |
| Nóng rát sau xương ức | 9/11         | 81,8%   |
| Nôn do trào ngược     | 6/11         | 54,5%   |

+ Cận lâm sàng  
- Nội soi : tất cả 11 bệnh nhân đều cho hình ảnh hẹp ở chỗ nối thực quản – dạ dày, đoạn thực quản phía trên giãn lớn; trong đó có 01 trường hợp không thể đi máy qua được chỗ hẹp.

- Chụp thực quản – dạ dày cản quang: cả 11 trường hợp đều cho thấy hình ảnh hẹp ở đoạn tâm vị - thực quản, đoạn thực quản phía trên giãn lớn.

- CT Scan ngực bụng: cả 11 trường hợp đều cho thấy hình ảnh dày đều ở vùng tâm vị thực quản gây hẹp lòng ống tiêu hóa, đoạn thực quản phía trên giãn lớn.

+ Đặc điểm phẫu thuật:

- Thời gian mổ trung bình:  $148 \pm 21$  phút (110 phút - 170 phút).

- Không có trường hợp nào có tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật.

- Tất cả 11 trường hợp đều được chụp phim thực quản – dạ dày cản quang sau phẫu thuật 5 - 7 ngày đều cho thấy hình ảnh không còn chỗ hẹp và thuốc cản quang xuống dạ dày bình thường.

- Thời gian hậu phẫu - ra viện ngắn nhất 7 ngày, dài nhất 10 ngày.

+ Đánh giá tái khám sau 03-06 tháng : lâm sàng dựa vào thang điểm Eckardt cho thấy 10 bệnh nhân có kết quả tốt với số điểm từ 0-3, một bệnh nhân có triệu chứng hẹp nhẹ cần nong bằng bóng qua nội soi một lần với kết quả tốt.

### 4. BÀN LUẬN

Co thắt tâm vị là một trong những bệnh lý hiếm gặp, nguyên nhân do cơ thắt dưới của thực quản không có khả năng tự mở ra khi có phản xạ nuốt, vì vậy thức ăn và nước bọt được bài tiết trong khi ăn từ thực quản khó hoặc không xuống được dạ dày. Bệnh thường hay gặp ở người trưởng thành, tỷ lệ mắc bệnh có sự khác biệt nhau tùy theo từng báo cáo, như trong báo cáo ở Zimbabwe tỷ lệ này là 0,03/100.000 mỗi năm, trong khi ở Canada tỷ lệ này là 1,63/100.000 [7] Tuy nhiên, đa số các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ này nằm trong khoảng từ 0,5 đến 1,2/100.000.

**Bảng 3.** Một số xuất độ tỷ lệ mắc bệnh co thắt tâm vị trên thế giới

| Tác giả    | Quốc gia       | Năm nghiên cứu | Số bệnh nhân | Tỷ lệ mắc bệnh /100.000 |
|------------|----------------|----------------|--------------|-------------------------|
| Birgisson  | Iceland        | 1952-2002      | 62           | 0,55                    |
| Mayberry   | Scotland       | 1972-1983      | 583          | 1,2                     |
| Mayberry   | New Zealand    | 1980-1984      | 152          | 1,0                     |
| Farrukh    | Leicester, Anh | 1986-2005      | 14           | 0,89                    |
| Ho et al.  | Singapore      | 1989-1996      | 49           | 0,29                    |
| Phan Dương | Việt Nam       | 2000-2010      | 65           | -                       |

Cơ chế bệnh sinh của bệnh lý co thắt tâm vị thực quản đến nay vẫn chưa được tìm hiểu một cách rõ ràng, tuy nhiên một số tác giả cho rằng nó có liên quan đến vấn đề tổn thương thần kinh với sự hiện diện của virus, trong đó virus sởi và herpes được xem như là những tác nhân gây bệnh, tuy nhiên nhiều nghiên cứu phân tích về mặt phân tử của những loại virus này chưa xác định được bản chất bệnh, vì vậy nguyên nhân của bệnh cho đến hiện tại vẫn chưa được khám phá đầy đủ [1]. Bên cạnh đó, một số tác giả cho rằng các yếu tố di truyền và miễn dịch cũng được xem là những yếu tố gây tổn thương thần kinh bẩm sinh, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào chứng minh được nguyên nhân gây bệnh một cách chính xác [2], [4], [7].

Nuốt khó là một trong những triệu chứng chủ yếu của bệnh lý co thắt tâm vị thực quản. Theo nhiều tác giả, việc chẩn đoán xác định bệnh lý co thắt tâm vị thực quản cần dựa vào đo áp lực cơ thắt thực quản, nội soi thực quản – dạ dày và chụp thực quản dạ dày có cản quang, trong đó đo áp lực cơ thắt thực quản được xem như là tiêu chuẩn vàng trong việc chẩn đoán bệnh lý với biểu hiện những kích thích co thắt trong phạm vi thực quản và sự mất co giãn của cơ thắt thực quản thấp [10], [13], [16]. Nội soi thực quản dạ dày là phương tiện cận lâm sàng không được dùng để chẩn đoán xác định bệnh lý co thắt tâm vị thực quản, tuy nhiên nội soi thực quản dạ dày có vai trò quan trọng trong việc xác định tổn thương ác tính ở vùng thấp của thực quản bằng cách sinh thiết để làm giải phẫu bệnh lý. Chụp dạ dày thực quản cản quang thường cho hình ảnh đặc trưng của bệnh là hình ảnh “mỏ chim” (bird’s beak) xuất hiện ở phần dưới thực quản kèm với sự giãn lớn ở phần trên thực quản, bên cạnh đó cùng với việc đánh giá thời gian chất cản quang từ thực quản xuống dạ dày cũng là một trong những cách đánh giá để chẩn đoán bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 100% bệnh nhân biểu hiện lâm sàng điển hình với nuốt khó, giảm cân, triệu chứng đau ngực và nóng rát sau xương ức gặp ở 8/11 bệnh nhân chiếm tỷ lệ

81,8%.

Dựa vào việc đo áp lực cơ thắt tâm vị thực quản, một số tác giả đã chia bệnh lý co thắt tâm vị thành 3 nhóm với nhóm 1 là co thắt tâm vị thực quản điển hình (classic achalasia), nhóm 2 là co thắt tâm vị với sự chèn ép và tăng áp lực, nhóm 3 là co cứng tâm vị thực quản (spastic achalasia) [10]. Theo tác giả Pandolfino và cộng sự, sự phân loại này nhằm mục đích đưa ra hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân như trường hợp co thắt tâm vị nhóm 2 thì đáp ứng tốt với điều trị bằng nong bóng áp lực, phẫu thuật Heller và dùng botulium toxin [11].

Ở cơ sở chúng tôi, do phương pháp đo áp lực thực quản chưa được triển khai ứng dụng nên việc chẩn đoán thường dựa vào các triệu chứng lâm sàng và các hình ảnh cận lâm sàng như nội soi thực quản dạ dày cũng như chụp Xquang thực quản dạ dày có cản quang và CT Scan ngực bụng. Theo tác giả Vaezi, so với đo áp lực thực quản thì chụp thực quản dạ dày có cản quang với sự quan sát thời gian thuốc cản quang từ thực quản xuống dạ dày có giá trị chẩn đoán bệnh co thắt tâm vị thực quản hơn 96% [16]. Theo chúng tôi, cùng với sự xuất hiện của các triệu chứng lâm sàng điển hình cùng với hình ảnh hẹp ở vùng tâm vị thực quản, cũng như sự giãn lớn của đoạn thực quản phía trên qua các phương tiện cận lâm sàng giúp cho việc chẩn đoán bệnh co thắt tâm vị.

Theo nhiều tác giả, có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý co thắt tâm vị thực quản, tuy nhiên phương pháp điều trị chủ yếu đối với bệnh lý co thắt tâm vị thực quản là nong chỗ hẹp bằng bóng hoặc phẫu thuật cắt mở cơ thắt thực quản nội soi [10], [13], [14], [17]. Theo tác giả Parrish C. R. thì một trong những loại bóng dùng để nong được sử dụng thường xuyên nhất là Rigiflex với 3 kích cỡ thường sử dụng là 3,0 cm; 3,5 cm và 4,0 cm [12]. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy rằng hiệu quả của phương pháp này là 62-90%. Đối với việc điều trị bằng cách nong chỗ hẹp bằng bóng hơi, một bóng hơi được đưa vào vị trí xuyên qua cơ thắt dưới thực

quản và được bơm phồng lên để nong chỗ cơ bị hẹp. Đối với việc điều trị bệnh lý co thắt tâm vị bằng phẫu thuật, việc điều trị có thể được thực hiện bằng phẫu thuật mở cũng như bằng phẫu thuật nội soi, tuy nhiên hiện nay đa số các phẫu thuật viên trên thế giới đều thực hiện phẫu thuật bằng nội soi trong điều trị bệnh lý này. Phẫu thuật được thực hiện bằng cách thực hiện một một đường mở dọc theo thành thực quản ở vị trí cơ thắt vòng dưới thực quản cả ở phần gần và phần xa lên phía trên của tâm vị. Nhiều phẫu thuật viên cho thấy sự cần thiết tạo van chống trào ngược cùng với phẫu thuật cắt mở cơ thắt tâm vị nhằm mục đích giảm thiểu nguy cơ bệnh lý trào ngược cho bệnh nhân sau phẫu thuật [9]. Một số tác giả cho rằng trong trường hợp điều trị bằng phương pháp nong bóng có tỷ lệ thành công thấp hơn so với phẫu thuật (65% so với 92%), bên cạnh đó việc điều trị bằng nong bóng khí cũng có nhược điểm là phải nong định kỳ.

Nhiều tác giả đã cho thấy sự quan trọng của việc thực hiện van chống trào ngược sau phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị cho bệnh nhân nhằm tránh tình trạng trào ngược sau phẫu thuật. Đã có nhiều phương pháp được ứng dụng thực hiện như Nissen, Toupet, Dor..., tuy nhiên một số nghiên cứu gần cho thấy van chống trào ngược kiểu Dor có tính hiệu quả và ứng dụng cao hơn các loại van chống trào ngược khác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 11 bệnh nhân với biểu hiện của một tình trạng hẹp thực quản rõ nên được chỉ định phẫu thuật cắt mở cơ tâm vị (Heller) với tạo van chống trào ngược kiểu Dor với thời gian mổ trung bình là 148 phút. Kết quả theo dõi đánh giá hậu phẫu cho thấy các triệu chứng lâm sàng giảm rõ sau phẫu thuật và không có bất cứ tai biến, biến chứng nào trong và sau phẫu thuật.

Theo tác giả Stefadinis, những yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến sự thành công của phẫu thuật là triệu chứng nuốt khó mức độ nặng trước phẫu thuật, áp lực cơ thắt vòng dưới thực quản thấp, dẫn lớn thực quản và điều trị bằng nong thực quản hoặc tiêm botulin toxin trước đó [14]. Bằng cách sử dụng cách đo áp lực thực quản, tác giả Pandolfino cùng cộng sự đã đề ra một bảng phân loại co thắt tâm vị thực quản gồm 3 nhóm với tỷ lệ phẫu thuật thành công bằng phẫu thuật Heller cho nhóm 1, nhóm 2 và nhóm 3 lần lượt là 85,4%, 95,3% và 69,4% [11]. Sự khác biệt về tỷ lệ điều trị thành công của các nhóm co thắt tâm vị cho thấy rằng việc phân nhóm bằng đo áp lực cơ thắt thực quản có thể được sử dụng để xác định phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Ở cơ sở của chúng tôi chưa thực hiện phương

pháp đo áp lực cơ thắt thực quản nên việc phân chia nhóm co thắt thực quản không thực hiện được, đây cũng là một trong những hạn chế của nghiên cứu này.

Vấn đề đánh giá theo dõi tái khám sau phẫu thuật là bước quan trọng để đánh giá hiệu quả của phương pháp điều trị đối với bệnh nhân. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Rawlings, 87% bệnh nhân trong nghiên cứu của ông có cải thiện triệu chứng rõ ràng sau khi thực hiện phẫu thuật Heller nội soi và tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật đạt hiệu quả cao với hơn 90% bệnh nhân có kết quả tốt cùng với chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật được cải thiện [6]. Có khoảng 5% số bệnh nhân sau phẫu thuật có biến chứng cần phẫu thuật lại. Nhiều báo cáo cho thấy rằng điều trị bằng nong bóng thực quản hoặc phẫu thuật lại có tính an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân trong việc cải thiện triệu chứng của bệnh, cũng như tránh được việc phải phẫu thuật cắt thực quản. Nghiên cứu của Yokohama trên 10 bệnh nhân phẫu thuật Heller có triệu chứng tái phát cho thấy việc sử dụng bóng hơi để nong đạt hiệu quả cao đối với những bệnh nhân này, chỉ có một số ít bệnh nhân dẫn lớn thực quản sau nong thất bại mới nên đưa ra chỉ định phẫu thuật cắt thực quản [6]. Nhiều tác giả cho rằng ở thời điểm đánh giá theo dõi, thang điểm Eckardt là cơ sở chủ yếu để đưa ra chỉ định điều trị lại cho bệnh nhân tùy thuộc vào biểu hiện triệu chứng tắc nghẽn thực quản lâm sàng [8], [14], [15], [17]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 11 trường hợp đều được theo dõi và đánh giá tái khám vào tháng thứ 3-6, trong đó có 10 trường hợp có điểm số Eckardt từ 0-3 được đánh giá tốt, có 01 trường hợp hẹp thực quản sau phẫu thuật được tiến hành nong bằng bóng khí 1 lần qua nội soi cho kết quả tốt. Tuy nhiên, vì số lượng bệnh nhân trong lô nghiên cứu còn ít nên kết quả chưa phản ánh đúng bệnh lý, theo chúng tôi thì cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

## 5. KẾT LUẬN

Co thắt tâm vị thực quản là một bệnh lý có tỷ lệ mắc bệnh thấp. Việc chẩn đoán có thể dựa vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh nội soi, Xquang thực quản dạ dày có cản quang, đặc biệt ở những cơ sở chưa ứng dụng kỹ thuật đo áp lực cơ thắt thực quản. Chỉ định điều trị bằng phẫu thuật Heller với tạo van chống trào ngược kiểu Dor qua nội soi cho thấy kết quả tốt. Tuy nhiên, cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá kết quả của phương pháp..

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boeckxstaens GE et al. (2008), "*Achalasia : virus-induced euthanasia of neurons?*", AM J Gastroenterol, 103, pp.1610-1612
2. Boeckxstaens GE (2014), "*Achalasia*", Lancet, 383(9911), pp.83-93.
3. Eckardt VF (1992), "*Predictors of outcome in patients with chalasias treated by pneumatic dilation*", Gastroenterology, pp.1732-1738
4. Gockel I (2012), "*Achalasia – a disease of unknown cause that is often diagnosed too late*", Dtsch Arztebl Int, 109, pp.209-214
5. Hurst A. (1927), "*The treatment of achalasia of the cardia : so-called "cardiospasm"*", Lancet, 1:618.
6. Kumar P (1998), "*Clinical Medicine*", 4<sup>th</sup> ed, Edinburgh, WB Saunders, pp.229-231
7. Lake JM (2006), "*Review article: the management of achalasia – a comparison of different treatment modalities*", Aliment pharmacol Ther, 24, pp.909-918
8. Mouen A., Marcelo F et al. (2019), "*ASGE guideline on the management of achalasia*", Gastrointestinal Endoscopy, Volume 91, Issue 2, pp.213-227.
9. Nassri A, Ramzan Z (2015), "*Pharmacotherapy for the management of achalasia: current status, challenges and future directions*", World J Gastrointestinal Pharmacol Ther, 6(4), pp.145-155.
10. Orla M. O., Brian T. J., Helen G. C. (2013), *Achalasia: A review of clinical diagnosis, epidemiology, treatment and outcome*, World Journal of Gastroenterology, 19 (35), pp.5806-5812
11. Pandolfino J.E. (2008), "*Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry*", Gastroenterology, 135, pp. 1526-1533
12. Parrish C. R. (2016), "*Achalasia and Nutrition: Is it simple physics or biology?*", Nutrition Issues in gastroenterology, Practical Gastroenterology, pp.42-48.
13. Pohl D. (2017), "*Achalasia : an Overview of diagnosis and treatment*", Journal of gastrointestinal and liver disease, 16(3), pp.297-303.
14. Stefadinis D. (2012), "*SAGES guidelines for the surgical treatment of esophageal achalasia*", Surg Endosc, 26(2), pp.296-311.
15. Taft T.H., Carlson D. et al (2018), "*Evaluating the reliability and construct validity of the Eckardt symptom score as a measure of achalasia severity*", Neurogastroenterol Motil, pp.30-32.
16. Vaezi M.F. (2002), "*Timed barium oesophagogram: Better predictor of long term success after pneumatic dilation in achalasia than symptom assessment*", Gut, 50, pp.765-770
17. Wout O. R., Renato S. (2013), "*Outcomes of treatment for Achalasia depend on manometric subtype*", Gastroenterology, 144, pp.718-725.