

tataricus. *J Ethnopharmacol.* 2015;164:328-33.

10. **H. Engler and I. Szelenyi.** Tracheal phenol red secretion: a new method for screening mucosecretolytic compounds. *J Pharmacol Methods.* 1984;151-157.

11. **Wua Y, Jiana T, Han Lv et al** (2018). Antitussive and expectorant properties of growing and fallen leaves of loquat (*Eriobotrya japonica*). *Revista Brasileira de Farmacognosia,* 2(28), 239-242.

12. **Agnero S. M., Pakora G. A., Yéo Dodehe et al** (2016). In Vivo Antitussive Activity of *Chrysophyllum welwitschii* against Ammonia Liquor-Induced Cough in Rats. *International*

*Journal of Science and Research,* 12(7), 1172 – 1174.

13. **Shang X, Wang D, Miao X et al** (2015), Antinociceptive and anti-tussive activities of the ethanol extract of the flowers of *Meconopsis punicea* Maxim, *BMC complement Altern Med,* 15, 154.

14. **Kantar A, Klimek L, Cazan D,** et al. An overview of efficacy and safety of ambroxol for the treatment of acute and chronic respiratory diseases with a special regard to children. *Multidisciplinary Respiratory Medicine.* 2020;15:511.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH CO THẮT TÂM VỊ THEO PHƯƠNG PHÁP HELLER- TOUPET

**NGUYỄN ĐỨC ANH,  
PHẠM ĐỨC HUẤN, NGUYỄN HOÀNG**  
*Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Co thắt tâm vị là bệnh rối loạn vận động của thực quản nguyên phát với tỉ lệ mắc bệnh ở Châu Âu là 0,4- 0,6/100.000 dân. Nguyên nhân gây bệnh được cho là do mất khả năng giãn nở của cơ thắt thực quản dưới do tổn thương đám rối thần kinh nội tạng của thực quản [1]. Đánh giá lâm sàng và chẩn đoán theo thang điểm Eckardt [2], chụp phim X quang lưu thông thực quản [3] và đo áp lực cơ thực quản [4]. Hiện nay, phẫu thuật Heller là phương pháp cơ bản điều trị bệnh co thắt tâm vị, tuy nhiên có làm thủ thuật tạo van chống trào ngược hay không và tạo van theo phương pháp nào là tốt nhất vẫn đang được thảo luận. Từ năm 2015 đến nay, tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật Heller –

*Toupet nội soi điều trị cho 71 bệnh nhân bị bệnh co thắt tâm vị, mang lại nhiều hiệu quả điều trị khả quan.*

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller - Toupet

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu m

ô tả hồi cứu được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/2015 đến 8/2020, gồm 71 bệnh nhân bị co thắt tâm vị được phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller- Toupet.

**Kết quả:** Tỉ lệ mắc bệnh là tương đương giữa hai giới ( $p = 0,722$ ), tuổi mắc bệnh là  $44,93 \pm 13,86$  tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân bị bệnh ở giai đoạn 2 và giai đoạn 3 là 39,4%, thời gian mắc bệnh trung bình là  $67,72 \pm 83,54$  tháng. Thời gian mắc bệnh tỉ lệ thuận với mức độ giãn của thực quản trên X quang ( $p = 0,004$ ). Thời gian phẫu thuật là  $124,37 \pm 27,37$  phút, không có trường hợp nào gặp tai biến trong mổ. Thời gian theo dõi trung bình là  $26,60 \pm 19,18$  tháng. Sau mổ các triệu chứng nuốt nghẹn, đau ngực sau xương ức và gầy sút cân đều giảm hơn sơ với trước mổ ( $p = 0,000$ ,  $p = 0,004$  và  $p = 0,001$ ).

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Anh  
Email: [ducanhnguyen14hmu@gmail.com](mailto:ducanhnguyen14hmu@gmail.com)  
Ngày nhận: 11/9/2020  
Ngày phản biện: 08/10/2020  
Ngày duyệt bài: 21/10/2020

**Kết luận:** Phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller - Toupet là an toàn và điều trị hiệu quả, có tỷ lệ thành công cao, không có tai biến trong mổ, không có trường hợp chuyển mổ mở và không có biến chứng sau mổ.

**Từ khóa:** Co thắt tâm vị, phẫu thuật Heller - Toupet, kết quả phẫu thuật, thang điểm Eckardt, theo dõi xa.

#### SUMMARY

#### RESULTS OF LAPAROSCOPIC HELLER MYOTOMY AND TOUPET FUNDOPLICATION SURGERY FOR ACHALASIA

**Introduction:** Achalasia is a rare primary esophageal motor disorder with an incidence of 0.4 – 0.6/100.000 people. Idiopathic achalasia is characterized by the absence of peristalsis in esophageal body and abnormal relaxation of the lower esophageal sphincter (LES) in response to swallowing. Eckardt symptoms score, barium swallow and High Resolution Manometry are used to make diagnosis of achalasia. Laparoscopic Heller myotomy (LHM) is considered as a gold standard therapy for most achalasia patients, but whether to perform a fundoplication and the best type of fundoplication after LHM remains debated. Between January 2015 and August 2020, 71 consecutive patients with achalasia underwent a LHM with Toupet fundoplication at Viet Duc Hospital university and Hanoi Medical University Hospital, bringing safe, low rate of failure and good long - term outcomes.

**Objectives:** The goal of this study was to evaluate surgical outcomes of laparoscopic Heller - Toupet surgery for achalasia.

**Methodology:** This is a retrospective case series implemented at Viet Duc Hospital University and Hanoi Medical University Hospital between January 2015 and August 2020. In total, 71 patients with achalasia were underwent laparoscopic Heller- Toupet surgery and followed up clinical symptom, Barium swallow and esophageal endoscopy postoperative.

**Results:** The prevalence is equal in men and women ( $p = 0.722$ ). The average age of the cohort was  $44.93 \pm 13.86$  years. The incidence of clinical symptom grade II and III was 39,4%. The mean time interval between the onset of symptoms and the first visit was  $67.72 \pm 83.54$  months. There was a significant correlation between the time clinical symptoms onset and the dilation of esophagus on Barium swallow X-rays ( $p = 0.004$ ). Operative time was  $124.37 \pm 27.37$  min, and there was no intraoperative adverse event. The mean follow-up time was

$26.60 \pm 19.18$  months. According to the Eckardt symptom scoring, the symptoms improved significantly in dysphagia, retrosternal pain and weight loss ( $p = 0.000$ ,  $p = 0.004$  and  $p = 0.001$ , respectively)

**Conclusions:** Laparoscopic Heller- Toupet surgery is safe, low rate of failure, no conversion, and no intra - and postoperative advert event.

**Keywords:** Achalasia, laparoscopic Heller - Toupet surgery, results of surgery, Eckardt symptom scoring, long-term follow-up.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt tâm vị (CTTV) lần đầu tiên được Thomas Willis mô tả năm 1674, là bệnh rối loạn vận động thực quản (TQ) nguyên phát đặc trưng bởi nuốt nghẹn, trào ngược và đau ngực sau xương ức. Nguyên nhân gây bệnh được cho rằng do quá trình đáp ứng viêm của cơ thể khiến mất đi các neuron thần kinh nội tại của TQ, làm cho thực quản mất đi nhu động bình thường. CTTV là bệnh hiếm gặp, tỉ lệ 0,4-0,6/100.00 dân, gặp ở mọi lứa và cả hai giới. Thang điểm Eckardt được dùng để đánh giá triệu chứng lâm sàng CTTV [2], bao gồm nuốt nghẹn, nôn trào ngược, đau ngực sau xương ức và gầy sút cân. Cận lâm sàng CTTV bao gồm chụp phim X quang lưu thông TQ, nội soi TQ và đo áp lực cơ thực quản (High Resolution Manometry). Hiện nay, có 3 phương pháp điều trị CTTV gồm điều trị nội khoa bằng thuốc chẹn kênh Calci, tiêm độc tố Toxin Botulinum (Botox) vào cơ thắt dưới TQ (LES); cắt cơ vòng TQ dưới niêm mạc qua nội soi đường miệng (POEM) hoặc phẫu thuật cắt cơ thắt dưới TQ theo Heller và tạo van chống trào ngược [5]. Ở Việt Nam, đã có những nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi điều trị CTTV theo Heller có hoặc không tạo van chống trào ngược. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả phẫu thuật nội soi theo Heller có tạo van chống trào ngược kiểu Toupet, và việc đánh giá kết quả xa sau mổ còn khá khiêm tốn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu loạt bệnh hồi cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller - Toupet.

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu loạt bệnh hồi cứu được tiến hành tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 8 năm 2020. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: (1) bệnh nhân (BN) được chẩn đoán CTTV dựa trên triệu chứng lâm sàng và các phương pháp thăm dò

chức năng, (2) BN được phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller - Toupet. Biến số nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, triệu chứng khi vào viện, thời gian bị bệnh, kết quả phẫu thuật, kết quả theo dõi xa sau mổ và các yếu tố liên quan. Các thông số được phân tích bằng phần mềm thống

kê SPSS 20.0. Biến liên tục được mô tả dưới dạng TB± SD (CI 95%) và biến rời rạc được mô tả dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Nghiên cứu đã được Hội đồng Khoa học Đại học Y Hà Nội thông qua. Các thông tin nghiên cứu được mã hóa, đảm bảo bí mật.

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 5 năm, đã có 71 BN CTTV được phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller - Toupet tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong đó nam giới chiếm 52,11%. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là 44,93 ± 13,86 tuổi, trẻ nhất là 21 tuổi, già nhất là 78 tuổi. 100% BN nghiên cứu đều gặp phải tình trạng nuốt nghẹn - một trong những triệu chứng thường gặp nhất của CTTV.

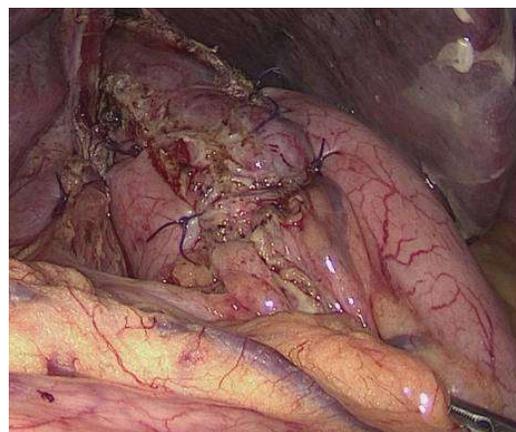
Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, phẫu thuật và hậu phẫu

| Đặc điểm                    | BN có thất tâm vị (n = 71) | Đặc điểm                        | BN có thất tâm vị (n = 71) |
|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Giới                        |                            | Mức độ nặng trên lâm sàng       |                            |
| Nữ                          | 34 (47,9%)                 | Giai đoạn 0                     | 2 (2,8%)                   |
| Nam                         | 37 (52,1%)                 | Giai đoạn 1                     | 41 (57,7%)                 |
| Tuổi (năm)                  |                            | Giai đoạn 2                     | 24 (33,8%)                 |
| X ± SD                      | 44,93 ± 13,86              | Giai đoạn 3                     | 4 (5,6%)                   |
| Min                         | 21                         | Mức độ giãn của TQ trên X quang |                            |
| Max                         | 78                         | Độ I                            | 5 (7,0%)                   |
| Thời gian phẫu thuật (phút) |                            | Độ II                           | 54 (76,1%)                 |
| X ± SD                      | 124,37 ± 27,37             | Độ III                          | 11 (15,5%)                 |
| Min                         | 60                         | Độ IV                           | 1 (1,41%)                  |
| Max                         | 210                        | Hậu phẫu (ngày)                 |                            |
| Chiều dài đường mở cơ (cm)  |                            | Trung tiện                      | 2,93 ± 1,15                |
| Thực quản ngực              | 5,68 ± 1,59                | Rút sonde dạ dày                | 3,94 ± 1,48                |
| Thực quản bụng              | 2,45 ± 0,58                | Cho ăn/ uống                    | 4,65 ± 1,51                |

Trong nghiên cứu này, không có trường hợp nào gặp tai biến trong mổ, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở và không gặp biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 11,32±5,37 ngày, trong đó của nhóm BN điều trị tại BV Đại học Y là 8,65±3,74 ngày, tại BV Việt Đức là 12,60 ± 5,59 ngày (p= 0,003).



Hình 1. Mờ cơ dưới niêm mạc theo Heller  
Nguồn: BN Nguyễn Hải P (BV ĐHY HN 2019)



Hình 2. Tạo van chống trào ngược kiểu Toupet  
Nguồn: BN Giáp Thị T (BV VD 2020)

Bảng 2. Kết quả sau mổ

| Triệu chứng       | Số bệnh nhân | Phân tích số liệu |           |
|-------------------|--------------|-------------------|-----------|
|                   |              | $\bar{X} \pm SD$  | Giá trị p |
| <b>Nuốt nghẹn</b> |              |                   |           |
| Trước mổ          | 71           | 2,87 ± 0,44       | 0,000     |
| Sau mổ            | 45           | 0,98 ± 0,87       |           |
| <b>Trào ngược</b> |              |                   |           |
| Sau mổ            | 45           | 0,29 ± 0,55       |           |
| <b>Đau ngực</b>   |              |                   |           |
| Trước mổ          | 71           | 0,13 ± 0,44       | 0,004     |
| Sau mổ            | 45           | 0,44 ± 0,66       |           |
| <b>Gầy sút</b>    |              |                   |           |
| Trước mổ          | 71           | 0,58 ± 1,13       | 0,001     |
| Sau mổ            | 45           | 0,09 ± 0,47       |           |

Thời gian theo dõi trung bình là 26,60 ± 19,18 tháng, ngắn nhất là 28 ngày và dài nhất là 5,6 năm. Sau khi đánh giá triệu chứng lâm sàng bằng thang điểm Eckardt, tỉ lệ BN bị bệnh ở giai đoạn 0 hoặc 1 là 88,9%, điểm Eckardt đánh giá các triệu chứng nuốt nghẹn, đau ngực sau xương ức và gầy sút cân đều cải thiện so với trước mổ một cách có ý nghĩa lần lượt với p = 0,000, p = 0,004 và p = 0,001.

#### BÀN LUẬN

Triệu chứng thường gặp nhất của BN bị CTTV là nuốt nghẹn, với tỉ lệ 100% BN đến khám đều có triệu chứng này. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu về CTTV trên thế giới cũng như của Việt Nam [6], rằng nuốt nghẹn là triệu chứng nổi trội nhất khiến BN phải đến gặp bác sĩ. Cơ chế của nuốt nghẹn là do cơ thắt dưới TQ (LES) luôn luôn trong trạng thái bị kích thích, do đó làm mất đi các sóng nhu động bình thường của TQ mà thay vào đó là các loại nhu động bất thường (không có nhu động, nhu động dồn dập và nhu động rời rạc) [1]. Mục đích quan trọng nhất mà BN bị CTTV mong muốn sau điều trị là hết nuốt nghẹn, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, sau mổ không chỉ triệu chứng nuốt nghẹn mà còn các triệu chứng khác như đau ngực sau xương ức và gầy sút cân cũng cải thiện đáng kể so với trước mổ, bằng chứng là tỉ lệ BN sau mổ có kết quả tốt (giai đoạn 0 hoặc 1) là xấp xỉ 90% [5].

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu này là ngắn hơn so với một số nghiên cứu tương tự [6,7], cho thấy sự tiến bộ về kĩ thuật cũng như điều kiện trang thiết bị ngày càng được nâng cao là những yếu tố góp phần rút ngắn thời gian cuộc mổ, từ đó làm tăng hiệu quả

điều trị, mang lại lợi ích cho người bệnh cũng như giảm gánh nặng kinh tế y tế. Chúng tôi không gặp bất kì tai biến nào xảy ra trong mổ, hơn nữa sau mổ cũng không gặp biến chứng nào liên quan đến ngoại khoa, cho thấy phẫu thuật Heller- Toupet qua nội soi là phương pháp an toàn, ít tai biến.

Thời gian theo dõi BN sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi khá dài, nhìn chung dài hơn so với một số nghiên cứu ở Việt Nam cũng như trên thế giới [8]. Qua phỏng vấn đánh giá triệu chứng lâm sàng theo thang điểm Eckardt, bên cạnh phần lớn BN có kết quả lâm sàng tốt, còn 3 BN chiếm 4,2% vẫn còn nghẹn bằng hoặc nhiều hơn so với trước mổ, trong đó 2 BN hết nghẹn hoàn toàn sau mổ 2 năm, còn 1 BN sau mổ phát hiện có bất thường mạch máu vùng ngực gây chèn ép TQ. Tuy nhiên, hiện cả 3 BN đều vẫn ăn được cơm, và chưa có ai đi khám để can thiệp lại.

#### KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller - Toupet là an toàn và điều trị hiệu quả, có tỷ lệ thành công cao, không có tai biến trong mổ, không có trường hợp chuyển mổ mở và không có biến chứng sau mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. G. E. Boeckxstaens et al. The Lancet. In: *Achalasia*. Vol 383; 2014:83-93.
2. Laurino-Neto R.M., Herbella F., Schlottmann F., et al. Evaluation of esophageal achalasia: From symptoms to the Chicago classification. *Arq Bras Cir Dig São Paulo*. 2018;31(2). doi:10.1590/0102-672020180001e1376

3. **Abud T.G., Abud L.G., Vilar V.S., et al.** Radiological findings in megaesophagus secondary to Chagas disease: chest X-ray and esophagogram. *Radiol Bras.* 2016;49(6):358-362. doi:10.1590/0100-3984.2015.0141

4. **Carlson D.A., Pandolfino J.E., et al.** High-Resolution Manometry in Clinical Practice. *Gastroenterol & Hepatol.* 2015;11(6):374-384.

5. **Đỗ Trường Sơn.** Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh co thắt tâm vị: Kinh nghiệm qua 10 năm theo dõi tại Khoa Phẫu thuật Tiêu hóa, Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 2014;89(4):77-82.

6. **Perrone J.M., Frisella M.M., Desai K.M., et al.** Results of laparoscopic Heller-

Toupet operation for achalasia. *Surg Endosc.* 2004;18(11):1565-1571. doi:10.1007/s00464-004-8912-z

7. **Mirsharifi A.G et al.** Laparoscopic Heller Myotomy for Achalasia: Experience from a Single Referral Tertiary Center. *Middle East J Dig Dis.* 2019;11(2):90-97. doi:10.15171/mejdd.2018.133

8. **Popoff A.M., Myers J.A., Zelhart M., et al.** Long-term symptom relief and patient satisfaction after Heller myotomy and Toupet fundoplication for achalasia. *Am J Surg.* 2012;203(3):339-342.

doi:10.1016/j.amjsurg.2011.10.003.

## **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG RĂNG HÀM LỚN THỨ NHẤT HÀM DƯỚI VIÊM TỦY KHÔNG HỒI PHỤC ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NỘI NHA CÓ SỬ DỤNG HỆ THỐNG LÈN NHIỆT EQ-V**

**ĐÔN THU HƯƠNG<sup>1</sup>,**

**TRINH THỊ THÁI HÀ<sup>1</sup>, ĐINH DIỆU HỒNG<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội*

<sup>2</sup>*Khoa Y Dược, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội*

### **TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, Xquang răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới viêm tủy không hồi phục.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 35 răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới viêm tủy không hồi phục có chỉ định điều trị nội nha không phẫu thuật của bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có sử dụng hệ thống lèn nhiệt EQ- V. Các đối tượng được thăm khám, điều trị và đánh giá đặc điểm lâm sàng và đặc điểm trên phim XQ cận chóp.

**Kết quả:** Trong tổng số 35 răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới có 19 răng bên trái và 16 răng bên phải. Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu do sâu răng chiếm tỷ lệ 91,43% và 8,57% do chấn thương. Tỷ lệ răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới có 3 ống tủy là 62,86% và có 4 ống tủy là 37,14%. Chân gần đều có 2 ống tủy, chân xa có 1 hoặc 2 ống tủy

**Từ khóa:** Răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới, viêm tủy không hồi phục, đặc điểm lâm sàng, Xquang, hệ thống lèn nhiệt EQ-V.

### **SUMMARY**

**CLINICAL AND RADIOGRAPHICAL FEATURES OF MANDIBULAR FIRST MOLAR DIAGNOSED WITH IRREVERSIBLE PULPITIS, TREATED ENDODONTICALLY USING EQ-V OBTURATION SYSTEM)**

**Objective:** The purpose of this study was to evaluate the clinical, X-ray features of irreversible pulpitis mandibular first molars.

---

Chịu trách nhiệm: Đôn Thu Hương

Email: donhuong159@gmail.com

Ngày nhận: 25/8/2020

Ngày phản biện: 21/9/2020

Ngày duyệt bài: 02/10/2020