

với 6/11 trường hợp với VV ECMO và 40/56 VA ECMO

- Vị trí chảy máu ở chân canuyl ECMO là phổ biến với VA ECMO 28/56 trường hợp so với 3/11 trường hợp VV ECMO

- Huyết khối trong quá trình chạy ECMO được phát hiện trên 5 trường hợp đều thuộc nhóm VA ECMO chiếm 7,4%

- Huyết khối động mạch được lấy trong quá trình kết ECMO ở nhóm VA ECMO là 9 trường hợp chiếm 13,4%

- Tỷ lệ DIC 38,04%

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fabio Sangalli N. P.** (2014). ECMO-Extracorporeal Life Support in Adults. Pringer, 3-77.
2. **Buck M. L.** (2005). Control of Coagulation during Extracorporeal Membrane Oxygenation. J Pediatr Pharmacol Ther, 10 (1), 26-35.
3. **Aubron C., DePuydt J., Belon F. et al** (2016). Predictive factors of bleeding events in adults undergoing extracorporeal membrane oxygenation. Ann Intensive Care, 6 (1), 97.
4. **Chang X, Li X, Guo Z, et al.** Analysis of complications in 61 extracorporeal membrane oxygenation cases. Zhonghua wai ke za zhi [Chinese Journal of Surgery] 2016;54:384-388.

5. **Panigada M, Iapichino G, L'Acqua C, et al.** Prevalence of "flat-line" thromboelastography during extracorporeal membrane oxygenation for respiratory failure in adults. Asaio Journal 2016;62:302-309.

6. **Guodong G, Lin L, Qiang H, et al.** Outcome of extracorporeal membrane oxygenation support for adult patients in Fuwai Hospital during the last 10 years: treatment strategy and risk factors. Zhonghua wei zhong bing ji jiu yi xue 2015;27:959-964.

7. **Phạm Đăng Thuận.** Nhận xét hiệu quả phác đồ chống đông bằng heparin trong kỹ thuật tim phổi nhân tạo tại giường, Luận văn thạc sĩ Y học 2016; Tạp chí Y Học Việt Nam, Hà Nội.

8. **Kasirajan V, Smedira NG, McCarthy JF, et al.** Risk factors for intracranial hemorrhage in adults on extracorporeal membrane oxygenation. Eur J Cardiothorac Surg 1999;15:508-14. doi:10.1016/s1010-7940(99)00061-5

9. **Sakamoto S, Taniguchi N, Nakajima S, et al.** Extracorporeal life support for cardiogenic shock or cardiac arrest due to acute coronary syndrome. The Annals of thoracic surgery 2012;94:1-7.

10. **Lubnow M, Philipp A, Foltan M, et al.** Technical complications during veno-venous extracorporeal membrane oxygenation and their relevance predicting a system-exchange-retrospective analysis of 265 cases. PloS one 2014;9:e112316.

## ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ NẮC (HICCUP) KÉO DÀI: NHẬN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG NẮC KÉO DÀI 12 NĂM

Hà Văn Quyết<sup>1</sup>, Đặng Quốc Ái<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Viêm trào ngược Dạ dày-Thực quản (GERD) là một trong những nguyên nhân gây Nấc. Chúng tôi giới thiệu một trường hợp nấc kéo dài 12 năm. Đây là trường hợp đầu tiên điều trị phẫu thuật nội soi ổ bụng. Bệnh nhân đã trải qua điều trị trong thời gian dài với nhiều phương pháp khác nhau nhưng không thuyên giảm cho đến khi được phẫu thuật. Khi tiến hành phẫu thuật bệnh nhân có thoát vị hoành thể trượt. Tâm vị dính vào cơ hoành và kéo trượt lên trên lệch về bên phải, một phần mạc nối nhỏ và mạc nối lớn chui qua khe hoành. Sau khi phẫu tích chúng tôi thấy thần kinh X gấp dính và đè bởi tâm vị và bao thoát vị. Tiến hành gỡ dính các dây thần kinh, khâu khép kín lỗ hoành và tạo van chống trào ngược kiểu Toupet. Sau mổ bệnh nhân hết nấc và kiểm tra lại sau 2 tháng thì hết nấc và không còn trào ngược. Phẫu Thuật nội soi có thể điều

trị những trường hợp nấc mãn tính và kéo do trào ngược và thoát vị khe hoành.

**Từ khóa:** mổ nội soi, trào ngược dạ dày thực quản, nấc kéo dài.

### SUMMARY

#### APPLICATION OF LAPAROSCOPIC SURGERY TO TREATMENT FOR LONG-LASTING HICCUPS

Gastroesophageal reflux disease (GERD) is one of the causes of hiccup. We presented a case who suffered from hiccup for 12 years because of GERD. To the best of our knowledge, this was the first case that hiccup was treated by laparoscopic surgery. The patient underwent a number of different treatment approaches which were ineffective before undergoing endoscopic surgery. Observationally, the cardia appeared to adhere to the diaphragm and was pulled toward the diaphragm on the right. The small omentum and a part of the greater omentum stuck to the diaphragm. After dissecting, we found that the X cranial nerve was pressed between the cardia and the membrane of the herniation. After separating the nerve from fibrous regions, we sewed the diaphragm and performed a Toupet's fundoplication. The patient had no reflux nor hiccup for the two months after the

<sup>1</sup>Trường Đại học Phenikaa

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 9.3.2023

surgery. An electrocardiogram at the two-month follow-up showed normal cardiac and no herniation. Laparoscopic surgery thus should be considered as a novel surgical option for the treatment of persistent hiccups due to GERD and hiatal hernia.

**Keywords:** Laparoscopic surgery, GERD, hiccup.

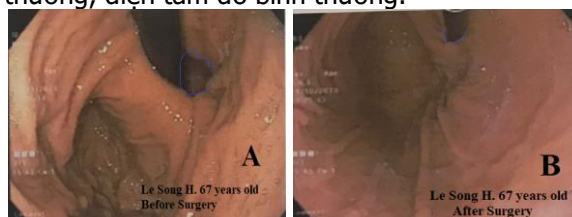
## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nấc là những cơn co thắt lặp đi lặp lại không chủ ý của cơ hoành, tạo ra âm thanh của thanh môn, sự co thắt không kiểm soát theo nhịp gây ra tiếng nấc. Nấc hay gặp hơn ở nam giới. Tình trạng bệnh lý này được xếp loại theo mức độ kéo dài của nấc.<sup>1</sup> Theo Steger M và cộng sự điều trị cho 341 bệnh nhân nấc, đã báo cáo trong 15 bài báo nghiên cứu đã công bố và phân ra 2 loại nấc là: Nấc cấp tính hay nấc ngắn và nấc mạn tính hay nấc dài. Nấc cấp tính thông thường chỉ nấc một thời gian ngắn (khoảng vài giờ đến vài ngày giao động trong 48 giờ, tần số thấp). Nấc mạn tính là những trường hợp nấc liên tục và kéo dài nhiều giờ, nhiều ngày, thậm chí nấc kéo dài trong vài tháng, vài năm.<sup>2</sup> Nấc ngắn không ảnh hưởng nhiều nhưng nấc dai dẳng ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống cho người bệnh, rất khó chịu, mệt mỏi, mất ngủ, sụt cân... Nếu nấc ngắn chỉ thoáng qua hoặc chỉ thời gian ngắn và có thể chữa khỏi ngay thì nấc dài sẽ được coi là bệnh lý, điều trị khó và có những trường hợp phải can thiệp thủ thuật.<sup>3</sup> Nấc còn là biểu hiện nhiều loại bệnh lý tiêu hóa, thần kinh, các khối u lành tính hay ác tính nên cần phải xác định sớm và có các phương pháp điều trị triệt căn. Điều trị Nấc có nhiều phương pháp tùy thuộc vào nguyên nhân gây nấc. Đối với Nấc ngắn có thể chỉ dùng các thủ thuật nhẹ nhàng, trường hợp nấc kéo dài có thể dùng các thủ thuật như phong bế thần kinh và phẫu thuật xử lý các nguyên nhân gây nấc sau khi đã xác định chính xác.<sup>4,5</sup> Đối với những trường hợp nấc mà do bệnh lý viêm trào ngược dạ dày - thực quản (GERD), được điều trị các loại thuốc chống trào ngược có thể có kết quả tốt, nhưng những trường hợp GERD mà có tổn thương như thoát vị hoành trượt, thoát vị khe hoành... thì điều trị bằng thuốc chỉ khỏi tạm thời, hay tái phát. Do vậy phải có can thiệp phẫu thuật sau khi điều trị thuốc không kết quả. Theo y văn thế giới chưa có trường hợp Nấc kéo dài do Viêm trào ngược dạ dày - thực quản được điều trị phẫu thuật.

## II. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG

Nhân có một bệnh nhân bị nấc dai dẳng hơn 12 năm đã được chẩn đoán xác định và điều trị khỏi bệnh nấc do GERD bằng phẫu thuật, chúng

tôi trình bày ca bệnh như sau: Bệnh nhân nam, tên là Lê Song H, 67 tuổi. Địa chỉ: Thành phố Điện Biên, Việt Nam. Bệnh nhân có biểu hiện đau bụng, đầy tức, ợ hơi, ợ chua, nóng rát vùng ngực, cổ họng. Nhưng đặc biệt là nấc kéo dài từ hơn 12 năm nay. Bệnh nhân nấc liên tục, cả lúc ăn hoặc không ăn. Nấc cả ban ngày và ban đêm, cả lúc ngủ. Bệnh nhân được điều trị nhiều phương pháp như uống thuốc viêm loét dạ dày, được châm cứu, các thuốc thần kinh, an thần, các phương pháp lý liệu pháp... nhưng không khỏi. Nấc đã làm cho bệnh nhân ăn kém, gầy sút, hơn nữa dẫn đến tinh thần bất ổn, lo lắng triền miên kéo dài hơn 12 năm. Bệnh nhân được khám và cho vào Bệnh viện Bảo sơn II ngày 09 tháng 09 năm 2019. Xác định triệu chứng lâm sàng là GERD. Nội soi thực quản dạ dày: viêm trào ngược dạ dày - thực quản độ 2, kèm theo có thoát vị hoành trượt. Quay ngược ống soi thấy lỗ thoát vị rộng, một phần tâm phình vị bị kéo lên qua khe cơ hoành (hình A), niêm mạc tâm vị viêm loét do trào ngược, niêm mạc dạ dày viêm xung huyết. Chụp XQuang dạ dày đầu dốc không rõ tổn thương. Các xét nghiệm: test HP hơi thở dương tính, X Quang tim phổi bình thường, điện tâm đồ bình thường.



**Hình ảnh: Nội soi lỗ tâm vị trước mổ và sau mổ của bệnh nhân**

(A) Khe cơ hoành rộng, lỗ tâm vị và một phần tâm phình vị bị kéo lên cao qua khe hoành. (B) Lỗ tâm vị ở vị trí bình thường, đóng kín.

Kết luận chẩn đoán: Nấc kéo dài do viêm trào ngược dạ dày - thực quản có thoát vị hoành trượt. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ngày 10 tháng 09 năm 2019. Tiến hành Phẫu thuật nội soi với 5 trocar. Thăm dò thấy phần tâm vị dạ dày bị kéo qua khe hoành phải, tâm vị dính vào khe hoành kèm theo mạc nối nhỏ và một phần mạc nối lớn dính vào khe hoành. Tiến hành giải phóng dạ dày ra khỏi khe hoành, xác định rõ đó là thoát vị hoành qua khe hoành. Phẫu tích rõ Dây thần kinh X bị ép căng giữa tâm vị và màng bao thoát vị. Sau khi gỡ dây thần kinh ra khỏi tổ chức xơ, kiểm tra màng phổi bình thường, tiến hành khâu kín khe hoành bằng chỉ vicryl 1.0 đồng thời tạo van chống trào ngược kiểu Toupet.

Phẫu thuật nội soi kết thúc sau 2 giờ tiến

hành thuận lợi. Hậu phẫu bệnh nhân hoàn toàn ổn định và đặc biệt là không còn biểu hiện nấc liên tục, ngày thứ 1-2 sau mổ còn nấc 1-2 lần và 5 ngày sau thì khỏi hẳn (hết nấc). Bệnh nhân được xuất viện sau 10 ngày. Kiểm tra sau 2 tháng bệnh nhân ăn uống bình thường, không nghẹn, không còn trào ngược và không còn nấc, nội soi kiểm tra thấy lỗ tâm vị ở vị trí bình thường và không còn thoát vị (hình B).

### III. BÀN LUẬN

**3.1. Nguyên nhân:** Nấc do nhiều nguyên nhân tùy thuộc các loại nấc. Nếu nấc ngắn, cấp tính thường do do bệnh lý hệ tiêu hóa kích thích thần kinh hoành khi nuốt nhanh, chướng bụng, do trào ngược... Nấc có thể gặp trong một số trường hợp bị stress hoặc hysteria hoặc do tổn thương hệ thần kinh trung ương. Nấc cũng có thể xuất hiện ở một số người bệnh sau khi phẫu thuật như sau phẫu thuật ổ bụng. Nấc gặp khá nhiều trong việc sử dụng một số dược phẩm hoặc hóa chất độc như thuốc thuộc nhóm corticosteroid, thuốc an thần. Những trường hợp nấc mạn tính lại do một số nguyên nhân bệnh lý như Viêm trào ngược dạ dày-thực quản là một trong các bệnh lý của dạ dày gây ra nấc nhiều nhất.<sup>6,7</sup> Nấc là một trong những triệu chứng thường gặp khi bị trào ngược dạ dày, nó không chỉ gây cảm giác khó chịu mà còn gây ra tình trạng bệnh lý kéo dài. Khi bị trào ngược axit, ăn mòn niêm mạc thực quản dẫn đến loét gọi là loét Barrett, là tổn thương loét ở phần thấp thực quản và phần sát tâm vị. Tổn thương loét này có thể bị biến đổi thành ác tính và dẫn đến ung thư. Nhưng trào ngược dạ dày thực quản lại do nhiều nguyên nhân và nguyên nhân thường gặp là do thoát vị hoành trượt. Một phần tâm vị dạ dày chui qua khe hoành tạo thành một túi phình nằm giữa hoặc trên khe hoành.

#### 3.2. Điều trị

**Nấc ngắn, cấp tính:** Gần như tất cả các cơn nấc ngắn đều mất dù có hoặc không điều trị. Nhiều phương pháp điều trị đã được sử dụng để điều trị nấc nhẹ nhàng như: Nín thở, hít thở sâu, uống nước, nhẹ nhàng kéo lưỡi, kích thích nôn mửa, xoa nhẹ nhãn cầu và ấn huyệt...

**Nấc mạn tính, kéo dài:** Nhiều nghiên cứu cho thấy đối với những cơn nấc dai dẳng, cần phải điều trị, đặc biệt khi nguyên nhân được xác định. Nếu do bệnh lý kích thích thần kinh hoành hoặc tổn thương hệ thần kinh trung ương có thể sử dụng số loại thuốc bao gồm chlorpromazine, baclofen, metoclopramide và gabapentin.<sup>1,6,7,8</sup> Điều trị nấc do bệnh trào ngược dạ dày được M.

Steger và cộng sự báo cáo kết quả điều trị 341 bệnh nhân bằng các loại thuốc như Metoclopramide, Baclofen, Carbamazepine.<sup>2,8</sup> Phối hợp với các loại thuốc như: Thuốc ức chế bơm Proton (Lansoprazole), thuốc giảm tiết axit (Omeprazole), thuốc chống viêm, thuốc kháng sinh diệt vi khuẩn HP. Nếu thuốc không có tác dụng, có thể phong bế dây thần kinh bằng cách tiêm vào nó một lượng nhỏ thuốc gây tê cục bộ gọi là procaine. Nếu việc ngăn chặn dây thần kinh hoạt động nhưng cơn nấc trở lại có thể phẫu thuật cắt dây thần kinh, nhưng một số trường hợp không có kết quả.

Tất cả những biện pháp trên chỉ hiệu quả cho những trường hợp viêm trào ngược không do tổn thương thực thể mà do rối loạn co thắt thực quản – dạ dày. Dùng thuốc sẽ giảm viêm, giảm tiết dịch vị, điều hòa co thắt nên sẽ có kết quả và thường kéo dài hoặc bằng nhiều đợt điều trị. Nhiều nghiên cứu của các trung tâm phẫu thuật trên thế giới về kết quả điều trị phẫu thuật tạo van (Nissen, Toupet...) điều trị GERD có kết quả từ 75-85% và tỷ lệ tái phát sau 5 năm từ 25-35% cho các trường hợp có chỉ định phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa không có kết quả. Những trường hợp GERD có kèm theo thoát vị hoành, hở khe hoành cần phải điều trị phẫu thuật. Theo Carbane J và cộng sự nguyên nhân là do thoát vị hoành hoặc do lỗ hoành rộng, phần tâm vị dạ dày kéo lên qua khe hoành nên gây chèn ép hoặc do trượt lên, xuống nhiều, kéo dài hoặc gây dính, gập dây thần kinh hoành gây kích thích dẫn đến tình trạng nấc.<sup>5</sup> Một báo cáo của Lee AR và cộng sự đã thông báo có 3 trường hợp nấc được phong bế hạch hình sao (Stellate ganglion) có kết quả.<sup>5</sup> Tuy nhiên có trường hợp nấc kéo dài phải điều trị phong bế thần kinh hoành 2 bên nhưng cũng không có kết quả khả quan sau vài tuần.<sup>4</sup> Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi có bệnh lý viêm trào ngược, có biểu hiện nấc kéo dài, điều trị nội khoa không kết quả. Nguyên nhân nấc do viêm trào ngược do thoát vị hoành đã được xác định với triệu chứng lâm sàng, nội soi dạ dày thấy rõ hình ảnh thoát vị hoành trượt với vòng thắt vùng tâm vị cùng với túi phình cực trên tâm vị. Thăm dò khi phẫu thuật nội soi thấy rõ khe hoành mở rộng, một phần tâm vị dạ dày bị kéo qua khe hoành, lên trên vòm hoành. Dây thần kinh Hoành trước và sau do thoát vị chèn ép lâu ngày nên gập và dính vào tổ chức xơ bao thoát vị đã được phẫu tích tách rời. Chúng tôi tiến hành các kỹ thuật bóc tách, gỡ dính nhẹ nhàng, cẩn thận ít gây tổn thương các thành phần vùng tâm vị dạ dày

không làm thủng, tránh tổn thương các sợi dây thần kinh hoành, phẫu tích rõ đoạn thực quản tâm vị để kéo xuống và bộc lộ rõ khe hoành giữ hai cột trụ hoành phải và trái. Khi phẫu tích thấy thân dây thần kinh hoành sau (hay gọi là Thần kinh hoành trái) bị dính gập sát ngay thành tâm vị ngay ở mức tổn thương thoát vị trượt. Điều này có thể giải thích dây thần kinh hoành khi bị kích thích dễ gây ra nấc cho nên có kỹ thuật phong bế thần kinh hoành để điều trị nấc. Chúng tôi đã tiến hành phẫu tích tách dây thần kinh hoành ra khỏi tổ chức xơ dính. Sau đó chúng tôi tiến hành khâu lại khe hoành bằng chỉ vicryl 1.0 và tạo van chống trào ngược theo phương pháp Toupet. Với phẫu thuật triệt để này, dạ dày trở lại vị trí cũ, không còn thoát vị qua khe, dây thần kinh X không bị tổn thương và không còn kích thích, không còn trào ngược do đã tạo van nên kết quả sau mổ tốt, bệnh nhân hết nấc và không còn trào ngược sau 2 tháng kiểm tra. Qua trường hợp này, nếu có bệnh nhân GERD có nấc kéo dài mà kèm theo thoát vị hoành, hở khe hoành nên can thiệp phẫu thuật để vừa điều trị triệt để GERD vừa điều trị nấc kéo dài.

#### IV. KẾT LUẬN

Nấc là chứng bệnh không nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng nó gây ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng sống, lao động và sinh hoạt hằng ngày cho người bệnh và là nguyên nhân của nhiều bệnh lý khác nhau. Do nhiều nguyên nhân khác nhau nên điều trị khó có kết

quả rõ rệt. Tuy nhiên đối với những trường hợp nấc do viêm trào ngược dạ dày – thực quản thì phải điều trị theo các nguyên nhân. Nếu trường hợp viêm trào ngược do thoát vị hoành trượt, thoát vị khe hoành... kèm theo nấc kéo dài thì nên tiến hành phẫu thuật để phục hồi khe hoành và tạo van chống trào ngược là phương pháp điều trị có hiệu quả nhất.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chang FY, et al** (2012). "Hiccup: Mystery, Nature and Treatment". Journal Neurogastroenterol Motil, 2012 Apr;18 (2); 123-130.
2. **Steger M, et al** (2015), "Systematic review: the pathogenesis and pharmacological". Aliment Pharmacol Ther 2015; 42:1037-1050.
3. **Odeh M, et al** (1990), "Termination of intractable hiccups with digital rectal massage". J Intern Med 1990; 227: 145-6.
4. **Mustafa Suren, et al** (2019), "Bilateral Phrenic Nerve Block for the Treatment of intractable Hiccup in a Palliative Care Patient: A Case Report", Bezmialem Science 2019; 7(3) 247-50.
5. **Lee AR, et al** (2018), "Treatment of persistent postoperative hiccup with stellate ganglion block". Medicin, 2018 Nov; 97(48): e13370.
6. **Nishikawa T, et al** (2015), "Intractable hiccups (singultus) abolished by risperidone, but not by haloperidol". Ann Gen Psychiatry 2015; 14:13.
7. **Wang T, Wang D** (2014), "Metoclopramide for patients with intractable hiccups: a multicentre, randomised, controlled pilot study. Intern Med J; 44:1205-9.
8. **Cabane J, et al** (2010), "A diseased esophagus is frequently the cause of chronic hiccup. A prospective study of 184 cases". Press Med 2010.39; e 141-6.

## BƠM XI MĂNG QUA CUỐNG ĐỐT SỐNG ĐÃ CỐ ĐỊNH NỆP VÍT LỖI SAU: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP

Hoàng Gia Du<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

Phẫu thuật cố định cột sống ngày càng được áp dụng rộng rãi với các bệnh nhân cao tuổi, loãng xương. Cơ sinh học bị thay đổi và/hoặc chất lượng xương kém có thể dẫn đến vỡ xương đốt sống ở đốt sống cuối cùng của đoạn cố định (13,2%). Việc điều trị bằng phẫu thuật mở rộng đoạn cố định gặp nhiều nguy cơ do chất lượng xương kém, người bệnh cao tuổi nhiều bệnh nền; trong khi phẫu thuật bơm xi măng thân đốt sống ngày càng được áp dụng rộng rãi

do tính ưu việt của nó là ít xâm lấn, chỉ cần gây tê tại chỗ, hiệu quả giảm đau nhanh. Tuy nhiên, bơm xi măng trên đốt sống đã cố định gặp nhiều khó khăn do sự thay đổi giải phẫu sau phẫu thuật, vị trí vít làm che vị trí vào của kim bơm xi măng qua cuống và làm che các mốc giải phẫu trên hình ảnh C-arm. Do đó đây là một kỹ thuật khó và ở Việt Nam theo ghi nhận của chúng tôi chưa có ca bệnh nào được báo cáo. Chúng tôi báo cáo một trường hợp xẹp đốt sống tại vị trí trên cùng của đoạn cố định đã được điều trị thành công bằng bơm xi măng sinh học qua cuống tại Bệnh Viện Bạch Mai.

**Từ khóa:** Tạo hình thân đốt sống, xẹp đốt sống ở bệnh nhân đã cố định cột sống.

#### SUMMARY

#### SPINAL INSTRUMENTATION RESCUE WITH CEMENT AUGMENTATION: A CASE REPORT

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 28.2.2023