

nghiên cứu đạt kết quả liền thương đóng kín tốt chiếm 90%. Hầu hết trong tuần đầu sau phẫu thuật không có biến chứng chiếm 86,67%. Chỉ có 1 trường hợp có hình thể lưỡi gà không rõ ràng (chiếm 3,33%), 1 trường hợp lưỡi gà chẻ đôi (chiếm 3,33%). Tỷ lệ không có biến chứng tại thời điểm khám lại đạt 93,34%. Trẻ có cải thiện khả năng phát âm nhưng tỷ lệ ngưng vẫn chiếm 40% Đánh giá khả năng ăn nhai sau 6 tháng cũng được cải thiện nhưng chưa rõ rệt, đạt hơn 83,33% trẻ nhai tốt và chỉ có 1 trường hợp là trẻ không nhai được (3,33%) sau 6 tháng. Phần lớn trẻ cảm thấy tự tin, hòa đồng hơn để hòa nhập với cộng đồng mặc dù vẫn còn một số rào cản trong quá trình hòa nhập cộng đồng. Seo liền tốt, seo thẩm mỹ dấu sẹo tốt có cải thiện rõ rệt. Đa số các BN hài lòng với tình trạng vòm miệng sau phẫu thuật chiếm 93,34%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Ninh, Lê Thị Hòa, Vũ Đình Tuyên. Kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi một bên tại bệnh viện trung ương thái nguyên. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;501(2). doi:10.51298/vmj.v501i2.490
2. Nghiên cứu cấy ghép implant ở bệnh nhân đã cấy ghép xương hàm sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi và vòm miệng toàn bộ. Luận Văn Y Học. Published October 24, 2018. Accessed May 24, 2023. <https://luanvanyhoc.com/nghien-cuu-cay-ghiep-implant-o-benh-nhan-da-cay-ghiep-xuong-ham-sau-phau-thuat-tao-hinh-khe-ho-moi-va-vom-mieng-toan-bo/>
3. Makarabhirom K, Prathanee B, Uppanasak N, Chowchuen B, Sampanthawong T. Cleft Speech Type Characteristics in Patients with Cleft Lip/Palate in Lao PDR. J Med Assoc Thai. 2017;100(8):9.
4. Vyas T, Gupta P, Kumar S, Gupta R, Gupta T, Singh HP. Cleft of lip and palate: A review. J Fam Med Prim Care. 2020;9(6):2621-2625. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_472_20
5. Berkowitz S. (2006), "Lip an Palate Sugery", Cleft Lip and Palate, Springer, Chapter 15, p316 - 351.
6. Howard Aduss (1967), "The Nasal Cavity in Complete Unilateral Cleft Lip an Palate", American Cleft lip and Palate, Vol 85, p53-61.
7. Shetty PN, Chauhan J, Patil M, Aggarwal N, Rao D. Chapter "Cleft Lip" in the textbook "Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician." In: ; 2021: 1593-1631. doi:10.1007/978-981-15-1346-6_72
8. Nghiên cứu tình trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên. Accessed May 24, 2023. <https://www.slideshare.net/susubui/nghien-cuu-tinh-trang-lech-lac-khop-can-va-nhu-cau-dieu-tri-chinh-nha-cua-sinh-vien>
9. Tatum S, Senders C. Perspectives on palatoplasty. Facial Plast Surg FPS. 1993;9(3): 225-231. doi:10.1055/s-2008-1064617
10. Rohrich RJ, Love EJ, Byrd HS, Johns DF. Optimal timing of cleft palate closure. Plast Reconstr Surg. 2000;106(2):413-421; quiz 422; discussion 423-425. doi:10.1097/00006534-200008000-00026

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CO THẮT TÂM VỊ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Thủy¹, Nguyễn Văn Hương¹, Phạm Văn Duyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân co thắt tâm vị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu cho 39 bệnh nhân được chẩn đoán là co thắt tâm vị và được phẫu thuật nội soi mở cơ thực quản theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor từ tháng 9/2020 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 49,03±16,65 tuổi, nam 12 bệnh nhân (BN) chiếm 30,8% và nữ 27BN(69,2%), tỷ lệ nam/nữ: 0,44. Đa số bệnh nhân vào viện vì lý do nuốt nghẹn (66,7%), nôn

ói (17,9%), chỉ số khối cơ thể BMI trung bình 19,29±2,61 kg/m², ASA1 chiếm 84,6%, có 23,1% có tiền sử can thiệp trước mổ. Triệu chứng lâm sàng phổ biến là nuốt nghẹn (100%), nôn ói (100%), đau ngực (82,1%), sút cân (89,7%). Phân loại giai đoạn theo thang điểm Eckardt ở giai đoạn I, II và III có tỷ lệ lần lượt là (2,6%), (25,6) và (71,8%). Phân độ giãn thực quản trên phim X-quang chủ yếu ở độ I và II là (33,3%) và (43,6%). Hình dáng thực quản sigma chiếm (20,5%), hình thẳng (79,5%). Nội soi thực quản giãn (79,5%), ứ đọng dịch và thức ăn (71,8%), đường kính ngang trung bình trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) là 4,23 ±1,78cm, và 87,2% có hẹp tâm vị trên phim chụp CLVT lồng ngực. **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân co thắt tâm vị trong nghiên cứu chủ yếu là nuốt nghẹn, nôn ói/trào ngược, đau ngực và sụt cân với tỷ lệ lần lượt là 100%, 100%, 82,1% và 89,7%. Tỷ lệ thực quản hình thẳng trên X-quang chiếm 79,5%. Nội soi thấy thực quản giãn chiếm 79,5%. **Từ khóa:** Co thắt tâm vị, rối loạn vận động thực quản, phẫu thuật nội soi Heller, tạo van chống trào ngược kiểu Dor.

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

²Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thủy

Email: nguyenvanthuy2510@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF ACHALASIA PATIENTS AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with esophageal achalasia at Nghe An Friendship General Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was performed on 39 patients diagnosed with achalasia and underwent laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication from September 2020 to August 2024. **Results:** The mean age was 49.03 ± 16.65 years, 12 male patients (30.8%) and 27 female patients (69.2%), male/female ratio was 0.44. The majority of hospitalizations were due to dysphagia (66.7%) and vomiting (17.9%). The average body mass index (BMI) was 19.29 ± 2.61 kg/m², ASA-I accounted for 84.6%, 23.1% had a history of preoperative intervention. Common clinical symptoms were dysphagia (100%), vomiting/regurgitation (100%), chest pain (82.1%), and weight loss (89.7%). Stage classification according to the Eckardt Score in stages I, II and III had rates of (2.6%), (25.6%), and (71.8%), respectively. The X-ray classification of esophageal dilatation was mainly at grade I (33.3%) and II (43.6%). The shape of the esophagus was sigmoid in 20.5% of cases and straight in 79.5%. Endoscopy showed dilatation of the esophagus in 79.5% of patients, fluid and food retention in 71.8%. The average transverse diameter on computed tomography (CT) scans was 4.23 ± 1.78 cm, and 87.2% showed lower esophageal sphincter (LES) narrowing on thoracic CT scans. **Conclusion:** The clinical symptoms in patients with achalasia in the study were mainly dysphagia, vomiting/regurgitation, chest pain and weight loss with the rates of 100%, 100%, 82.1% and 89.7%, respectively. The rate of straight-shaped esophagus on X-ray accounted for 79.5%. Endoscopy showed esophageal dilatation in 79.5% of patients. **Keywords:** Achalasia, esophageal motility disorders, Heller myotomy, Dor fundoplication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt tâm vị (Achalasia) là bệnh do rối loạn vận động nguyên phát có nguyên nhân chưa rõ, đặc trưng bởi tình trạng mất nhu động thực quản và suy yếu khả năng giãn của cơ thắt thực quản dưới (LES). Tỷ lệ 0,7-1,6/100.000 người, thường gặp ở lứa tuổi 20-40, nữ nhiều hơn nam [1], [2], nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh vẫn chưa được xác định chắc chắn. Co thắt tâm vị (CTTV) là bệnh diễn biến âm thầm, triệu chứng không đa dạng và không đặc hiệu, thường được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý thực quản dạ dày khác. Nếu không điều trị sớm sẽ gây nên hậu quả nặng nề cho bệnh nhân như viêm phổi hít sặc, suy dinh dưỡng nặng, viêm loét thực quản... [2]. Để cung cấp thêm các bằng chứng cho chẩn đoán bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên

cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân co thắt tâm vị điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 39 bệnh nhân được chẩn đoán xác định co thắt tâm vị và được phẫu thuật nội soi theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 9/2020 đến 9/2024, có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Thu thập các thông tin về tuổi giới, BMI, điểm ASA, lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng (nuốt nghẹn, nôn ói, đau ngực, sút cân), điểm Eckardt, biểu hiện trên X-quang thực quản dạ dày có nuốt thuốc cản quang, nội soi thực quản dạ dày, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực.

Bảng 2.1. Thang điểm Eckardt [3]

Triệu chứng	Tính điểm			
	0	1	2	3
Khó nuốt	Không	Có từng lúc	Có hàng ngày	Có trong bữa ăn
Nôn trở	Không	Có từng lúc	Có hàng ngày	Có trong bữa ăn
Đau ngực	Không	Có từng lúc	Có hàng ngày	Có trong bữa ăn
Sụt cân (kg)	0	< 5	5-10	>10

Phân chia giai đoạn theo tổng số điểm: Điểm từ 0-1 tương ứng với giai đoạn lâm sàng 0, 2-3 tương ứng với giai đoạn I, 4-6 tương ứng với giai đoạn II và điểm >6 tương ứng với giai đoạn III [3].

Xử lý số liệu: Tất cả các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, sử dụng các thuật toán thống kê để tính các giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm. Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (X ± SD). Biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		n	Tỷ lệ %
Tuổi	TB ± SD (min-max)	49,03 ± 16,65	(19-81)
	≤20 tuổi	1	2,6
	21-40 tuổi	12	30,8
	41-60 tuổi	14	35,9
	>60 tuổi	12	30,8
Giới tính	Nam	12	30,8
	Nữ	27	69,2

Tuổi trung bình là 49,03±16,65 tuổi, nhỏ

tuổi nhất là 19 tuổi và cao tuổi nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-60 tuổi chiếm 35,9%, nhóm 21-40 tuổi là 30,8% và trên 60 tuổi chiếm 30,8%, dưới 20 tuổi có 2,6%. Nữ giới chiếm 69,2% và nam giới chiếm 30,8%, tỷ lệ nam/nữ là 0,44.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng toàn thân

Đặc điểm lâm sàng toàn thân	n	Tỷ lệ %
BMI (kg/m ²): Trung bình ± SD (min-max)	19,29 ± 2,61 (12,07-23,73)	
ASA		
ASA1	33	84,6
ASA2	6	15,4
ASA3	0	0
Tiền sử bệnh lý kèm theo		
Viêm dạ dày	30	76,9
Hen phế quản	1	2,6
Viêm phế quản	1	2,6
COPD	1	2,6
Bệnh lý khác	3	7,7
Rối loạn tâm lý	2	5,1
Can thiệp trước mổ		
Không có	30	76,9
Thuốc	6	15,4
Nong bóng khí	3	7,7

Chỉ số BMI trung bình là 19,29 ± 2,61 kg/m², BMI nhỏ nhất là 12,07 kg/m². Tình trạng sức khỏe trước mổ ASA1 là 84,6%, ASA2 là 15,4%. Có tới 76,9% bệnh nhân có tiền sử viêm dạ dày. Có 9 bệnh nhân (23,1%) can thiệp trước mổ.

Bảng 3.3. Lý do vào viện

Lý do vào viện	n	Tỷ lệ %
Nuốt nghẹn	26	66,7
Nôn ói	7	17,9
Đau ngực	1	2,6
Khó thở	3	7,7
Đau bụng	2	5,1
Tổng số	39	100

Bảng 3.5. Triệu chứng cận lâm sàng

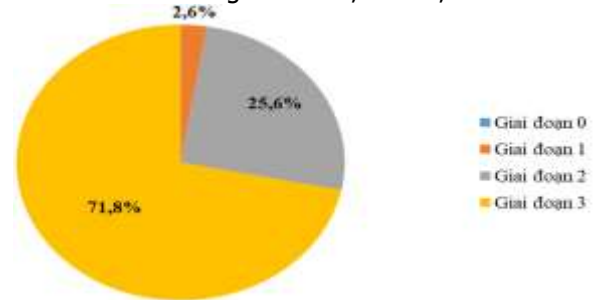
Triệu chứng cận lâm sàng		n	Tỷ lệ %
X-quang thực quản dạ dày có nuốt thuốc cản quang	Đường kính thực quản (cm): Trung bình ± SD (min-max)	4,34 ± 1,64 (2,00 – 7,30)	
	Phân độ giãn: Độ I (<4cm)	12	33,3
	Độ II (4-6cm)	17	43,6
	Độ III (>6cm)	3	7,7
	Độ IV (>6cm + hình Sigma)	6	15,6
Hình thái thực quản:	Hình Sigma	8	20,5
	Hình thẳng	31	79,5
Nội soi thực quản dạ dày	Ư động dịch và thức ăn	28	71,8
	Thực quản giãn	31	79,5
	Lỗ tâm vị co thắt	33	84,6
	Tổn thương tại thực quản	11	23,1
Chụp CLVT	Hình thái: Thực quản giãn	35	89,7

Nuốt nghẹn là lý do chính nhập viện trong nghiên cứu chiếm 66,7%, nôn ói chiếm 17,9%, khó thở chiếm 7,7%, còn lại là đau bụng với 5,1% và 2,6% đau ngực.

Bảng 3.4. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	Tỷ lệ %
Thời gian nuốt nghẹn (tháng): Trung bình ± SD (min-max)	106,03 ± 133,76 (2 - 576)	
Nuốt nghẹn	39	100
Nôn/Trào ngược	39	100
Đau ngực	32	82,1
Sút cân	35	89,7
Điểm Eckardt (điểm): Trung bình ± SD (min-max)	7,36 ± 1,61 (3 - 10)	

Thời gian nuốt nghẹn trung bình 106,03±133,76 tháng, thời gian nuốt nghẹn ngắn nhất 2 tháng, dài nhất 576 tháng (48 năm). Nuốt nghẹn, nôn ói gặp ở tất cả BN. Có 82,1% bệnh nhân có cảm giác đau tức ngực sau xương ức và 89,7% bệnh nhân có gầy sút cân. Điểm Eckardt trung bình là 7,36 ± 1,61 điểm.



Biểu đồ 3.1. Giai đoạn bệnh theo phân mức độ bệnh bằng điểm Eckardt

Không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu mắc bệnh ở giai đoạn 0. Tỷ lệ mắc bệnh ở giai đoạn 3 là phổ biến nhất với 71,8%, tiếp đến là giai đoạn 2 với 25,6%.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

lồng ngực	Thực quản bình thường Hẹp tâm vị trên CLVT	4 34	10,3 87,2
	Đường kính thực quản (cm): Trung bình \pm SD (min-max)	4,32 \pm 1,78 (1,90 – 8,20)	

Trên phim X-quang, đường kính ngang trung bình thực quản đo được là 4,34 \pm 1,64 cm, giãn thực quản độ II chiếm đa số 43,6%, thực quản hình sigma chiếm 20,5%. Nội soi ứ đọng dịch và thức ăn chiếm 71,8%, lỗ tâm vị co thắt 84,6% và tổn thương niêm mạc thực quản ở 23,1%. Trên CLVT, đường kính thực quản trung bình là 4,32 \pm 1,78cm, có 87,2% BN có hẹp tâm vị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong nghiên cứu, tuổi trung bình là 49,03 \pm 16,65 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 19 tuổi và cao tuổi nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-60 tuổi chiếm 35,9%, nhóm 21-40 tuổi là 30,8% và trên 60 tuổi chiếm 30,8%, dưới 20 tuổi có 2,6%. Kết quả này cho thấy bệnh co thắt tâm vị xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đặc biệt thường gặp ở lứa tuổi từ 20 đến 60 tuổi. Kết quả tương đồng với tác giả Bùi Duy Dũng với tuổi trung bình là 49,7 \pm 15,9 tuổi, nhóm tuổi từ 30-50 chiếm 53,3% [4]. Theo tác giả SL Siow (2021) với tuổi trung bình 49,0 \pm 16,99 tuổi [5].

Nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm đa số với 69,2% và nam giới chiếm 30,8%, tỷ lệ nam/nữ: 0,44. Kết quả tương tự với các nghiên cứu đều cho thấy bệnh gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Chỉ số BMI trung bình của nghiên cứu là 19,29 \pm 2,61 kg/m², với BMI thấp nhất là 12,07 kg/m² và BMI cao nhất là 23,73 kg/m². Tỷ lệ BN ở nhóm phân loại dinh dưỡng bình thường là 27 BN (chiếm 69,2%), suy dinh dưỡng ở 11 BN (chiếm 28,2%). Kết quả này cũng tương đồng với tác giả SL Siow với BMI trung bình 20,9 \pm 4,72 kg/m² [5].

Phân loại tình trạng thể chất theo Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ ASA cho thấy BN chủ yếu ở mức ASA-1 (khoẻ mạnh) chiếm 84,6%, còn lại là ASA2 (chiếm 15,4%). Không có BN nào có ASA 3-5. Tác giả Siow cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ BN ASA 1-2 chiếm đa số với tỷ lệ 90,9%, ASA-3 chiếm 9,1% [5]. Có 30 BN (chiếm 76,9%) không có can thiệp trước mổ, còn lại có 6 BN (15,4%) được can thiệp nội khoa bằng thuốc, 3 BN (7,7%) được can thiệp bằng nong bóng khí. Tác giả Siow nghiên cứu 55 BN cho kết quả tỷ lệ BN can thiệp điều trị CTTV trước PT là 16,4%, trong đó 9,1% dùng thuốc, 5,5% nong bóng là 1,8% POEM [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do nhập

viện do nuốt nghẹn chiếm đa số với 66,7%, đây là triệu chứng đặc trưng của co thắt tâm vị. Tính chất nuốt nghẹn trong co thắt tâm vị là nuốt nghẹn tăng dần hàng ngày, ban đầu bệnh nhân nuốt nghẹn với thức ăn đặc, thức ăn mềm và sau đó đến thức ăn lỏng. Nghiên cứu có 100% nuốt nghẹn với thời gian nuốt nghẹn trung bình 106,03 \pm 133,76 tháng, nuốt nghẹn ngắn nhất là 2 tháng và dài nhất là 576 tháng (tức 48 năm). Bệnh nhân có các mức độ nuốt nghẹn khác nhau, nuốt nghẹn trong tất cả các bữa ăn chiếm đa số với 24 BN (chiếm 61,5%), nuốt nghẹn hàng ngày không đều trong các bữa ăn có 15 BN (chiếm 38,5%). Hầu hết các y vấn trước cũng cho tỷ lệ nuốt nghẹn rất cao từ 80-100% số bệnh nhân [4] [5]. Kết quả chúng tôi cũng tương đồng nghiên cứu của Bùi Duy Dũng với tỷ lệ nhập viện do nuốt nghẹn là 76% [4].

Triệu chứng nôn ói là lý do thứ 2 khiến bệnh nhân nhập viện, với tỷ lệ 17,9%. Ứ đọng và trào ngược sau ăn là triệu chứng xuất hiện đồng thời với nuốt nghẹn, đánh giá mức độ trầm trọng của bệnh, khi thực quản giãn to ứ đọng thức ăn nhiều gây nôn ói sau ăn hoặc phải kích thích để nôn ói mới có cảm giác dễ chịu. Một số khác, hiện tượng trào ngược xảy ra lúc ngủ gây nên tình trạng ho sặc về đêm, ban đầu ho sặc nhẹ kèm ít dịch, về sau mức độ nặng ho sặc thức ăn ứ đọng nhiều và hàng ngày gây viêm phổi phải nhập viện... Trong nghiên cứu, khi khai thác thấy rằng tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện nôn ói với các mức độ khác nhau, từ nôn ói thỉnh thoảng (7,7%) đến nôn ói hàng ngày (48,7%) hoặc trong các bữa ăn (43,6%). Kết quả này cũng tương đồng Bùi Duy Dũng, 14,7% bệnh nhân nhập viện do nôn ói, triệu chứng nôn ói xuất hiện ở 70,7% bệnh nhân, với mức độ nặng chiếm tỷ lệ 30,6% [4]. Theo tác giả SL Siow (2021) có 90,9% bệnh nhân có triệu chứng nôn ói/trào ngược [5].

Đau tức ngực là triệu chứng thường thấy ở bệnh nhân co thắt tâm vị, cảm giác tức ngực vùng thượng vị đè nén, không thường xuyên xuất hiện cơn đau ngực thực sự, nhưng đó cũng là lý do để 2,6% bệnh nhân phải nhập viện. Tuy đây là triệu chứng không điển hình, nhưng khi khai thác kỹ thấy rằng, có tới 32 BN (chiếm 82,1%) có triệu chứng đau tức vùng ngực các mức độ khác nhau, để chẩn đoán nhầm với các bệnh lý viêm dạ dày trào ngược hoặc bệnh lý tim mạch. Nghiên cứu của chúng tôi có 71,8% bệnh

nhân đau ngực từng lúc, có 10,3% đau ngực hàng ngày và có 17,9% bệnh nhân không có cảm giác đau tức ngực.

Sút cân trong bệnh co thắt tâm vị do nuốt nghẹn, không ăn uống được kèm nôn thức ăn ứ đọng dẫn đến tình trạng suy dinh dưỡng. Trong nghiên cứu có 89,7% BN có sút cân từ khi xuất hiện các triệu chứng nuốt nghẹn với mức độ từ nhẹ đến nặng, kéo dài từ vài tháng đến nhiều năm, thường sút cân sớm cùng với nuốt nghẹn. Kết quả này cũng tương đồng một số tác giả khác đã báo cáo trước đó [5].

Có nhiều thang điểm khác nhau để định lượng mức độ nghiêm trọng và tần suất của các triệu chứng lâm sàng, trong đó điểm Eckardt là công cụ đơn giản, được sử dụng và chấp nhận rộng rãi nhất, phân loại giai đoạn và theo dõi hiệu quả điều trị CTTV. Điểm Eckardt sử dụng 3 tần suất triệu chứng kinh điển (nuốt nghẹn, nôn ói, đau tức ngực) và mức độ sút cân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Eckardt trung bình là $7,36 \pm 1,61$ điểm, trong đó không có BN ở giai đoạn 0, có 2,6% BN ở giai đoạn I, 25,6% BN ở giai đoạn II và phần lớn BN ở giai đoạn III (chiếm 71,8%). Kết quả này cho thấy, bệnh nhân đến viện với bộ ba triệu chứng thường gặp là nuốt nghẹn, nôn ói, đau tức ngực kèm theo có gây sút cân. Kết quả này cũng tương tự một số tác giả Bùi Duy Dũng với tỷ lệ điểm Eckardt ở giai đoạn II, II là 97,3%, tác giả SL Siow với điểm Eckardt trung bình trước phẫu thuật là $7,8 \pm 2,52$ điểm [4], [5].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. Chụp X-quang thực quản dạ dày có thuốc cản quang là phương pháp đầu tiên được thực hiện ở những BN có triệu chứng khó nuốt, hỗ trợ chẩn đoán ban đầu CTTV. Chúng tôi chụp đánh giá các thời điểm sau nuốt thuốc cản quang 1 phút, 3 phút và 5 phút. Tiến hành mô tả đường kính ngang lớn nhất, hình dáng thực quản, độ chít hẹp của tâm vị thực quản và khả năng thoát thuốc cản quang từ thực quản xuống dạ dày. Kết quả cho thấy, đường kính ngang thực quản trung bình là $4,34 \pm 1,64$ cm, với đường kính ngang lớn nhất 7,3cm. Hình thái thực quản chủ yếu là thực quản hình thẳng (hình củ cải) với 79,5%, có 20,5% thực quản hình sigma. Kết quả này tương đồng với Bùi Duy Dũng với thực quản hình củ cải chiếm 90,7% và 9,3% thực quản hình sigma [4]. Về phân độ giãn thực quản trên phim X-quang, chủ yếu giãn thực quản độ I, độ II với tỷ lệ lần lượt là 33,3% và 43,6%; độ III chiếm 7,7% và độ IV là 15,6%. Kết quả này tương đồng với các công bố trước với tỉ lệ giãn độ I và II chiếm đa số [4], [5].

Nội soi thực quản dạ dày ống mềm đóng vai trò để loại trừ chứng khó nuốt giả (chứng khó nuốt thứ phát) hoặc các tắc nghẽn cơ học khác có thể dẫn đến các triệu chứng tương tự như CTTV. Hiệp hội thực quản Nhật Bản (JES) thiết lập các đặc điểm chẩn đoán nuốt nghẹn trên nội soi bao gồm: (1) giãn lòng thực quản; (2) ứ đọng dịch và thức ăn tại thực quản; (3) bề mặt niêm mạc thực quản chuyển sang màu trắng và dày lên; (4) hẹp lỗ tâm vị thực quản; (5) sóng co thắt bất thường của thực quản. Nghiên cứu của chúng tôi có 71,8% ứ đọng dịch và thức ăn tại thực quản, ghi nhận 79,5% có giãn thực quản, 84,6% co thắt lỗ tâm vị và 23,1% có các dạng tổn thương tại thực quản trên hình ảnh nội soi. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu 75 BN của Đào Việt Hằng, tỷ lệ viêm trào ngược là 46,8%, tình trạng ứ đọng dịch và trào ngược dạ dày thực quản gây nên các tổn thương niêm mạc thực quản [6].

Chụp cắt lớp vi tính ngực bụng được sử dụng với mục đích để phân biệt nuốt nghẹn nguyên phát hay thứ phát, đặc biệt để loại trừ các tổn thương khối u ở ngoài đường tiêu hóa chèn ép gây hẹp đường ra thực quản như khối u trung thất, u tâm vị, u cơ thực quản, u phổi... Ngoài ra, chụp CLVT còn đánh giá đường kính giãn thực quản, độ dài hẹp thực quản đoạn xa, mức độ trôn tru của thành thực quản [7], [8]. Nghiên cứu của chúng tôi, đường kính trung bình thực quản là $4,32 \pm 1,78$ cm, đường kính thực quản giãn lớn nhất là 8,2cm. Có 89,7% bệnh nhân được đánh giá có giãn thực quản và 87,2% BN có hẹp tâm vị. Kết quả này cũng tương đồng với báo cáo về sử dụng cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chứng nuốt nghẹn nguyên phát của M Y Licurse với phát hiện 85% bệnh nhân có hẹp tâm vị trên phim chụp [7]. Do đó sử dụng chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán co thắt tâm vị là cần thiết trước khi tiến hành các can thiệp điều trị.

V. KẾT LUẬN

Co thắt tâm vị là một rối loạn thực quản hiếm gặp, đặc trưng bởi tình trạng không có nhu động thực quản và tăng áp lực lên cơ thắt dưới thực quản (LES). Các triệu chứng chính của bệnh bao gồm nuốt nghẹn, nôn ói, đau tức vùng ngực và gây sút cân. Chẩn đoán xác định co thắt tâm vị bao gồm các dấu hiệu lâm sàng, đặc trưng là điểm Eckardt, hình ảnh nội soi thực quản dạ dày, chụp X-quang thực quản dạ dày có thuốc cản quang và/hoặc đo áp lực cơ thắt dưới thực quản bằng HRM. Ngoài ra, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực đánh giá tình trạng giãn thực quản và hẹp tâm vị thực quản cũng là công cụ hỗ trợ chẩn

đoán bệnh cơ thắt tâm vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. L. Francis and D. A. Katzka**, "Achalasia: Update on the Disease and Its Treatment," *Gastroenterology*, vol. 139, no. 2, pp. 369-374.e2, Aug. 2010, doi: 10.1053/j.gastro.2010.06.024.
2. **D. C. Sadowski, F. Ackah, B. Jiang, and L. W. Svenson**, "Achalasia: incidence, prevalence and survival. A population-based study," *Neurogastroenterol. Motil.*, vol. 22, no. 9, pp. e256-261, Sep. 2010, doi: 10.1111/j.1365-2982.2010.01511.x.
3. **Gockel and T. Junginger**, "The Value of Scoring Achalasia: A Comparison of Current Systems and the Impact on Treatment—The Surgeon's Viewpoint," *Am. Surg.*, vol. 73, pp. 327-31, May 2007, doi: 10.1177/000313480707300403.
4. **Bùi Duy Dũng, Nguyễn Lâm Tùng và cộng sự**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân cơ thắt tâm vị tại Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108," *J. 108 - Clin. Med. Pharmacol.*, Apr. 2022, doi: 10.52389/ydls.v17i2.1144.
5. **S. L. Siow et al.**, "Laparoscopic Heller myotomy and anterior Dor fundoplication for achalasia cardia in Malaysia: Clinical outcomes and satisfaction from four tertiary centers," *Asian J. Surg.*, vol. 44, no. 1, pp. 158-163, Jan. 2021, doi: 10.1016/j.asjsur.2020.04.007.
6. **Đào Việt Hằng, Trần Thị Thu Trang và cộng sự**, "Giá trị của các phương pháp nội soi, chụp Xquang Baryt thực quản, đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao trong chẩn đoán cơ thắt tâm vị," *Tạp Chí Học Việt Nam*, vol. 536, no. 1, Art. no. 1, Mar. 2024, doi: 10.51298/vmj.v536i1.8674.
7. **M. Y. Licurse, M. S. Levine, D. A. Torigian, and E. M. Barbosa**, "Utility of chest CT for differentiating primary and secondary achalasia," *Clin. Radiol.*, vol. 69, no. 10, pp. 1019-1026, Oct. 2014, doi: 10.1016/j.crad.2014.05.005.
8. **M. Carter, R. C. Deckmann, R. C. Smith, M. I. Burrell, and M. Traube**, "Differentiation of achalasia from pseudoachalasia by computed tomography," *Am. J. Gastroenterol.*, vol. 92, no. 4, pp. 624-628, Apr. 1997.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT-SẢN GIẬT BẰNG ASPIRIN LIỀU THẤP Ở NHỮNG THAI PHỤ CÓ NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2020-2022

Nguyễn Tấn Hưng¹, Quan Kim Phụng¹, Trần Hoài Ân¹,
Ngô Thị Thuý Hằng¹, Nguyễn Hữu Trung², Lâm Đức Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ tiền sản giật và một số yếu tố liên quan của nhóm thai phụ được dự phòng tiền sản giật – sản giật bằng Aspirin liều thấp tại Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu chọn tất cả các thai phụ đến khám thai thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu từ tháng 1/2020 đến 6/2022. **Kết quả:** Trong 210 trường hợp có nguy cơ cao được dự phòng tăng huyết áp trong thai kỳ chúng tôi ghi nhận tỷ lệ rối loạn tăng huyết áp của thai kỳ là 16,7%, trong đó tiền sản giật là 11,9%; tăng huyết áp mạn, tăng huyết áp thai kỳ, tiền sản giật trên nền tăng huyết áp mạn chiếm tỷ lệ ghi nhận lần lượt là: 1,4%; 2,4%; 1,0%. Nhóm đối tượng ≥ 35 tuổi, BMI ≥ 23 kg/m², tiền sử đái tháo đường liên quan với tỷ lệ tiền sản giật ở kết cục thai kỳ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Rối loạn tăng huyết áp trong thai kỳ đặc biệt là tiền sản giật còn chiếm tỷ lệ cao, cần sàng lọc và dự phòng sớm trong thai kỳ.

Từ khóa: Tiền sản giật, sản giật, dự phòng rối loạn tăng huyết áp.

SUMMARY

ASSESSMENT OF EFFECTIVE PROTECTION OF PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA WITH LOW-DOSE ASPIRIN IN HIGH-RISK PREGNANT WOMEN AT CAN THO OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL 2020-2022

Objectives: To determine the proportion and some related factors of preeclampsia in prophylactic intervention with low-dose aspirin in the screen-positive group in Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital. **Materials and methods:** Retrospective cohort study on women who came for examination of pregnancy in Can Tho Obstetrics and Gynecology Hospital from January 2020 to June 2022. **Results:** In the outcomes of 210 women with screen-positive and receiving low-dose aspirin, the proportion of hypertensive disorders of pregnancy is 16.7%, the proportion of preeclampsia is 11.9% and the proportion of chronic hypertension, gestational hypertension, preeclampsia/chronic hypertension are 1.4%; 2.4%; 1.0% respectively. Maternal age of 35 years or older, BMI ≥ 23 kg/m² or having history of diabetes relate to preeclampsia in the outcome of pregnancy ($p < 0.05$). **Conclusions:** Hypertensive disorders especially preeclampsia – eclampsia

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Đức Tâm

Email: ldtam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024