

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ CO THẮT TÂM VỊ THEO PHƯƠNG PHÁP HELLER KẾT HỢP TẠO VẠN CHỐNG TRÀO NGƯỢC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Văn Thủy¹, Nguyễn Văn Hương¹, Phạm Văn Duyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor 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 tâm vị 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 $49,03 \pm 16,66$ tuổi, 69,2% là nam. BMI trung bình $19,29 \pm 2,61$ kg/m², ASA-1 chiếm 84,6%. Tổng chiều dài đường mở cơ thực quản tâm vị trung bình là $8,22 \pm 0,45$ cm. Tai biến trong mổ có 4 BN (10,3%), thủng niêm mạc thực quản có 2 BN (5,1%). Không có trường hợp phải chuyển mổ mở, không có biến chứng sau PT. Lượng máu mất trung bình $7,18 \pm 2,99$ ml máu. Thời gian phẫu thuật trung bình là $118,21 \pm 23,21$ phút. Sau PT, đa số BN đau nhẹ (94,9%), thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là $1,54 \pm 0,64$ ngày. Thời gian trung tiện trung bình là $24,59 \pm 6,74$ giờ, thời gian cho ăn đường miệng sau mổ trung bình $2,69 \pm 0,8$ ngày, thời gian nằm viện trung bình là $6,26 \pm 1,23$ ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỷ lệ tai biến - biến chứng thấp và thời gian hồi phục sau phẫu thuật ngắn. **Từ khóa:** Co thắt tâm vị, rối loạn vận động thực quản, phẫu thuật nội soi Heller, tạo van chống trào ngược kiểu Dor.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC HELLER MYOTOMY AND DOR FUNDOPLICATION FOR ACHALASIA AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication for achalasia at Nghe An General Friendship Hospital. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 39 patients diagnosed with esophageal achalasia who underwent laparoscopic Heller myotomy and Dor fundoplication from September 2020 to September 2024. **Results:** The mean age was 49.03 ± 16.66 years, 69.2% were male. The mean BMI was 19.29 ± 2.61 kg/m², and

84.6% of patients were classified as ASA I. The average total length of the myotomy was 8.22 ± 0.45 cm. Intraoperative complications occurred in 4 patients (10.3%), with esophageal mucosal perforation in 2 patients (5.1%). No cases required conversion to open surgery, and there were no postoperative complications. The average blood loss was 7.18 ± 2.99 ml. The mean surgical time was 118.21 ± 23.21 minutes. Postoperatively, mild pain was reported by 94.9% of patients, with an average duration of analgesic use of 1.54 ± 0.43 days. The average time to first flatus was 24.59 ± 6.74 hours, the average time to resume oral feeding was 2.69 ± 0.8 days, and the average length of hospital stay was 6.26 ± 1.23 days. **Conclusion:** Laparoscopic surgery for Achalasia using the Heller myotomy plus fundoplication is a safe and effective method, with a low complication rate and a short recovery time post-surgery. **Keywords:** Achalasia, esophageal motility disorders, laparoscopic Heller myotomy, Dor fundoplication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt tâm vị (Achalasia) là một rối loạn vận động thực quản nguyên phát trưng bởi tình trạng mất nhu động thực quản và suy yếu khả năng giãn của cơ thắt dưới thực quản, do đó, quá trình vận chuyển thức ăn vào dạ dày bị suy yếu và bệnh nhân (BN) thường gặp phải tình trạng nuốt nghẹn. Nguyên nhân gây ra bệnh vẫn chưa rõ ràng. Tỷ lệ mắc bệnh trên thế giới dao động 0,03-1,63/100.000 người mỗi năm, thường gặp ở lứa tuổi 30-60, xảy ra ở nam và nữ như nhau, không có khuynh hướng chủng tộc [1], [2]. Từ đầu thế kỷ 20 cho đến nay, nhiều phẫu thuật đã được áp dụng và không ngừng được cải tiến trong điều trị co thắt tâm vị, trong đó phẫu thuật mở cơ thực quản tâm vị ngoài niêm mạc theo phương pháp Heller được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn và được áp dụng rộng rãi cho kết quả khả quan ngay sau mổ, bền vững, lâu dài [3]. Theo khuyến cáo năm 2018 của Hiệp hội quốc tế về các bệnh lý thực quản ISDE, kỹ thuật tạo van chống trào ngược một phần nên được thêm vào sau PTNS Heller điều trị co thắt tâm vị để giảm nguy cơ trào ngược dạ dày thực quản sau này mà không ảnh hưởng đến khả năng kiểm soát nuốt nghẹn [2]. Để đánh giá kết quả của phương pháp này tại bệnh viện, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị co thắt tâm vị

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa Khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thủy

Email: nguyenvanthuy2510@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược kiểu Dor 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 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp tiền cứu, không đối chứng.

Thu thập các thông tin về tuổi, giới, BMI, điểm ASA, điểm Eckardt, kết quả X-quang thực quản dạ dày có thuốc cản quang, nội soi thực quản dạ dày.

Đánh giá các chỉ số trong mổ: chiều dài đường mở cơ, tai biến, thời gian PT, lượng máu mất.

Đánh giá hậu phẫu: mức độ đau (VAS), thời gian trung tiện, thời gian cho ăn đường miệng, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân tư thế nằm ngửa, hai tay dạng, hai chân dạng. PTV đứng bên trái bệnh nhân, phụ PTV đứng bên phải, phụ camera đứng giữa 2 chân, dụng cụ viên đứng cạnh bên phải PTV. Quy trình phẫu thuật gồm 7 bước cho tất cả bệnh nhân nghiên cứu.

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 $\pm$ độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$). Biến định tính thứ tự và rời rạc trình bày dưới dạng tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng		X $\pm$ SD (min-max)	
		n	Tỷ lệ %
Tuổi		49,03 $\pm$ 16,66 (19-81)	
Giới tính	Nam	12	30,8
	Nữ	27	69,2
BMI (kg/m²)		19,29 $\pm$ 2,61 (12,07 - 23,73)	
ASA	ASA-1	33	84,6
	ASA-2	5	12,8
	ASA-3	1	2,6
Điểm Eckardt		7,36 $\pm$ 1,61 (3-10)	
X-quang thực quản có thuốc	Đường kính ngang (cm)	4,34 $\pm$ 1,64 (2,00-7,30)	
	Hình Sigma	8	20,5

cản quang	Hình thẳng	31	79,5
	Lỗ tâm vị co thắt	33	84,6
	Giãn lòng thực quản	31	79,5
	Ứ đọng dịch và thức ăn	28	71,8

Tuổi trung bình là 49,03 $\pm$ 16,66 tuổi. Nữ giới chiếm 69,2%. Chỉ số khối BMI trung bình là 19,29 kg/m². Có 84,6% BN có ASA-1. Điểm Eckardt trung bình là 7,36 $\pm$ 1,61. Đường kính ngang trên phim Xquang trung bình là 4,34 $\pm$ 1,64 cm, thực quản hình sigma chiếm 20,5%. Nội soi lỗ tâm vị co thắt chiếm 84,6%, thực quản giãn chiếm 79,5% và có 71,8% BN có ứ đọng dịch – thức ăn.

3.2. Kết quả trong mổ

Bảng 3.2. Kết quả trong mổ

Thông số kỹ thuật trong phẫu thuật		X $\pm$ SD (min-max)	
		n	Tỷ lệ (%)
Chiều dài trung bình đường mở (cm)	Tổng	8,22 $\pm$ 0,45 (7,0-9,0)	
	Thực quản	5,89 $\pm$ 0,38 (5,0-6,5)	
	Dạ dày	2,32 $\pm$ 0,33 (2,0-3,0)	
Thời gian phẫu thuật (phút)		118,21 $\pm$ 23,21 (70 - 170)	
Lượng máu mất (ml)		7,18 $\pm$ 2,99 (5-15)	
Tai biến trong mổ	Không	35	89,7
	Rách màng phổi trái	1	2,6
	Thủng niêm mạc thực quản	2	5,1
	Tràn khí dưới da	1	2,6

Chiều dài đường mở cơ thực quản tâm vị TB là 8,22 $\pm$ 0,45 cm, thời gian phẫu thuật TB là 118,21 $\pm$ 23,21 phút. Lượng máu mất TB là 7,18 $\pm$ 2,99ml. Tỷ lệ BN gặp tai biến trong mổ chiếm 10,3%.

3.3. Kết quả sau mổ

Bảng 3.3. Kết quả sau mổ

Kết quả sau mổ		X $\pm$ SD (min-max)	
		n	Tỷ lệ (%)
Mức độ đau	Đau ít (1-2 điểm)	37	94,9
	Đau vừa (3-4 điểm)	2	5,1
	Đau nhiều (5-6 điểm)	0	0
Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)		1,54 $\pm$ 0,43 (1 – 3)	
Thời gian trung tiện (giờ)		24,59 $\pm$ 6,74 (19-48)	
Thời gian bắt đầu ăn đường miệng (ngày)		2,69 $\pm$ 0,8 (1-4)	
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		6,26 $\pm$ 1,23 (3-10)	
Biến chứng sau mổ		0	

Mức độ đau sau mổ (VAS) chủ yếu đau ít với 94,9%, thời gian dùng thuốc giảm đau TB là $1,54 \pm 0,43$ ngày. Thời gian trung tiện TB là $24,59 \pm 6,74$ giờ. Thời gian bắt đầu cho ăn đường miệng TB là $2,69 \pm 0,8$ ngày, thời gian nằm viện TB là $6,26 \pm 1,23$ ngày. Không có biến chứng sau phẫu thuật.



Biểu đồ 3.1. Mức độ hài lòng của BN sau PT

Phần lớn BN đánh giá kết quả PT ở mức Hài lòng đến Rất hài lòng (97,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân. Tuổi trung bình của nhóm BN trong nghiên cứu là 49,03 tuổi, nhỏ nhất là 19 tuổi và cao nhất là 81 tuổi. Kết quả này cho thấy bệnh co thắt tâm vị xuất hiện ở mọi lứa tuổi, đặc biệt thường gặp ở lứa tuổi từ 30 đến 60 tuổi [1], [2]. Kết quả này tương đồng với tác giả Bùi Duy Dũng, tuổi trung bình là $49,7 \pm 15,9$ tuổi, nhóm tuổi từ 30-50 chiếm 53,3% [4]. Về giới tính, nữ giới chiếm đa số với 69,2% và nam giới chiếm 30,8%. Kết quả tương tự với Đỗ Trường Sơn, nữ chiếm 55,8%, nam chiếm 44,2% [5]. Các tác giả Vaezi, Zaninotto lại có kết luận CTTV xảy ra với tỷ lệ như nhau ở cả nam và nữ [1], [2].

Chỉ số BMI trung bình của nghiên cứu là $19,29 \text{ kg/m}^2$, với BMI thấp nhất là $12,07 \text{ kg/m}^2$. Kết quả này cũng tương đồng với tác giả Siow với BMI trung bình $20,9 \pm 4,72 \text{ kg/m}^2$ [6]. Phân loại tình trạng thể chất theo Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA) cho thấy BN chủ yếu ở mức ASA-1 và 2 chiếm 97,4%, chỉ có 01 BN (chiếm 2,6%) có ASA-3. Không có trường hợp nào ASA 4-5. Tác giả Siow cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ BN ASA 1-2 chiếm đa số với tỷ lệ 90,9% [6].

Điểm Eckardt là công cụ đơn giản, được sử dụng và chấp nhận rộng rãi để phân loại giai đoạn và theo dõi hiệu quả điều trị CTTV. Điểm Eckardt đánh giá tần suất xuất hiện của các triệu chứng: 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, cao nhất là 10 điểm. Tác giả SL Siow cũng có điểm Eckardt trung bình trước phẫu thuật là $7,8 \pm 2,52$ điểm [6].

4.2. Kết quả trong mổ. Trong nghiên cứu

của chúng tôi, tổng chiều dài đường mở cơ tâm vị thực quản trung bình là $8,22 \pm 0,45 \text{ cm}$ (7-9 cm), trong đó chiều dài đường mở cơ thực quản trên đường Z dài trung bình 5,89cm, chiều dài đường mở cơ tâm vị dưới đường Z dài trung bình 2,32cm (bảng 3.3). Theo Hướng dẫn điều trị CTTV của ISDE năm 2018, phẫu thuật cắt cơ Heller nội soi bao gồm một đường mở cơ về phía thực quản dài 6 cm và về phía dạ dày dài từ 2 đến 3 cm khi đo từ đường Z để kiểm soát hiệu quả các triệu chứng ở bệnh nhân CTTV [2]. Trong nghiên cứu của Siow trên 55 BN, tác giả thực hiện đường mở cơ dài 4-5cm về phía thực quản và 1,5-2 cm về phía dạ dày, kết quả 67,3% BN khỏi nuốt hoàn toàn, còn lại các BN có nuốt nghẹn thỉnh thoảng [6].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $118,21 \pm 23,21$ phút, ngắn nhất là 70 phút, dài nhất là 170 phút. Kết quả này tương đương các tác giả khác trong và ngoài nước: Siow (2021) có thời gian phẫu thuật TB là $144,1 \pm 38,33$ phút với 55 bệnh nhân CTTV [6]. Thời gian phẫu thuật trung bình khác nhau giữa các tác giả do sự khác nhau trong quy trình phẫu thuật, phương pháp nâng đỡ gan trái bộc lộ phẫu trường, dụng cụ phẫu tích trong quá trình mở cơ thực quản tâm vị. Và tổn thương thực quản kéo dài gây nên tình trạng thành thực quản mỏng, dễ rách thủng niêm mạc cũng là một yếu tố gây kéo dài thời gian phẫu thuật. Ngoài ra còn phụ thuộc vào thể trạng BN béo hay gầy, cao hay thấp, tình trạng ổ bụng nhiều hay ít mỡ, tùy thuộc vào dân phẫu thuật nội soi, dao siêu âm,... đặc biệt một yếu tố quan trọng góp phần quyết định thời gian phẫu thuật dài hay ngắn là trình độ, kinh nghiệm, thành thạo kỹ thuật và sự đồng bộ nhịp nhàng của các bác sĩ trong ê kíp phẫu thuật.

Lượng máu mất trung bình trong mổ là $7,18 \pm 2,99 \text{ ml}$, nhiều nhất là 15ml. Không có trường hợp nào phải truyền máu cấp cứu trong mổ do tai biến chảy máu. Nghiên cứu của tác giả Wang trên 25 BN PTNS Heller-Dor có lượng máu mất trung bình là $18,6 \pm 7,1 \text{ ml}$ (5-50) [7].

4.3. Kết quả sau mổ. Mức độ đau sau mổ được đánh giá sau mổ 24 giờ theo thang điểm VAS, đánh giá khi BN tỉnh táo hoàn toàn và tinh thần đã ổn định. Kết quả cho thấy tỷ lệ BN đau mức độ nhẹ (1-2 điểm) chiếm phần lớn với 94,9%, còn lại 5,1% đau mức độ vừa (3-4 điểm), không có trường hợp nào đau nhiều đến rất nhiều sau mổ. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là $1,54 \pm 0,43$ ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 3 ngày sau mổ. Như vậy đa số BN đau nhẹ và có nhu cầu dùng thuốc giảm đau ít. Đây chính là ưu điểm của PTNS cắt

cơ tâm vị thực quản, bởi vết mổ nhỏ, lực tác động vào cơ thành bụng ít nên sau mổ BN ít đau, hồi phục vận động và sức khỏe sớm.

Thời gian trung tiện trung bình là $24,59 \pm 6,74$ giờ, nhanh nhất là 19 giờ, chậm nhất là 48 giờ. Thời gian trung tiện sớm sau mổ là một trong những ưu điểm của PTNS nói chung và PTNS cắt cơ tâm vị thực quản điều trị CTTV nói riêng, bởi vết mổ nhỏ, tổn thương phúc mạc ít, lực tác động lên phúc mạc và thành bụng ít do đó BN có trung tiện sớm và sẽ phục hồi nhanh, giảm biến chứng cũng như rút ngắn được thời gian nằm viện.

Thời gian cho ăn đường miệng trung bình $2,69 \pm 0,8$ ngày, sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 4 ngày ở 01 BN có tai biến thủng niêm mạc thực quản trong mổ. Những BN phẫu thuật không có tai biến được hướng dẫn uống chất lỏng vào ngày hậu phẫu thứ nhất và chuyển sang chế độ ăn mềm nếu không ghi nhận biến chứng. Theo tác giả Siow, thời gian trung bình để ăn theo chế độ ăn uống là $3,2 \pm 2,2$ ngày sau phẫu thuật [6]. Trong thời gian đầu triển khai PTNS cắt cơ tâm vị thực quản, chúng tôi thường cho ăn muộn, những BN về sau chúng tôi cho ăn sớm hơn. Nuôi ăn sớm sau mổ không làm gia tăng các biến chứng miệng nổi tiêu hóa mà nó có tác dụng làm giảm stress sau mổ và hồi phục sức khỏe sớm sau mổ. Phần lớn BN tại thời điểm ra viện có thể ăn thức ăn mềm lỏng, sau 7-10 ngày có thể tập quay trở lại chế độ ăn cơm bình thường, tình trạng dinh dưỡng được cải thiện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là $6,26 \pm 1,23$ ngày, nhanh nhất là 3 ngày, dài nhất là 10 ngày. Theo Siow, thời gian nằm viện trung bình là $4,9 \pm 4,3$ ngày [6]. Trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Trường Sơn, ở 48 BN PT Heller-Dor có thời gian nằm viện trung bình là $5,9 \pm 1,32$ ngày (3-9 ngày) [5]. Như vậy thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn một số nghiên cứu trong và ngoài nước từ 1-3 ngày, điều này được lý giải do thời gian nằm viện trùng vào 2 ngày nghỉ cuối tuần cũng như tâm lý của BN và người nhà muốn ở lại viện để theo dõi thêm.

Trong quá trình theo dõi hậu phẫu của nhóm BN, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng trong thời gian nằm viện sau mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ được ghi nhận là tùy thuộc vào khoảng thời gian thực hiện của từng nghiên cứu, địa điểm và từng trung tâm, bệnh viện. Trong nghiên cứu của tác giả Wang, tất cả BN đều hồi phục bình thường mà không có biến chứng sau PT [7]. Nghiên cứu của Siow cho kết quả tỷ lệ biến chứng là 10,9% [6]. Trong nghiên cứu của

Rosemurgy trên 246 BN sau PT Heller-Dor, tỷ lệ biến chứng là 9,35%, trong đó tỷ lệ BN nhiễm trùng vết mổ và viêm phổi đều chiếm 0,8% [8].

Khi đánh giá mức độ hài lòng của BN về kết quả phẫu thuật cho thấy phần lớn BN trả lời từ hài lòng đến rất hài lòng (64,1% BN rất hài lòng, 33,3% BN hài lòng). Có 01 BN (chiếm 2,6%) trả lời bình thường về kết quả PT: BN có rối loạn lo âu kèm theo, than phiền nuốt nghẹn nhẹ sau mổ, tuy nhiên BN vẫn ăn uống được, không nôn trớ sau ăn). Không có bệnh nhân nào trả lời không hài lòng về hiệu quả của phẫu thuật mang lại. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các tác giả trong và ngoài nước. Trong nghiên cứu của Siow, tất cả các bệnh nhân đều báo cáo kết quả khả quan, tỷ lệ rất hài lòng (67,3%) và hài lòng (32,7%) về kết quả phẫu thuật [6]. Sau PT, mức độ hài lòng của BN phản ánh ảnh hưởng của các rối loạn (nuốt nghẹn, trào ngược, đau tức ngực...) đến chất lượng cuộc sống của BN và hiệu quả cải thiện triệu chứng tuyệt vời sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị cơ thắt tâm vị theo phương pháp Heller kết hợp tạo van chống trào ngược là phương pháp an toàn, hiệu quả, tỷ lệ tai biến biến chứng thấp và thời gian hồi phục sau phẫu thuật ngắn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vaezi M. F., Pandolfino J. E., Yadlapati R. H., Greer K. B., and Kavitt R. T.,** "ACG Clinical Guidelines: Diagnosis and Management of Achalasia," *Am. J. Gastroenterol.*, vol. 115, no. 9, Art. no. 9, Sep. 2020, doi: 10.14309/ajg.0000000000000731.
2. **G. Zaninotto et al.,** "The 2018 ISDE achalasia guidelines," *Dis. Esophagus*, vol. 31, no. 9, Art. no. 9, Sep. 2018, doi: 10.1093/dote/doy071.
3. **H.-K. Jung et al.,** "2019 Seoul Consensus on Esophageal Achalasia Guidelines," *J. Neurogastroenterol. Motil.*, vol. 26, no. 2, pp. 180–203, Apr. 2020, doi: 10.5056/jnm20014.
4. **Bùi Duy Dũng 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. Phamarcy*, Apr. 2022, doi: 10.52389/ydls.v17i2.1144.
5. **Đỗ Trường Sơn và Phạm Đức Huân,** "Phẫu thuật nội soi điều trị bệnh cơ thắt tâm vị: Kinh nghiệm qua 10 năm theo dõi tại Khoa phẫu thuật tiêu hoá Bệnh viện Việt Đức," *Tạp Chí Học Lâm Sàng*, vol. 33, pp. 68–72, 2016.
6. **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.
7. **Wang Q., Liu L., Dong L., Shen Z., Zhou D., and Hu C.,** "Laparoscopic Heller-Dor operation

for patients with achalasia," Chin. Med. J. (Engl.), vol. 119, no. 6, p. 443, Mar. 2006.

8. S. Rosemurgy, C. A. Morton, M. Rosas, M. Albrink, and S. B. Ross, "A single institution's

experience with more than 500 laparoscopic Heller myotomies for achalasia," J. Am. Coll. Surg., vol. 210, no. 5, Art. no. 5, May 2010, doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.01.035.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP MÔ LIÊN KẾT LÔNG LÊO TRÊN CÂN (PAT) KẾT HỢP GHÉP DA TRONG ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHỨC TẠP CÓ LỘ GÂN

Thân Văn Hùng¹, Hoàng Trần Bá¹, Trần Quốc Gia¹,
Đỗ Mạnh Hiếu¹, Mai Xuân Trường¹, Võ Cao Hoàng Phú²,
Mai Trọng Tường³, Phạm Hiếu Liêm⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khuyết hổng mô mềm lộ gân là thách thức lớn trong điều trị do cấu trúc gân vốn nghèo nàn mạch máu, dễ bị nhiễm trùng, hoại tử khi bị bộc lộ ra môi trường bên ngoài. Ghép da lên nền gân không khả thi vì thiếu nguồn mạch máu nuôi dưỡng, dễ hoại tử mảnh ghép. Do đó việc tìm vật liệu thích hợp để che phủ sớm cho vùng lộ gân được đặt ra. Mảnh ghép mô liên kết lông lêo trên cân tự thân (Perifascial areolar tissue – PAT) là một vật liệu tiềm năng, giúp tạo lớp nền thay thế tổ chức hạt, tạo điều kiện cho ghép da. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu về đặc điểm vết thương có lộ gân; đánh giá sức sống và hiệu quả che phủ vùng lộ gân của mảnh ghép mô liên kết lông lêo trên cân kết hợp ghép da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 26 bệnh nhân với 36 vết thương lộ gân được phẫu thuật che phủ bằng mảnh ghép PAT kết hợp ghép da, được thực hiện tại Khoa Bỏng – vi phẫu tạo hình, Viện Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 175 trong thời gian từ tháng 3 năm 2021 đến tháng 10 năm 2024. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca, hồi cứu. Nghiên cứu ghi lại các dữ liệu về đặc điểm nền của bệnh nhân, đặc điểm vết thương, đánh giá kết quả sống sót của mảnh ghép PAT và da ghép sau phẫu thuật 7 ngày, 14 ngày, 1 tháng và 3 tháng, đánh giá khả năng trượt của gân sau 3 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ mảnh ghép PAT sống sót chiếm 97.4 %. Tỷ lệ da ghép sống là 93.3%. Đa số bệnh nhân (86.4%) không có tình trạng dính gân, cho phép chức năng vận động bình thường. **Kết luận:** Ghép PAT kết hợp ghép da là phương pháp đáng tin cậy, che phủ được vùng lộ gân xương thay thế cho vật da và hạn chế dính gân, phù hợp với những trường hợp vết thương có vùng lộ gân

kích thước nhỏ và vừa. **Từ khóa:** mô liên kết lông lêo trên cân, PAT, lộ gân, vết thương lộ gân xương

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF PERIFASCIAL AREOLAR TISSUE (PAT) GRAFTING COMBINED WITH SKIN GRAFTING IN THE TREATMENT OF COMPLEX WOUNDS WITH EXPOSED TENDONS

Background: Soft tissue defects with exposed tendons present a significant challenge in treatment due to the tendon's inherently poor vascularity, making it prone to infection and necrosis when exposed to the external environment. Direct skin grafting over tendons is often unfeasible due to inadequate blood supply, leading to graft necrosis. Consequently, identifying an appropriate material for early coverage of exposed tendons is critical. Autologous perifascial areolar tissue (PAT) grafting has emerged as a promising option, providing a vascularized base to replace granulation tissue and facilitate successful skin grafting. **Objectives:** - To describe the characteristics of wounds with exposed tendons in cases treated with PAT grafting. - To evaluate the viability and efficacy of PAT grafting combined with skin grafting in covering exposed tendon regions. **Materials and Methods:** Study Population: The study included 26 patients with 36 wounds involving exposed tendons, treated with PAT grafting combined with skin grafting. Procedures were performed at the Department of Burns, Microsurgery and Plastic Surgery, Institute of Orthopedic Trauma, Military Hospital 175, from March 2021 to October 2024. Study Design: A descriptive case series with retrospective analysis. Data Collection: Patient demographics, wound characteristics, and outcomes were recorded. The survival of PAT grafts and skin grafts was assessed at 7 days, 14 days, 1 month, and 3 months post-surgery, with tendon gliding function evaluated at 3 months. Results: The survival rate of PAT grafts was 97.4%, while the skin graft survival rate reached 93.3%. The majority of patients (86.4%) exhibited no tendon adhesion, allowing normal functional movement. Conclusion: PAT grafting combined with skin grafting is a reliable technique for covering exposed tendons, serving as an effective alternative to flap surgery. It minimizes tendon

¹Bệnh viện Quân y 175

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh

⁴Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm

Email: drliempham@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025