

NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ BỆNH CƠ THẮT TÂM VỊ

Trần Bình Giang*

TÓM TẮT

Phẫu thuật nội soi được áp dụng rộng rãi trong điều trị cơ thắt tâm vị và cho kết quả tốt. **Mục đích:** nghiên cứu ứng dụng và đánh giá kết quả phương pháp Heller-Rossetti để điều trị cơ thắt tâm vị. **Đối tượng-phương pháp:** mô tả tiến cứu tất cả những trường hợp cơ thắt tâm vị được điều trị phẫu thuật bằng phương pháp Heller-Rossetti tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 11/2003 đến hết tháng 12/2005. **Kết quả:** có 54 trường hợp nghiên cứu, thời gian mổ trung bình là 103 phút (ngắn nhất 50 phút, dài nhất 300 phút). 100% bệnh nhân hết nghẹn và đỡ nghẹn ngay sau mổ, thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Theo dõi xa trung bình 10 tháng (ít nhất là 3 tháng, nhiều nhất 25 tháng): kết quả tốt và khá là 91,3%, không có tử vong. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng có hiệu quả trong điều trị bệnh cơ thắt tâm vị tại bệnh viện Việt Đức.

ABSTRACT

Background: Laparoscopic operation has good results for treatment cardiospasme. **Purpose:** study application and evaluate results of Heller-Rossetti operation for treatment cardiospasme. **Patients and method:** retrospective review of all patients who was operated by laparoscopic Heller-Rossetti for treatment cardiospasme in Viet Duc hospital from 11/2003 to 12/2005. **Results:** there are 54 cases were collected, the mean operation time was 103 minutes (min 50' max 300'). All patients were free of symptoms postop and hospital stay was 5 days. The mean post-op follow up time was 10 months (3 to 25) with 91,3% patients who have good results and haven't any mortality. **Conclusion:** Laparoscopic Heller-Rossetti operation is a good and safe method in treatment of cardiospasme at Vietduc hospital.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ thắt tâm vị (CTTV) được Thomas Willis mô tả lần đầu năm 1674 và danh từ cơ thắt tâm vị (cardiospasme) được Mickulicz dùng lần đầu tiên năm 1882. Đây là tình trạng bệnh lý của thực quản mà hiện tượng chủ yếu là rối loạn chức năng vận động bình thường của thực quản và tâm vị, cụ thể là sự mất cơ bóp dạng nhu động của thực quản và mất sự giãn nở đồng bộ của cơ thắt tâm vị dẫn tới biểu hiện lâm sàng chủ yếu là nuốt nghẹn.

Năm 1914 Ernest Heller thực hiện lần đầu tiên phẫu thuật mở cơ thực quản ngoài niêm mạc nguyên thủy với 2 đường mở đối xứng ở 2 bên thực quản và tới năm 1923 một phẫu thuật viên Hà Lan mô tả kỹ thuật mở một đường trước thực quản vẫn thường được áp dụng ngày nay. Phẫu thuật này tuy kết quả ngay sau mổ rất tốt nhưng lâu dài có những biến chứng xảy ra do viêm thực quản trào ngược nên đã có nhiều tác giả đề xuất các phương pháp chống trào ngược kết hợp với phẫu thuật mở cơ thực quản. Trong số đó phẫu thuật tạo van chống trào ngược toàn bộ hàng phình vị lớn do Nissen đề xướng năm 1957 và sau đó là phương pháp cải tiến do học trò của ông là Rossetti đưa ra đã được nhiều tác giả áp dụng có kết quả tốt.

Tại bệnh viện Việt Đức phẫu thuật soi ổ bụng đã được thực hiện có kết quả cho 20 loại phẫu thuật khác nhau từ tháng 11/1993 trong đó có phẫu thuật Heller-Rossetti.

*Khoa phẫu thuật cấp cứu bụng, bệnh viện Việt Đức

Trong nghiên cứu này chúng tôi lập hợp những bệnh nhân được chẩn đoán là CTTV và được mổ điều trị bệnh bằng phương pháp Heller-Rossetti qua soi ổ bụng ở bệnh viện Việt Đức nhằm nghiên cứu, ứng dụng và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp trong thực tế.

II- ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: bao gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định CTTV bằng lâm sàng, chụp thực quản có uống thuốc cản quang và nội soi ống mềm thực quản dạ dày, điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại khoa phẫu thuật cấp cứu bụng bệnh viện Việt Đức 11/1993 đến 12/2005.

2. Phương pháp: nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Phương tiện mổ: là hệ thống soi ổ bụng phẫu thuật đồng bộ của hãng Kaln Storz, Đức.

Kỹ thuật mổ: là kỹ thuật mở cơ thực quản tâm vị ngoài niêm mạc một đường ở mặt trước thực quản có kèm theo phẫu thuật chống trào ngược. Đường mở cơ dài 6 cm, trong đó 4 cm ở trên thực quản và 2 cm ở dưới dạ dày. Kỹ thuật tạo van chống trào ngược thực hiện theo phương pháp Rossetti với van toàn bộ che phủ toàn bộ đường mở cơ, không cắt các mạch ngấn của phình vị lớn dạ dày.

Cuộc mổ được thực hiện với gây mê nội khí quản. Bệnh nhân được đặt ở tư thế nằm ngửa, đầu cao 20-30 độ, 2 chân dạng khoảng 90°, đặt một ống thông cỡ 26 Fr qua thực quản vào dạ dày để làm cổ tạo van chống trào ngược. Phẫu thuật viên đứng giữa 2 chân bệnh nhân. Người cầm camera đứng bên phải bệnh nhân. Người phụ và người đưa dụng cụ đứng bên trái bệnh nhân. Hai màn hình, màn

hình chính và các thiết bị trên xe đẩy đặt ngang vị trí vai trái của bệnh nhân. Màn hình phụ đặt bên phải ngang mức màn hình chính. Bơm khí CO₂ ổ bụng bằng phương pháp bơm hơi mở kiểu Hasson, áp lực khí trong ổ bụng duy trì ở mức độ 12 mmHg. Thông thường đặt 4 trocar. Trocart đầu tiên 10 mm dùng cho ống soi 10 mm nghiêng 30 độ đặt ở cạnh rốn. Trocart 10 mm thứ 2 đặt bên phải mũi ức dành cho que gạt để vén dây chằng tròn và nâng gan trái bộc lộ mặt trước dạ dày và tâm vị. Hai trocar để thao tác: trocar 5 mm đặt ở trên đường vú bên phải cách bờ sườn 5 cm và trocar 10 mm ở đường nách trước trái ngang rốn.

Thì I: phẫu thuật Heller Mở phúc mạc mặt trước trước thực quản bụng chỗ dính vào chân cơ hoành để bộc lộ đoạn thực quản bụng trên một đoạn dài 5 cm từ tâm vị. Mở phúc mạc ngang suốt chiều rộng của mặt trước tâm vị để lộ lớp cơ. Đường mở cơ được bắt đầu trên thực quản, ở ngay bên trái của dây thần kinh 10 trước. Dùng móc điện đầu tù (hook) để mở cơ, qua lớp cơ dọc, cắt từng thớ cho tới lớp dưới niêm mạc thì dừng lại. Tiếp tục đi dọc lên trên cho tới khi cách tâm vị khoảng 4 cm. Phía dưới đường mở cơ đi quá tâm vị khoảng 2cm. Sau khi kết thúc mở cơ người gây mê bơm phồng dạ dày qua ống thông để kiểm tra qua ống soi trong ổ bụng xem còn sợi cơ nào chưa cắt đứt hết, mặt trước thực quản và tâm vị chắc chắn chỉ còn lớp niêm mạc và không có lỗ thủng.

Thì II: phẫu thuật Nissen-Rossetti

+ Tạo đường hầm sau thực quản: Mở cửa sổ ở phần vô mạch của mạc nối nhỏ, tìm vào mặt trước trụ hoành phải, mở phúc mạc dọc theo mặt trước trụ hoành phải, phẫu tích xuống dưới khi thấy chân chữ V giữa trụ hoành phải và trái thì đi dọc lên theo mặt

trước trụ hoành trái tới mặt sau thực quản. Bấm sát mặt sau thực quản, phẫu tích vào khoảng tổ chức lỏng lẻo trước 2 trụ hoành đi sang trái. Sau khi tới bờ trái trụ hoành trái sẽ nhìn thấy một phần phình vị lớn qua màng mỏng phúc mạc. Đục thủng qua phúc mạc, phẫu tích rộng rãi để tạo ra một khoảng trống cho tới khi dùng kẹp phẫu tích đầu tù kéo thử nhẹ nhàng thấy có thể dễ dàng kéo phình vị lớn qua lỗ hồng này sang bên phải mà không gặp trở ngại gì.

+ Tạo van: trước hết khâu bằng một mũi chỉ không tiêu (số 2.0) khép khoảng giữa hai cột trụ hoành. Đưa một kẹp không chấn thương luôn vào khoảng trống sau thực quản kéo nhẹ nhàng một phần phình vị lớn qua mặt sau thực quản sang bên phải thực quản. Mũi khâu đầu tiên giữa phần phình vị lớn bên phải với mặt trước của phình vị lớn bên trái thực quản sao cho phần phình vị lớn dạ dày ôm quanh thực quản không quá chặt cũng không quá rộng. Thường cần khâu khoảng 3-4 mũi chỉ không tiêu để tạo ra được đoạn ống bằng phình vị lớn dài khoảng 3-4 cm bọc quanh thực quản. Để xác định chính xác độ rộng của van, đặt trong lòng thực quản ống thông có kích thước 26 Fr làm chuẩn. Phía trên van được cố định vào chân cơ hoành trái. Phía dưới khâu một mũi cố định vào bên phải dạ dày. Kiểm tra toàn bộ ổ bụng sau đó tháo hơi, rút bỏ các trocar và đóng lại các lỗ.

Sau khi mổ bệnh nhân được rút ống thông dạ dày sau 24 giờ và cho uống nước kiểm tra và sau đó kiểm tra bằng chụp lưu thông thực quản có uống thuốc cản quang rồi cho ăn chế độ từ lỏng chuyển sang đặc.

Sau khi ra viện, bệnh nhân được yêu cầu trở lại khám sau 3 -6 tháng để đánh giá kết quả bằng khám lâm sàng, chụp lưu thông thực quản có uống thuốc cản quang, soi thực

quản dạ dày hoặc trở lại bất cứ khi nào có biểu hiện bất thường.

Đánh giá kết quả:

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả ngay sau mổ:

+ Tốt: Bệnh nhân hết nghẹn ngay sau mổ, ăn uống bình thường, không có tai biến biến chứng.

+ Khá: Bệnh nhân có biến chứng nhẹ sau mổ như tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi.. không cần can thiệp phẫu thuật lại.

+ Xấu: có biến chứng nặng cần can thiệp phẫu thuật.

Tiêu chuẩn đánh giá hình ảnh XQ:

+ Tốt: Thực quản nhỏ lại, có túi hơi dạ dày, lưu thông qua tâm vị tốt, không có trào ngược.

+ Khá: Thực quản còn giãn ít, có túi hơi dạ dày, lưu thông qua tâm vị chậm, không có trào ngược.

+ Xấu: Thực quản không thay đổi so với trước mổ, tâm vị hẹp rõ, lưu thông rất khó, không có túi hơi dạ dày, có thể có trào ngược.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả xa:

+ Tốt: trên lâm sàng bệnh nhân hết nghẹn, lên cân, không có dấu hiệu bông, rát đau sau xương ức. Chụp lưu thông thực quản tốt, không có trào ngược. Soi thực quản dạ dày không có ứ đọng thức ăn, không có viêm trào ngược.

+ Khá: Bệnh nhân thỉnh thoảng có nghẹn hoặc nuốt vướng, có lên cân. Chụp thực quản không có ứ đọng thức ăn, thuốc lưu thông chậm, không có trào ngược. Soi thực quản dạ dày không có ứ đọng thức ăn, không có viêm do trào ngược.

+ Xấu: Bệnh nhân nghẹn liên tục, không tăng cân hay sụt cân đau rát sau xương ức. Chụp thực quản thấy thực quản giãn, có ứ đọng, lưu thông khó, có thể thấy trào ngược. Soi thực quản thấy ứ đọng và viêm do trào ngược.

III- KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 11/1993 đến 12/2005 có 54 bệnh nhân bị co thắt tâm vị được mổ nội soi tại bệnh viện Việt Đức trong đó nam 18, nữ 36, tuổi trung bình là 36, tuổi lớn nhất 68 và thấp nhất 12.

Chẩn đoán bệnh co thắt tâm vị:

- Triệu chứng lâm sàng: 100% nuốt nghẹn với thời gian trung bình là 55.2 tháng, ngắn nhất là 4 tháng và nhiều nhất 20 năm.

- Tất cả bệnh nhân đều được xác định chẩn đoán bằng chụp thực quản dạ dày có uống thuốc cản quang (baryte) cho thấy hình ảnh điển hình của co thắt tâm vị. Soi thực quản dạ dày bằng ống soi mềm thấy có chít hẹp ở lỗ tâm vị nhưng loại trừ u vùng thực quản tâm vị.

Diễn biến trong mổ:

- Thời gian mổ: là thời gian được tính từ khi bắt đầu bơm hơi vào ổ bụng đến khi tháo hơi đóng các lỗ. Trung bình là 103 phút, ngắn nhất 50 phút, dài nhất 5h.

Phương pháp mổ: Tất cả bệnh nhân đều được mổ theo phương pháp mở cơ tâm vị ngoài niêm mạc (Heller) và kết hợp với phương pháp chống trào ngược kiểu Rossetti.

Tai biến trong mổ:

- Thủng màng phổi trái : 1, tai biến này được xử trí hút khí và khâu màng phổi ngay trong mổ, không phải chuyển mổ mở.

- Thủng thực quản: 4 trường hợp được khâu qua nội soi, không phải mở bụng.

- Không có trường hợp nào chảy máu, tử vong trong mổ, không có trường hợp nào phải chuyển mổ bụng.

Đánh giá kết quả gần ngay sau mổ:

- Hết nghẹn ngay sau mổ: bệnh nhân được uống nước ngay ngày đầu sau mổ, 47/52 bệnh nhân hết nghẹn tỷ lệ 90,4%. 5

bệnh nhân còn nghẹn nhưng đỡ hơn so với trước tỷ lệ 9,6%.

- Chụp lưu thông thực quản từ ngày thứ 3 sau mổ, thuốc xuống dạ dày tốt ở 34 bệnh nhân tỷ lệ 65,4%, thuốc có xuống nhưng chậm ở 16 bệnh nhân tỷ lệ 30,7%, thuốc không xuống dạ dày ở 2 bệnh nhân tỷ lệ 3,9%.

- 1 trường hợp tràn khí dưới da, tự hết sau mổ.

- Chúng tôi không gặp trường hợp nào biến chứng hoặc chết trong thời gian hậu phẫu.

- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5 ± 4 ngày, bệnh nhân nằm viện ngắn nhất 2 ngày, dài nhất 27 ngày.

Đánh giá kết quả xa sau mổ: Chúng tôi mời về kiểm tra được 35 bệnh nhân.

- Kết quả tốt: 22/35 tỉ lệ 62,8%

- Kết quả khá 10/35 tỉ lệ 28,5%, những bệnh nhân này thỉnh thoảng còn nghẹn nhưng so với trước đã đỡ hơn nhiều, lên cân tốt.

- 3 trường hợp nghẹn như trước mổ, tỉ lệ 8,7%, 3 bệnh nhân này đã được chuyển nong thực quản.

IV- BÀN LUẬN

Phẫu thuật Heller kinh điển đã được chấp nhận là phương pháp tốt nhất để điều trị bệnh co thắt tâm vị. Tuy nhiên mặc dù kết quả ngay sau mổ rất tốt, theo dõi lâu dài thấy sau một thời gian một số bệnh nhân xuất hiện các triệu chứng bồng rát sau xương rồi dẫn tới nuốt nghẹn trở lại. nguyên nhân là do phẫu thuật mở cơ đã làm mất đi cơ chế van chống trào ngược làm tỷ lệ viêm thực quản do trào ngược khá cao. Tại bệnh viện Việt Đức, theo dõi sau mổ phẫu thuật Heller đơn thuần Đặng Hanh Đệ (1) có 23.5% kết quả xấu, tỷ lệ này của Phạm Đức Huân (2) là 18%. Mauroux (3)

và cộng sự thấy tỷ lệ xấu tăng theo thời gian, trong năm đầu là 9%, sau 5 năm 11,7% và sau 10 năm là 14%. Vì vậy hầu hết các tác giả đều thống nhất sự cần thiết làm van chống trào ngược phổi hợp.

Với sự phát triển của kỹ thuật mổ qua nội soi, phẫu thuật Heller đã nhanh chóng được chấp nhận. Các kết quả của nhiều nghiên cứu cho tới nay đều cho thấy kết quả của phẫu thuật qua nội soi tương đương với phẫu thuật mở. Stewart và cộng sự so sánh kết quả mổ nội soi với mổ mở thấy mổ Heller Nissen qua soi ổ bụng có kết quả tốt hơn về việc làm hết nuốt nghẹn và ngăn ngừa cảm giác bỏng rát do trào ngược so với mổ mở cơ thực quản qua đường ngực. Patti (9) và cộng sự cũng nhận xét đường mổ cơ thực quản qua lồng ngực có tác dụng tốt trong loại trừ nuốt nghẹn nhưng mổ nội soi mở cơ qua đường bụng có kèm theo van chống trào ngược có tác dụng ngăn biến chứng trào ngược sau này tốt hơn và nếu trước mổ đã có trào ngược thì sẽ sửa chữa được ngay trong mổ.

Kết quả trong nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng có hiệu quả tại bệnh viện Việt Đức. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi tương tự với một số tác giả khác. Patti và cộng sự (9) mổ trung bình 173 + 42 phút. So với mổ mở thời gian mổ qua soi ổ bụng cũng không dài hơn (4,5). Trong số bệnh nhân của chúng tôi có 5 biến chứng trong mổ (một thủng màng phổi trái và bốn thủng thực quản, và 1 trường hợp tràn khí dưới da) đều được xử lý tốt qua nội soi, không có trường hợp nào chuyển sang mổ mở hay có biến chứng sau mổ, trường hợp tràn khí dưới da tự hết sau mổ. Đối với tràn khí màng phổi trong mổ nội soi do lỗ thủng nhỏ, phát hiện ngay và khí CO₂ rất dễ hấp thu qua

màng phổi nên chỉ cần hút khí, khâu kín lỗ thủng là đủ. Thủng niêm mạc thực quản là tai biến nguy hiểm xảy ra do cắt hoặc đốt vào lớp niêm mạc, cũng có thể do xé rách khi thao tác thô bạo hoặc bơm hơi quá căng. Để tránh tai biến này, kỹ năng mổ xẻ của phẫu thuật viên là rất quan trọng. Đặc biệt kỹ thuật mở cơ ngoài niêm mạc đòi hỏi thao tác rất nhẹ nhàng và tỷ mỉ. Cả 3 tai biến đều gặp ở những trường hợp đầu tiên khi phẫu thuật viên chưa quen với kỹ thuật. Khi phát hiện ngay trong mổ và xử trí đúng phương pháp thì ít nguy cơ gây ra biến chứng nặng. Những trường hợp thủng niêm mạc thực quản của chúng tôi được phát hiện ngay trong mổ vì có dịch tiêu hoá trào ra, và được xử lý khâu niêm mạc thực quản với chỉ tiêu chem. 5/0 và tạo van Rossetti toàn bộ che phủ toàn bộ chỗ khâu (5,6).

Để chống trào ngược, có nhiều phương pháp được áp dụng trong đó phương pháp tạo van chống trào ngược của Nissen đã chứng minh được tác dụng tốt quá thử thách thời gian. Do phương pháp Nissen nguyên thủy đòi hỏi giải phóng bờ cong lớn dạ dày vùng phình vị lớn bằng cắt các mạch ngấn nên thời gian mổ khá kéo dài và có một số tai biến như thủng phình vị lớn, vỡ lách đã được ghi nhận. Sau này Rossetti, một học trò của Nissen đã cải tiến phương pháp tạo van của thầy mình bằng cách tạo van không giải phóng phình vị lớn, không cắt các mạch ngấn. Chúng tôi lựa chọn phương pháp tạo van toàn bộ chống trào ngược kiểu Rossetti trước hết là do phương pháp này đã chứng minh được tính hiệu quả qua nghiên cứu của nhiều tác giả (5,8,9). Hơn nữa loại van toàn bộ này thích hợp hơn để tạo cơ chế chống trào ngược khi kết hợp với phẫu thuật mở cơ

mặt trước thực quản vì khi làm phẫu thuật Heller đã cắt cơ thắt dưới thực quản. Ngoài ra van toàn bộ che phủ đường mở cơ nên có tác dụng chống xơ dính. Một trong những ưu thế của phương pháp tạo van toàn bộ là phần phình vị tạo van sẽ che phủ tốt chỗ khâu niêm mạc trong trường hợp xảy ra thủng niêm mạc thực quản trong quá trình mở cơ, đây là một tai biến thường gặp trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 4/54 trường hợp. Patti (9,10) gặp thủng niêm mạc thực quản trong 6/133 trường hợp, tất cả cũng đều được xử lý qua nội soi. Nguyễn Anh Tuấn trong mổ mở gặp ở 10,3% trường hợp. Các biến chứng khác của phẫu thuật Nissen như thủng phình vị lớn gây ra áp xe dưới hoành, vỡ lách, tràn mủ màng phổi... đã được các tác giả khác mô tả chúng tôi không gặp.

Về mặt kỹ thuật trong thì phẫu thuật Heller chúng tôi áp dụng đường mở cơ 6 cm, 4 ở trên và 2 ở dưới tâm vị. A. Alves và cộng sự so sánh 2 nhóm bệnh nhân có đường mở cơ khác nhau thấy rằng tỉ lệ nghẹn lại cao hơn ở nhóm bệnh nhân có đường mở cơ ngắn hơn. Trong thì tạo van, thời gian đầu do không có các ống thông chuyên dùng cỡ lớn như các tác giả khác, chúng tôi dùng một ống thông dạ dày cỡ 18 F đưa vào dạ dày trước, ống này cũng dùng để bơm phồng dạ dày kiểm tra đường mở cơ trong mổ, sau đó tạo van xung quanh thực quản sao cho van ôm xung quanh thực quản mà có thể luồn một thân kẹp phẫu tích dễ dàng giữa thực quản và van là được. Những ca mổ gần đây chúng tôi đã có ống thông 26 Fr làm cỡ để tạo van nên những ca mổ gần đây đều cho kết quả tốt. Van được khâu bằng chỉ không tiêu. Để tránh biến chứng do van tụt xuống thấp, chúng tôi van cố định vào chân hoành trái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có biến chứng và tử vong sau mổ. Trường hợp còn nuốt nghẹn sau mổ là do van quá chặt, 3 bệnh nhân này đã được hện nong TQ qua nội soi.

Kết quả ngay sau mổ cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày, rút ngắn hơn so với mổ mở. Càng gần đây khi đã quen với phẫu thuật thì thời gian nằm viện sau mổ càng rút ngắn, thông thường chỉ từ 2-3 ngày. Patti (9) chỉ còn cho bệnh nhân nằm viện trong 48 giờ sau mổ và trở lại hoạt động bình thường sau 10-14 ngày.

Mặc dù thời gian theo dõi sau mổ còn ngắn nhưng chúng tôi chỉ gặp 3 trường hợp có nuốt nghẹn sau mổ 3 tháng có lẽ do van hơi quá chặt. Chúng tôi vẫn đang tiếp tục theo dõi tiếp, nhất là biến chứng viêm thực quản trào ngược. Các thống kê theo dõi số lớn bệnh nhân và lâu dài cho kết quả tốt khoảng 90% trường hợp cả mổ nội soi và mổ mở.

IV- KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đã được ứng dụng có hiệu quả trong điều trị bệnh cơ thắt tâm vị bằng kỹ thuật Heller-Rossetti với kết quả tốt ngay sau mổ, không có tử vong.

Phẫu thuật Heller-Rossetti qua soi ổ bụng là phẫu thuật nhẹ nhàng, ít tai biến nặng, biến chứng nặng. Tai biến nặng là thủng niêm mạc thực quản và thủng màng phổi gây tràn khí màng phổi. Xử trí những tai biến này đơn giản đối với thủng niêm mạc thực quản chỉ cần khâu lại và làm van Nissen-Rossetti che phủ là đủ, đối với thủng màng phổi chỉ cần hút khí và khâu màng phổi là đủ.

Phẫu thuật Heller-Rossetti qua soi ổ bụng đã rút ngắn được thời gian nằm viện, trả lại sức lao động sớm cho bệnh nhân. Kỹ thuật

này cần được nghiên cứu tiếp tục để áp dụng rộng rãi trong thực tế lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hạnh Đệ.** Nhận xét điều trị cơ thắt tâm vị bằng phương pháp Heller. Ngoại khoa 1961, 1, 27.
2. **Phạm Đức Huân.** Kết quả phẫu thuật Heller trong điều trị bệnh cơ thắt tâm vị. Luận văn tốt nghiệp BS nội trú. Hà Nội 1985.
3. **Nguyễn Anh Tuấn.** Phẫu thuật Heller - Nissen trong điều trị bệnh cơ thắt tâm vị. Luận án tốt nghiệp BS chuyên khoa cấp II. Hà Nội 1996.
4. **Trần Bình Giang.** Phẫu thuật Heller-Rossetti qua soi ổ bụng trong điều trị bệnh cơ thắt tâm vị. Báo cáo hội nghị ngoại khoa 2002.
5. **Lê Việt Khánh.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Heller - Nissen - Rossetti qua soi ổ bụng điều trị bệnh cơ thắt tâm vị.
6. **С.Ф. Кириакиди, А.В. Ботов.** (2001): Выбор способа фундопликации при лапароскопической эзофагокардиомиотомии для лечения ахалазии. Эндоскопическая хирургия №1 2001.
7. **Hunter JG, Richardson WS.** Surgical management of achalasia. Sur Clin North Am 1997, 5, 993-1015.
8. **Katkhouda N, Mouiel J.** Laparoscopic Rossetti fundoplication for treatment of gastroesophageal reflux. Principle of laparoscopic surgery. Masson edit, 1997, 243-246.
9. **Patti MG, Pellegrini CA, Horgan S, Arcetio M.** Minimally invasive surgery for achalasia. Ann of Surg, 1999, 4, 587-594.
10. **M.G.Patti, C.V. Feo, U. Diener, A. Tamburini, M. Arcerito, B. Safadi, L.W. Way** (1999): Laparoscopic Heller myotomy relieves dysphagia in achalasia when the esophagus is dilated. Surgical Endoscopy 13: 843-847.