

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MẤT ĐOẠN THỰC QUẢN Ở TRẺ LỚN SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP TỊNH TIẾN THỰC QUẢN NGOÀI LỒNG NGỰC

Tô Mạnh Tuấn¹, Nguyễn Minh Khôi¹, Nguyễn Văn Linh¹,
Vũ Thanh Tú¹, Phạm Thanh Tùng¹, Phạm Duy Hiền¹

TÓM TẮT

Tạo hình thực quản trong trường hợp 2 đầu tận thực quản cách xa nhau (long-gap) hiện còn là thử thách với các phẫu thuật viên nhi khoa trên toàn thế giới. Kỹ thuật này hầu hết được Y văn đề cập trong bệnh lý teo thực quản ở trẻ sơ sinh. Chúng tôi xin báo cáo 1 trường hợp phẫu thuật điều trị mất đoạn thực quản long-gap ở trẻ lớn sử dụng phương pháp tịnh tiến thực quản ngoài lồng ngực, điểm lại ý văn thể giới về các phương pháp đánh giá vị trí và tịnh tiến các đầu thực quản. **Từ khoá:** Teo thực quản, long-gap, làm dài thực quản

SUMMARY

TREATMENT OF ESOPHAGEAL SEGMENTATION IN CHILDREN USING EXTRATHORACIC ESOPHAGEAL ELONGATION METHOD. A CASE REPORT

Esophageal reconstruction in the case of long-gap esophageal atresia is still a challenge for pediatric surgeons around the world. This technique is mostly mentioned in the literature in neonatal esophageal atresia. We would like to report a case of surgical treatment of long-gap esophageal segmentation in an older child using extrathoracic esophageal elongation and review literature on methods of assessing the position and elongation of esophageal segments.

Keywords: Esophageal atresia, long-gap, elongation.

I. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 12 tuổi, tiền sử đã phẫu thuật thuật 2 lần tại bệnh viện tuyến cơ sở. Lần 1: Dẫn lưu ổ áp xe vùng cổ trước; lần 2: Cắt nang thực quản đôi. Sau phẫu thuật, bệnh nhân nuốt nghẹn (cả thức ăn lỏng và đặc). Khám lâm sàng tại thời điểm vào viện: trẻ tỉnh, thể trạng suy dinh dưỡng, cân nặng 40kg, chiều cao 155cm, BMI= 16.6, không có dấu hiệu nhiễm trùng, phổi thông khí đều, sẹo mổ cũ dài 10cm vùng nền cổ, mở thông dạ dày kiểu STAMM tại vị trí hạ sườn trái. Trẻ nuốt nghẹn hoàn toàn.

Về cận lâm sàng, chụp thực quản bằng thuốc

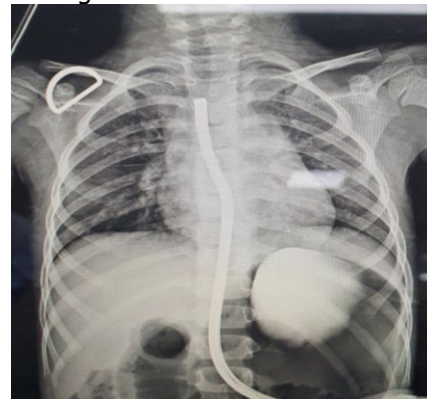
cản quang qua sonde vào đường tiêu hoá đặt từ mũi thấy thực quản cổ teo thành túi cùng nằm sát dưới hầu (ngang mức đốt sống C5), không thấy hình ảnh thuốc cản quang di chuyển xuống ngực.



Hình 1. Vị trí thực quản đầu trên

(Nguồn: tác giả)

Đánh giá vị trí đầu dưới bằng nội soi tiêu hoá qua lỗ mổ thông dạ dày, đi lên trên qua tâm vị thấy thực quản ngực teo thành túi cùng tại vị trí 9cm đo từ lỗ tâm vị. Chụp X-quang ngực không chuẩn bị với đầu ống soi cản quang đặt sát đáy túi cùng, thấy túi cùng thực quản dưới ngang mức đốt sống D3.



Hình 2. Vị trí thực quản đầu dưới

(Nguồn: tác giả)

Bệnh nhân được chẩn đoán mất đoạn thực quản sau mổ thực quản đôi (long-gap với 2 đầu túi cùng cách nhau 6 đốt sống, xấp xỉ 8cm)

Về điều trị, do khoảng cách 2 đầu thực quản lớn, khả năng phẫu thuật nối thực quản trực tiếp một thì khó khăn, nhiều nguy cơ tai biến trong

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tô Mạnh Tuấn

Email: tuannhpsep2007@gmail.com

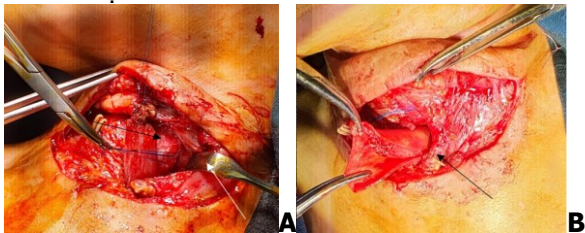
Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

và sau mổ, chúng tôi thực hiện phẫu thuật nhiều thì, áp dụng phương pháp tiến tiến thực quản ngoài lồng ngực.

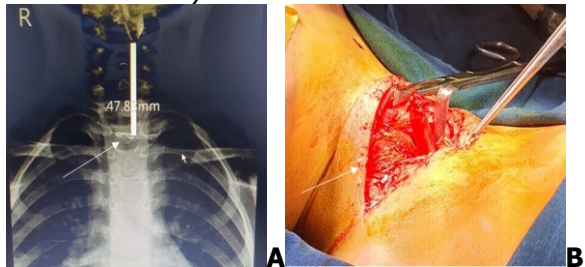
Bệnh nhân nằm ngửa, cổ uốn tối đa, rạch da theo sẹo mổ cũ vùng nền cổ, phẫu tích bộc lộ túi cùng thực quản trên nằm sát dưới hầu (ngang mức đốt sống C5). Cắt tuyến ức, qua nền cổ vào trung thất sau, bộc lộ, giải phóng, gỡ dính đầu thực quản dưới khỏi các tổ chức xung quanh. Sử dụng các mũi chỉ PDS 5.0 khâu treo thực quản dưới ra da, kết nối với 1 hệ thống dây kéo kiểu ròng rọc ngắt quãng với lực kéo hướng lên trên. Bọc kín đoạn thực quản dưới bằng Gore-tex giúp chống dính và hỗ trợ cho việc kéo dài thực quản theo 1 trục trên-dưới.



Hình 3. A. Bộc lộ 2 đầu thực quản; **B.** Bọc thực quản đầu dưới bằng Gore-tex (Mũi tên trắng: thực quản đầu trên; Mũi tên đen: thực quản đầu dưới) (Nguồn: tác giả)

Bệnh nhân được chăm sóc hậu phẫu, kéo ngắt quãng thực quản đầu dưới với lực hướng lên trên, tiến hành phẫu thuật lần 2 sau 7 ngày.

Thực quản đầu dưới tiếp tục được giải phóng, gỡ dính. Tại thì mổ này, túi cùng thực quản dưới đã tiếp cận vị trí đốt sống D1 (cách đầu trên 4.8cm).

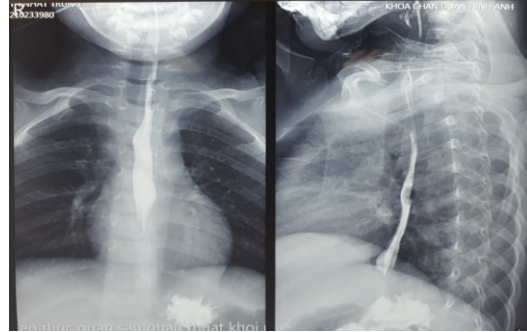


Hình 4. A. Vị trí thực quản đầu dưới sau lần mổ 1 (đánh dấu bằng clip cân quang); **B.** Làm dài thực quản tại lần mổ 2 (Nguồn: Tác giả)

Phẫu thuật lần 3 được thực hiện ngày sau phẫu thuật lần hai 14 ngày. Túi cùng dưới sau 2 thì mổ và 3 tuần kéo ngắt quãng đã đạt vị trí ngang mức đốt sống C5. Chúng tôi quyết định tạo hình thực quản với miệng nối tận-tận 1 lớp mũi rời PDS 5.0 (có đặt sonde dạ dày qua miệng nối), đánh giá miệng nối căng. Sau mổ, bệnh

nhân an thần thở máy trong 5 ngày, kháng sinh, PPIs, nuôi dưỡng tĩnh mạch.

Hiện tại, bệnh nhân đã ăn đặc đường miệng, không nghẹn sặc. Chụp thực quản thấy thuốc lưu thông qua miệng nối xuống tới dạ dày



Hình 5. Thuốc lưu thông qua miệng nối trên phim chụp thực quản sau phẫu thuật lần 3 (Nguồn: tác giả)

II. BÀN LUẬN

2.1. Về phương pháp lượng giá khoảng cách 2 đầu thực quản

Phương pháp trực tiếp: PTNS lồng ngực. Là phương pháp đánh giá bằng mắt thường, độ chính xác cao. Tuy nhiên, đây là phương pháp xâm lấn, chỉ áp dụng cho các bệnh nhân đủ điều kiện thực hiện PTNS tạo hình thực quản. Chúng tôi đồng thuận với Holcomm III về các tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân thực hiện kỹ thuật trên bao gồm: (1) Cân nặng > 2000g; (2) Huyết động ổn định và không có các dị tật tim mạch và hô hấp phức tạp; (3) Không có/ chỉ có tối đa 1 dị tật bẩm sinh kèm theo (như tắc tá tràng, không hậu môn...) [1].

Ngoài ra, PTNS lồng ngực không thể quan sát được vị trí các đầu thực quản ở vị trí cao (trên nền cổ), hoặc quá thấp (dưới cơ hoành)

Phương pháp gián tiếp: Chụp thực quản cản quang. Với đầu thực quản trên, dùng 1-3ml thuốc cản quang tan trong nước bơm qua sonde giúp hiện hình túi cùng. Ngoài ra, có thể chụp Xquang ngực không chuẩn bị với catheter đặt tại túi cùng hoặc bơm khí qua sonde, giúp giảm nguy cơ trào ngược thuốc cản quang vào đường hô hấp [2].

Với đầu thực quản dưới, đánh giá vị trí thông qua việc chụp phim với thuốc cản quang bơm qua sonde mở thông dạ dày [2]. Trong ca bệnh của chúng tôi, do là bệnh nhân lớn, dung tích dạ dày cao, cần bơm vào lượng thuốc cản quang lớn và đầu sonde bơm thuốc cản phải đặt qua tâm vị lên thực quản, gây khó khăn cho việc thực hiện kỹ thuật. Do đó, chúng tôi tận dụng ống nối

soi với camera dẫn đường, dễ điều khiển, đưa qua tâm vị, đẩy lên sát vị trí đáy túi cùng. Nhờ tính chất cản quang của ống soi, đánh giá được vị trí của đầu thực quản dưới trên phim Xquang ngực.

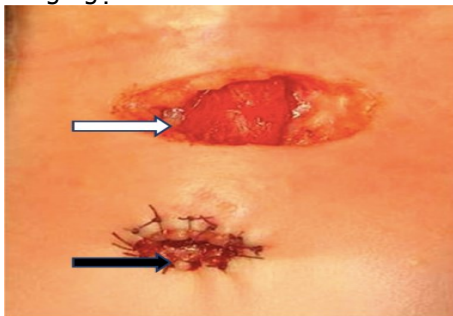
Nghiên cứu của các tác giả trên thế giới hiện chưa thống nhất về đơn vị đo khoảng cách giữa 2 đầu thực quản. Hiện có 2 đơn vị được sử dụng phổ biến là centimet (cm) và số đốt sống (ĐS). Nghiên cứu đa trung tâm của Baird (2019) cho thấy sự đa dạng trong sử dụng các đơn vị đo và định nghĩa về long-gap của các nhóm tác giả [3].

Bảng 1: Định nghĩa long-gap [3]

Tác giả	Định nghĩa long-gap
Foker (2009)	$\geq 3.5\text{cm}$
Schneider (2011)	$\geq 5\text{ĐS}$
Berthet (2015)	$\geq 3\text{cm}$ hoặc $\geq 2\text{ĐS}$
Acher (2016)	$\geq 2.5\text{cm}$
Jonsson (2016)	$\geq 4\text{ĐS}$

Bệnh nhân của chúng tôi đáp ứng đủ các tiêu chí để được đánh giá long-gap với khoảng cách 2 đầu tận thực quản là 6ĐS và 8cm.

2.2. Về các phương pháp tịnh tiến thực quản. Phương pháp tịnh tiến thực quản ngoài lồng ngực: Kimura (2001) báo cáo kết quả điều trị teo thực quản long-gap trên 12 bệnh nhân sử dụng kỹ thuật tịnh tiến 1 đầu thực quản trên ngoài lồng ngực.



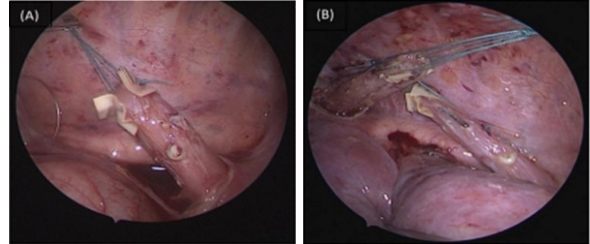
Hình 6. Tịnh tiến đầu thực quản trên theo Kimura [4]

(Mũi tên trắng: Vị trí thực quản trước tịnh tiến; Mũi tên đen: Vị trí thực quản sau tịnh tiến)

2 tháng sau thì mổ đầu (dẫn lưu thực quản ra cổ/ thành ngực), thực quản đầu trên được làm dài, qua 1 đường hầm dưới da, cố định tại 1 vị trí thấp hơn trên thành ngực. Phẫu thuật được thực hiện nhiều thì, trong mỗi thì mổ đầu thực quản được tịnh tiến 2-3cm, cho đến khi có khả năng làm miệng nối với đầu thực quản dưới [4].

Phương pháp tịnh tiến 2 đầu thực quản trong lồng ngực: Phương pháp tịnh tiến 2 đầu thực quản lần đầu tiên được John Foker mô tả năm 1997. Theo đó, 2 đầu thực quản được khâu treo ra ngoài thành ngực bằng các mũi chỉ rời

không tiêu. Các đầu chỉ phía ngoài thành ngực được kéo ngất quãng theo các hướng ngược chiều (đầu dưới kéo lên phía trên và đầu trên được kéo xuống dưới) mỗi 1-3 ngày/lần. Thời gian kéo phụ thuộc vào khoảng cách giữa 2 đầu thực quản và đáp ứng của bệnh nhân. Kỹ thuật có thể thực hiện bằng phương pháp nội soi hoặc mổ ngực [5].



Hình 7. PTNS tịnh tiến hai đầu thực quản theo Foker [5]

Trong ca bệnh của chúng tôi, kỹ thuật được thực hiện tương tự Foker. Tuy nhiên, do túi cùng thực quản trên sát vị trí hầu họng, khó khăn trong việc phẫu tích và làm dài, nên chúng tôi chỉ thực hiện tịnh tiến 1 đầu thực quản dưới. Thời gian kéo của chúng tôi là 21 ngày, tương tự so với một số nhóm tác giả như Stevatanoff (14-22 ngày) [5], Wanaguru (22 ngày) [6], Van Serooskerken (12-14 ngày) [7]...

Bệnh nhân trong nghiên cứu là trẻ lớn, khoảng cách 2 đầu thực quản dài (6 đốt sống) và mổ lại sau cắt nang thực quản đôi, là những yếu tố tiên lượng khó khăn hơn so với phẫu thuật ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Do vậy, việc bệnh nhân đáp ứng tốt về lâm sàng cũng như hình ảnh thuốc lưu thông tốt qua miệng nối thực quản là kết quả bước đầu đáng khích lệ của nhóm nghiên cứu.

III. KẾT LUẬN

Tạo hình thực quản trong các trường hợp long-gap còn là thách thức với các phẫu thuật viên nhi khoa. Đặc biệt, phẫu thuật thực hiện trên trẻ lớn ít được đề cập trên y văn thế giới. Ca lâm sàng của chúng tôi cho thấy tính khả thi và an toàn của phương pháp tịnh tiến thực quản ngoài lồng ngực trong điều trị bệnh lý phức tạp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **George Holcom III.** Thoracoscopic surgery for esophageal atresia. *Pediatric surgery*. 2016; 33(4): 475-481.
2. **P. Bagolan, L. Valfrè, F. Morini, A. Conforti.** Long-gap esophageal atresia: traction-growth and anastomosis – before and beyond. *Diseases of the Esophagus*. 2013; 26: 72-379.
3. **Robert Baird et al.** Management of long gap esophageal atresia: A systematic review and

- evidence-based guidelines from the APSA Outcomes and Evidence Based Practice Committee. *Journal of Pediatric Surgery*. 2019; 54: 675–687.
4. **Ken Kimura et al.** Multistaged extrathoracic esophageal elongation procedure for long gap esophageal atresia: Experience with 12 patients. *J Pediatr Surg*. 2001; 36(11):1725-7.
 5. **Stevatanoff W et al.** Contemporary outcomes of the Foker process and evolution of treatment algorithms for long-gap esophageal atresia. *J Pediatr Surg*. 2021; 56(12):2180-2191.
 6. **Dylan Wanaguru et al.** Is fundoplication required after the Foker procedure for long gap esophageal atresia?. *J Pediatr Surg*. 2017; 52(7):1117-1120.
 7. **Van Serooskerken et al.** Childhood outcome after correction of long-gap esophageal atresia by thoracoscopic external traction technique. *Journal of Pediatric Surgery*. 2021; 56 (2021): 1745–1751.

MÀU SẮC RĂNG TRƯỚC CỦA SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC, ĐẠI HỌC QUỐC GIA HÀ NỘI

Phạm Như Hải¹, Nguyễn Thu Trà¹

TÓM TẮT

Màu sắc răng là yếu tố quan trọng trong việc tạo nên một nụ cười đẹp, nghiên cứu đã thực hiện so màu răng bằng bảng Vita 3D Master cho 64 sinh viên, trong đó có 21 nam và 43 nữ, độ tuổi 18-25, kết quả cho thấy Màu sắc răng trước phía trên của đa số sinh viên tham gia nghiên cứu có độ sáng (Value) ở mức độ 3 (nhóm răng cửa (50,8%), nhóm răng nanh (53,8%), nhóm răng hàm nhỏ(53,8%)), sau đây là mức độ 2 nhóm răng cửa 43,1%, nhóm răng nanh 40% và nhóm răng hàm nhỏ khoảng 41,5%. Màu răng trước hàm dưới thì có màu tối hơn so với nhóm răng trước hàm trên. sáng độ 1 và độ 5 không có răng nào, và sự khác biệt về giới không có ý nghĩa thống kê. Màu trung tính (M) và chiếm khoảng 50% còn lại là nhóm màu L (tông vàng) và R (tông đỏ). Đa số đối tượng nghiên cứu có màu răng cửa trên gần tương đồng với màu răng hàm nhỏ trên.

SUMMARY

COLOR OF FRONT TEETH OF DENTAL STUDENT, UNIVERSITY OF MEDICAL, VNU

Teeth color is an important factor in creating a beautiful smile, the study conducted a tooth color comparison using the Vita toothguide 3D Master ® for 64 students, including 21 men and 43 women, aged 18-25, The results show that the color of the upper front teeth of the majority of students participating in the study has a brightness level (Value) at grade 3: incisor group (50.8%), canine group (53.8%), group of premolars (53.8%), then the grade of 2: incisor group 43.1%, group of canines 40% and group of premolars about 41.5%. The color of the lower anterior teeth is darker than that of the upper teeth. Brightness grades 1 and 5 had no teeth, and the gender difference was not statistically significant.

Neutral colors (M) and about 50% of the rest are L (yellow tones) and R (red tones). Most of the study subjects had the color of the upper incisors close to the color of the upper premolars.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Màu sắc răng là yếu tố quan trọng trong việc tạo nên một nụ cười hấp dẫn. Răng trắng và đều màu thường được coi là một dấu hiệu sức khỏe và làm tăng sự tự tin khi cười. Ngược lại, răng có màu sậm, vết ố vàng, hoặc màu không đồng đều có thể làm giảm sự tự tin và gây ngại khi cười [1]. Răng trắng và đẹp là một yếu tố quan trọng trong việc giao tiếp và tạo ấn tượng tích cực với người khác. Nếu màu răng không được coi là đẹp, có thể làm mất tự tin và tự ti trong các tình huống gặp gỡ xã hội và giao tiếp công việc. Người có răng trắng và đẹp thường tự tin hơn khi chụp ảnh và chia sẻ hình ảnh của mình với người khác. Những người có răng màu không đẹp có thể cảm thấy mất tự tin, e ngại khi gặp gỡ người mới và tránh những tình huống yêu cầu sự xuất hiện công khai [2].

Màu sắc của răng được quyết định bởi tác động tổng hợp của màu sắc bên trong của chúng và sự hiện diện của các yếu tố bên ngoài tác động lên bề mặt răng. Ở Việt Nam có một số nghiên cứu về màu sắc răng, nhưng ít có nghiên cứu nào đi sâu đánh giá màu sắc răng tự nhiên [3]. vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu nhận xét màu răng của sinh viên trường đại học Y dược - Đại học Quốc Gia Hà Nội dựa vào bảng so màu Vita 3D master

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu từ 1/3 – 30/4 năm 2023, chọn đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn sau
Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Như Hải

Email: phamnhuhai@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023