

CO THẮT TÂM VỊ

1-Đại cương:

Co thắt tâm vị là một rối loạn vận động nguyên phát của thực quản, đặc trưng bởi tình trạng “không dẫn” của cơ thắt dưới thực quản (LES: lower esophageal sphincter) và không có nhu động thực quản.

Độ tuổi mắc bệnh: 25-60. Độ tuổi thường bị mắc bệnh nhất: 30-40. Tỷ lệ nam/ nữ = 1/1.

Biến chứng của co thắt tâm vị:

- Biến chứng hô hấp: viêm phổi tái diễn (thường gặp nhất), áp-xe phổi, tắc khí đạo cấp tính (choking).
- Ung thư thực quản
- Viêm thực quản, dẫn đến hẹp thực quản

2-Chẩn đoán:

2.1-Chẩn đoán lâm sàng:

Bệnh thường diễn tiến nhiều tháng đến nhiều năm. Triệu chứng thường gặp nhất là nuốt nghẹn. BN nuốt nghẹn với cả thức ăn cứng và thức ăn lỏng.

Các triệu chứng khác: oẹ, đau ngực, sụt cân (ít gặp)...

Khám lâm sàng: trong giai đoạn đầu không có triệu chứng gì. Tổng trạng BN thường vẫn tốt. Trong giai đoạn muộn, BN có thể có các biểu hiện của tình trạng trào ngược thức ăn vào đường hô hấp.

Để chẩn đoán xác định co thắt tâm vị, nhất thiết phải dựa vào các phương tiện cận lâm sàng

2.2-Chẩn đoán cận lâm sàng:

X-quang ngực nghiêng: co thắt tâm vị biểu hiện bằng mức nước hơi sau bóng tim. Hình ảnh này chỉ có tác dụng gợi ý chẩn đoán.

X-quang thực quản (hình 2) với nuốt Barium và soi dưới màn huỳnh quang là phương tiện chẩn đoán được chọn lựa trước tiên. Hình ảnh của co thắt tâm vị:

- Thực quản không thể sạch Barium
- Barium chuyển động “lên và xuống” trong thực quản
- LES không dẫn hoàn toàn và không đồng bộ với các sóng co thắt thực quản
- Giai đoạn cuối: thực quản dẫn to, ngoằn ngoèo (hình “củ cải”). Đoạn cuối thực quản có hình “mỏ chim”.
- Có thể có hình ảnh túi thừa trên cơ hoành

Áp lực kế thực quản là phương tiện chẩn đoán xác định co thắt tâm vị. Dấu hiệu của co thắt tâm vị trên áp lực kế thực quản (hình 1):

- LES không dẫn hay dẫn không hoàn toàn khi nuốt: dấu hiệu quan trọng nhất.
- Áp lực LES khi nghỉ thường tăng (bình thường 10-30 mmHg), nhưng cũng có thể bình thường. BN có áp lực LES khi nghỉ giảm thường phối hợp với bệnh trào ngược thực quản.

- Không có nhu động ở 1/3 dưới thực quản

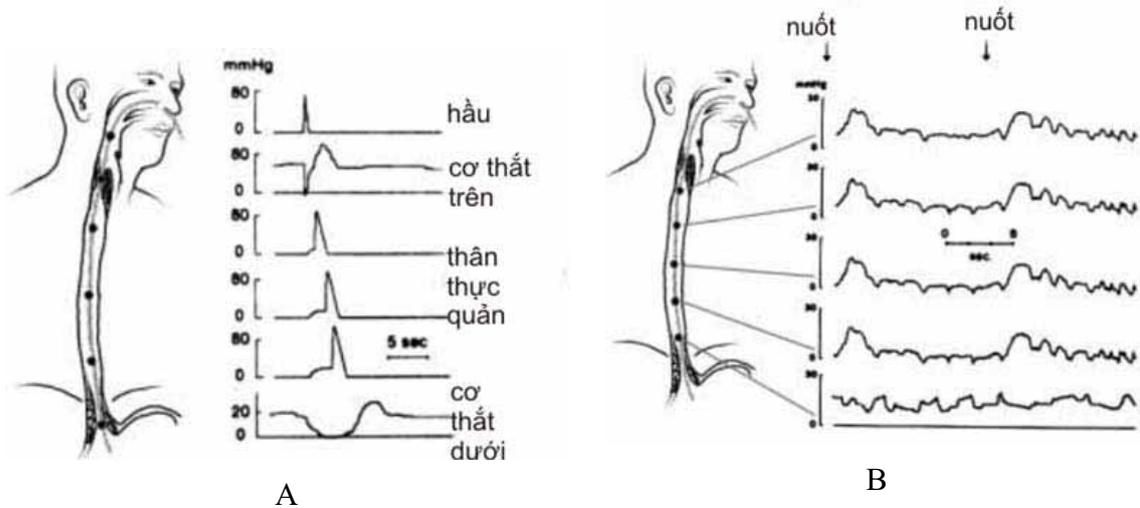
Nội soi thực quản (hình 2): luôn cần thiết, để loại trừ ung thư thực quản tâm vị và viêm thực quản do trào ngược.

Đo pH thực quản liên tục 24 giờ: được chỉ định khi nghi ngờ có trào ngược thực quản phối hợp.

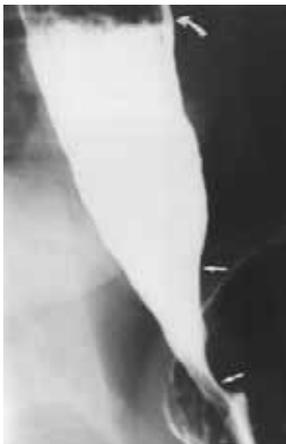
Siêu âm, CT và MRI: không có chỉ định trong chẩn đoán co thắt tâm vị.

2.3-Chẩn đoán phân biệt:

- Co thắt tâm vị thứ phát: do các bệnh lý thực thể (thường ác tính) ở tâm vị
- Các rối loạn vận động nguyên phát và thứ phát khác của thực quản



Hình 1- Áp lực kế thực quản bình thường (A) và trong co thắt tâm vị (B)



Hình 2- Hình ảnh co thắt tâm vị trên X-quang thực quản và nội soi thực quản

2.4-Thái độ chẩn đoán:

Trước một BN nhập viện vì triệu chứng nuốt nghẹn, cần khai thác kỹ tiền căn, bệnh sử và thăm khám lâm sàng để có hướng chẩn đoán. Chú ý đến tính chất của nuốt nghẹn và toàn trạng của BN. BN có các rối loạn vận động cơ năng của thực quản như co thắt tâm vị thường có bệnh sử kéo dài và toàn trạng khi nhập viện thường tốt.

X-quang thực quản được chỉ định trước tiên. Hình ảnh điển hình của co thắt tâm vị trên X-quang thực quản là thực quản dẫn, nhưng đường bờ vẫn mềm mại và có sự vát nhọn ở đoạn cuối thực quản. Nội soi thực quản luôn cần thiết, để loại trừ chít hẹp ác tính ở tâm

vị, hay chít hẹp do viêm thực quản trào ngược. Nếu nội soi không cho thấy tổn thương, áp lực kế thực quản được chỉ định để khẳng định chẩn đoán.

3-Điều trị:

3.1-Điều trị nội khoa:

3.1.1-Thuốc ức chế kênh can-xi và nitrate:

- Hiệu quả trong 10% các trường hợp
- Chỉ định: BN lớn tuổi, có chống chỉ định nong thực quản hay phẫu thuật
- Chống chỉ định: BN có thể được nong bằng hơi hay phẫu thuật

3.1.2-Bơm độc tố botulinum:

- Bơm vào trong lớp cơ vùng thực quản tâm vị qua nội soi thực quản
- Mục đích: ức chế sự giải phóng acetylcholine từ LES, tạo thế cân bằng giữa các chất dẫn truyền thần kinh kích thích và ức chế LES.
- Hiệu quả trong 30% các trường hợp và kéo dài khoảng 1 năm
- Chỉ định: BN có chống chỉ định nong thực quản hay phẫu thuật
- Chống chỉ định: BN có thể được nong bằng hơi hay phẫu thuật

3.1.3-Nong thực quản:

- Vùng thực quản tâm vị được nong bằng bóng bơm hơi để làm đứt các sợi cơ nhưng lớp niêm mạc vẫn giữ nguyên.
- Sau khi nong, chụp kiểm tra thực quản bằng thuốc cản quang tan trong nước để chắc chắn không có thủng thực quản.
- Tỷ lệ thành công 70-80%, tỷ lệ thủng thực quản: 5%, trào ngược thực quản 25%
- 50% BN cần hơn một lần nong
- Nếu nong thất bại, phẫu thuật là phương pháp điều trị được chọn lựa

3.2-Điều trị phẫu thuật:

3.2.1-Phẫu thuật Heller:

Chuẩn bị trước mổ: tùy vào mức độ ứ đọng trong thực quản, BN phải nhịn ăn uống một khoảng thời gian trước mổ dài hơn các cuộc phẫu thuật khác. Thông thường, BN không ăn đặc trong vòng 72 giờ trước mổ và không uống trong 12 giờ trước mổ. Chú ý hút sạch các chất ứ đọng trong thực quản

Kháng sinh dự phòng luôn cần thiết, để hạn chế nguy cơ nhiễm trùng khi có thủng niêm mạc thực quản trong lúc phẫu thuật.

Nội dung phẫu thuật:

- Đường rạch: phổ biến nhất là mở ngực theo đường sau bên trái, ở khoang liên sườn VII
- Mở rộng khe thực quản của cơ hoành, lồi đoạn cuối thực quản, tâm vị và phần trên dạ dày lên trên
- Thắt các nhánh mạch máu trên đoạn thực quản cần rạch
- Tìm và chừa lại thần kinh X trước

- Rạch cơ đoạn cuối thực quản (5 cm) và đoạn đầu dạ dày (2 cm). Cần thận trọng làm thủng niêm mạc thực quản.
- Có thể khâu cuộn phình vị (phẫu thuật Nissen) để tránh trào ngược. Chỉ định khâu cuộn phình vị: thực quản giãn to, BN trẻ, hay bất kỳ BN nào bị nghi ngờ có thể có trào ngược sau phẫu thuật Heller.

Tỉ lệ thành công: 85-95%.

Biên chứng: thủng niêm mạc thực quản, nghẹt thực quản do khâu cuộn phình vị quá chặt, trào ngược thực quản (25%).

Nếu phẫu thuật thất bại, có ba lựa chọn: nong thực quản, phẫu thuật lần hai, phẫu thuật cắt thực quản.

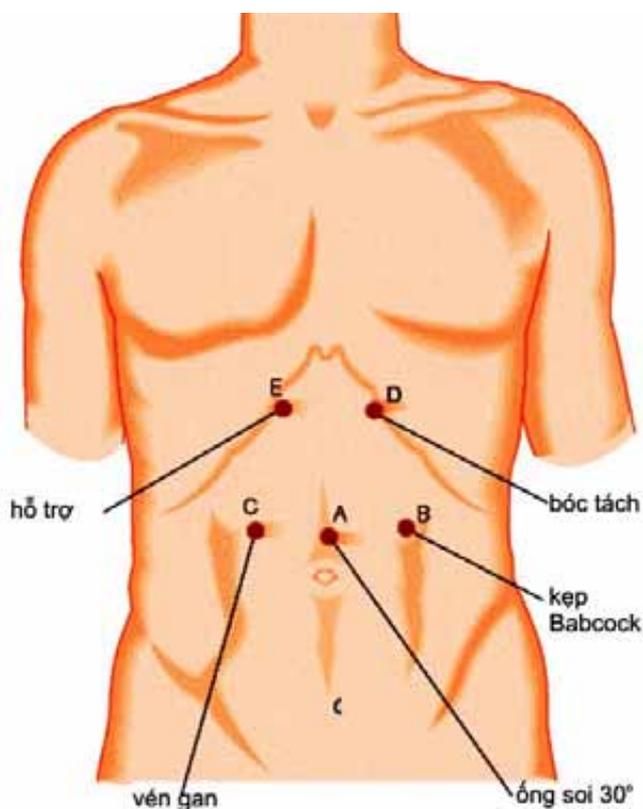
3.2.2-Rạch cơ tâm vị qua nội soi ngả bụng (phẫu thuật Heller qua nội soi ngả bụng):

Ngày nay, đây là một phẫu thuật được lựa chọn để thay thế cho phẫu thuật Heller kinh điển, và được chỉ định cho hầu hết các trường hợp co thắt tâm vị thể trung bình đến nặng.

Phẫu thuật khâu cuộn phình vị để tránh trào ngược thường được tiến hành kết hợp. Nếu tuân theo các nguyên tắc chung, phương pháp khâu cuộn (toàn phần hay bán phần, ngả trước hay sau thực quản...) cho các kết quả tương đương. Tuy nhiên, phương pháp khâu cuộn được áp dụng rộng rãi hiện nay là khâu cuộn bán phần. Phương pháp khâu cuộn toàn phần của Nissen thường được chỉ định khi BN có bệnh trào ngược thực quản phối hợp và thực quản còn nhu động.

4-Phẫu thuật Heller qua nội soi ngả bụng kết hợp khâu cuộn phình vị bán phần:

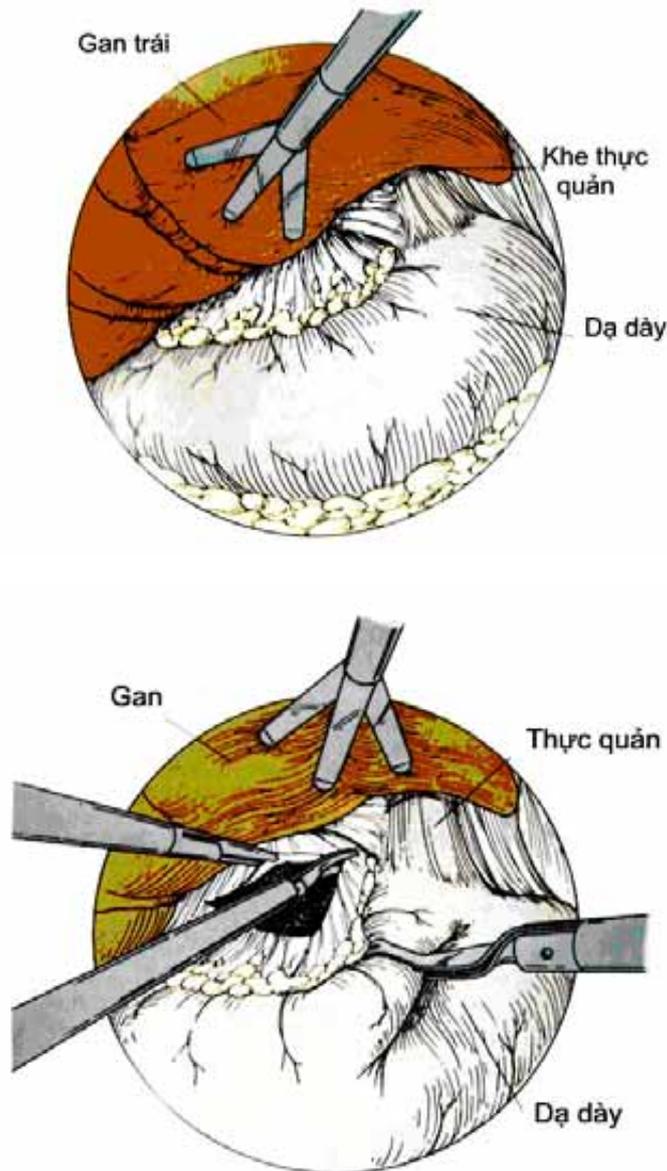
1-Vị trí đặt các trocar và chức năng của từng cổng trocar được trình bày như trong hình vẽ



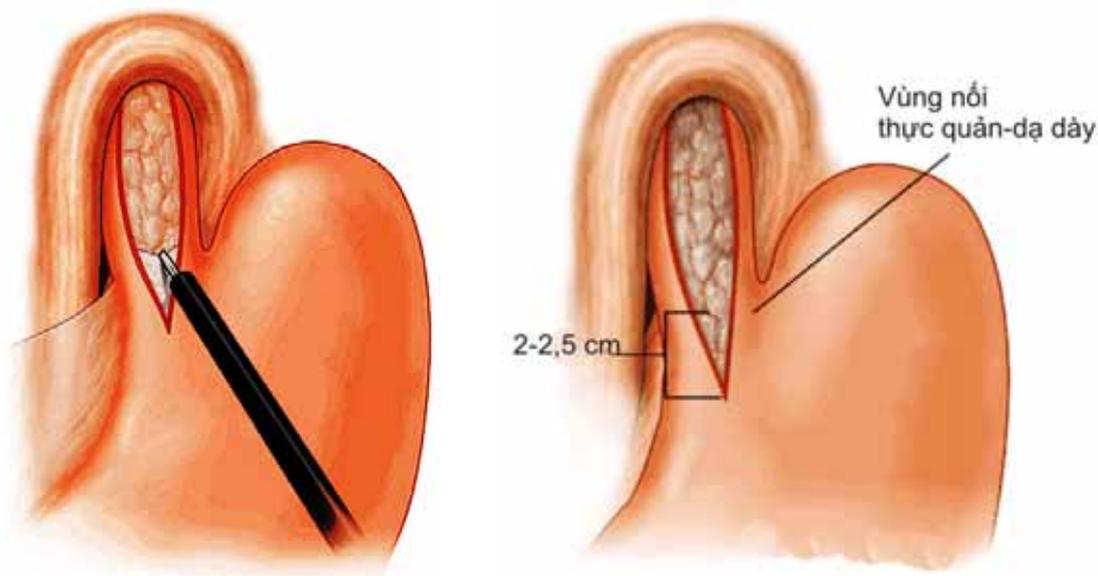
2-Thùy gan trái được nâng lên để bộc lộ mạc nối gan vị (mạc nối nhỏ). Phẫu thuật viên phụ dùng kẹp Babcock kéo dạ dày xuống dưới và ra ngoài để phẫu thuật viên chính cắt mạc nối gan vị. Bắt đầu cắt từ thùy đuôi gan, nơi mạc nối gan vị mỏng nhất. Tiếp tục cắt mạc nối gan vị hướng về vòm hoành. Khi đến trụ hoành phải, bóc tách bờ phải thực quản ra khỏi trụ hoành phải. Tìm thần kinh X sau. Tiếp tục bóc tách theo trụ hoành phải xuống dưới, đến nơi trụ hoành phải gặp trụ hoành trái. Sau khi bóc tách bờ phải thực quản, cắt phúc mạc và dây chằng hoành thực quản để bộc lộ trụ hoành trái và thần kinh X trước. Tiếp tục bóc tách theo trụ hoành trái xuống dưới, đến nơi trụ hoành trái gặp trụ hoành phải.

Tạo một cửa sổ giữa hai trụ hoành với thực quản và phình vị. Luồn một Penrose vòng quanh thực quản.

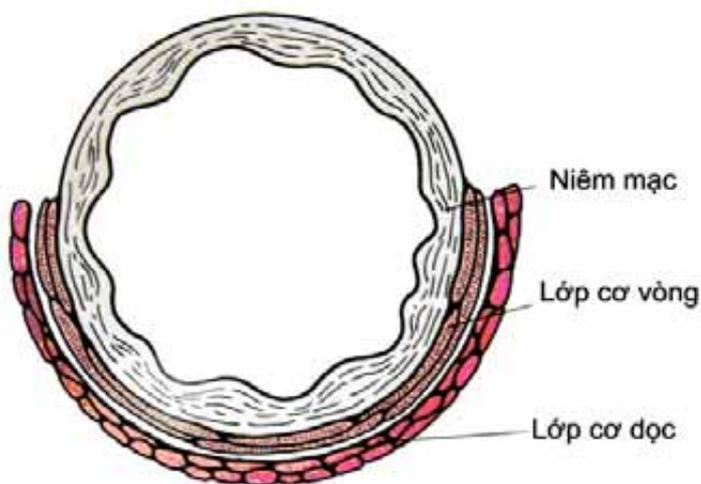
Phẫu thuật viên phụ dùng kẹp kẹp giữ phình vị qua cổng D và kéo sang phải, bộc lộ các nhánh của động mạch vị ngấn. Phẫu thuật viên chính dùng dao cắt siêu âm hay clip qua cổng D kẹp cắt các nhánh vị ngấn để di động phình vị.



3-Sau khi đã di động hoàn toàn thực quản và phình vị, phẫu thuật viên phụ dùng kẹp Babcock kẹp vào dạ dày, sát vùng nối thực quản-dạ dày và kéo xuống. Việc rạch cơ thực quản bắt đầu từ trên xuống dưới, cạnh bên phải sợi thần kinh X trước. Bắt đầu rạch lớp cơ dọc sau đó sâu xuống lớp cơ vòng. Đường rạch dài khoảng 5 cm trên vùng nối và qua vùng nối 2 cm.



4-Thiết đồ cắt ngang sau khi hoàn tất việc rạch cơ thực quản. Lớp cơ được tách ra khỏi niêm mạc thực quản, về hai phía, sao cho phần niêm mạc được giải phóng chiếm 40-50% chu vi thực quản.



5-Có nhiều phương pháp khâu cuốn phình vị để chống trào ngược (ngả trước hay ngả sau, bán phần hay toàn phần). Hình A-E trình bày phương pháp khâu cuốn phình vị ngả trước bán phần (phương pháp Dor). Phương pháp này được thực hiện bằng hai hàng mũi khâu. Hàng thứ nhất ở bên trái đường xẻ thanh cơ thực quản, bao gồm ba mũi. Mũi trên

cùng lấy ba vị trí: phình vị, trụ hoành trái và thành thực quản. Hai mũi còn lại chỉ lấy phình vị và thành thực quản. Hàng thứ hai ở bên phải đường xẻ, cũng bao gồm ba mũi khâu theo cách thức tương tự như hàng khâu đầu. Cuối cùng, khâu hai mũi lấy phân trên cùng của nếp cuộn phình vị và bờ trước của khe hoành.

Hình F mô tả phương pháp khâu cuộn phình vị bán phần ngả sau 220° (phương pháp Guarner). Phình vị được đưa vòng ra sau thực quản, sang bờ phải thực quản và mỗi nếp cuộn phình vị được khâu vào thành thực quản phía tương ứng.

