

tuổi), trẻ dưới 6 tháng, xuất hiện sớm dấu hiệu thần kinh khu trú và tâm thần, điều trị muộn, ổ nhiễm khuẩn tiên phát chưa được giải quyết, số lượng vi khuẩn còn nhiều trong dịch não tủy. Các di chứng có thể gặp đó là lác, điếc, câm, mù, tổn thương thần kinh khu trú gây liệt, giảm trí nhớ, sa sút trí tuệ, động kinh...[3],[5].

IV. KẾT LUẬN

Việc phát hiện tác nhân gây bệnh là *Listeria monocytogenes* trong mẫu bệnh phẩm dịch não tủy của người bệnh bằng phương pháp PCR có giá trị chẩn đoán cao, nhanh chóng và độ chính xác cao hơn các phương pháp chẩn đoán bằng nuôi cấy hoặc nhuộm soi hoặc chẩn đoán dựa vào kết quả lâm sàng điều trị theo kinh nghiệm. Đây là trường hợp viêm màng não mủ do *Listeria monocytogenes* hiếm gặp ở người trẻ tuổi do người bệnh có bệnh lý nền là Lupus ban đỏ kết hợp với tình trạng suy giảm miễn dịch do sử dụng Corticoid dài ngày. Việc phát hiện đúng mầm bệnh và điều trị bằng Ampicillin và

Gentamicin theo phác đồ của Bộ Y tế cho thấy hiệu quả phục hồi tốt, không để lại di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyết định số 5642/QĐ-BYT.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh truyền nhiễm. Bộ Y tế. 31/12/2015.
2. **Bài giảng: Viêm màng não do vi khuẩn, "Bệnh học truyền nhiễm", tái bản lần thứ nhất.** Học viện Quân y. NXB Quân đội nhân dân. 2015. Tr 106-111
3. **Smith MA, Takeuchi K, Brackett RE, et al.** Nonhuman primate model for *Listeria monocytogenes*-induced stillbirths. *Infect Immun.* 2003;71:1574-1579.
4. **Saren GW, Hu WZ, Jiang AL, Ma J, Feng K.** Research progress of pathogenic mechanism of *Listeria monocytogenes*. *Sci Tech Food Ind.* 2013;1:372-376.
5. **Sanford guide: Stanford Antimicrobial Safety & Sustainability.**
6. **Chapter 146: *Listeria monocytogenes* Infections.** In: "Harrison's Principles of Internal Medicine", 20th ed. Elizabeth L. Hohmann; Daniel A. Portnoy.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CO THẮT TÂM VỊ TRÊN CHỤP XQUANG BARYT THỰC QUẢN THEO THỜI GIAN

Lê Tuấn Linh^{1,2}, Ngô Thị Huyền¹, Đào Việt Hằng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh co thắt tâm vị trên chụp Xquang thực quản có Baryt theo thời gian (TBE); So sánh đặc điểm hình ảnh co thắt tâm vị trên chụp TBE với kết quả chẩn đoán trên Đo áp lực thực quản độ phân giải cao (HRM). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu gồm 30 bệnh nhân (BN) với đặc điểm hình ảnh trên TBE tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 1/2021 đến 7/2023. **Kết quả:** Trên TBE: Độ rộng, chiều cao cột Baryt ở phút thứ 1 và phút thứ 5 có giá trị trung bình lần lượt là 32.40 ± 10.13 ; 31.23 ± 12.22 ; 90.13 ± 51.45 ; 70.43 ± 61.62 ; Dấu hiệu đoạn cuối thực quản có hình ảnh 'mỏ chim' thấy được ở 100% các BN CTTV cũng như MHTNĐ. Không có sự khác biệt về độ rộng và chiều cao cột Baryt giữa các thể CTTV và MHTNĐ. **Kết luận:** TBE là một phương pháp đơn giản, khách quan trong việc đánh giá mức độ rộng của thực quản. Vì vậy, TBE nên được sử dụng ở tất cả các BN có rối loạn nuốt và theo

dõi sau điều trị. Tuy nhiên, TBE không thể phân loại được các type của CTTV hay các rối loạn nuốt khác như trên HRM. Do đó, việc thực hiện phương pháp đo HRM ở các BN có rối loạn nuốt là rất cần thiết giúp tiên lượng và định hướng phương pháp điều trị. **Từ khóa:** co thắt tâm vị, mất hoàn toàn nhu động thực quản, chụp Xquang baryt thực quản theo thời gian (TBE), đo áp lực thực quản độ phân giải cao (HRM).

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF ACHALASIA ON TIMED BARIUM ESOPHAGOGRAM

Purposes: To describe the imaging characteristics of Achalasia on TBE. Comparison imaging characteristics of Achalasia diagnosed on TBE with definite diagnosis on HRM. **Material and methods:** A retrospective and prospective, descriptive of 30 patients with imaging characteristics on TBE from Jan-2021 to July-2023 in Hanoi Medical University Hospital. **Results:** On TBE: The width and height of Barium column at the first and fifth minutes had the means respectively: 32.40 ± 10.13 ; 31.23 ± 12.22 ; 90.13 ± 51.45 ; 70.43 ± 61.62 ; 'Bird's beak' sign appearing in all patient, both Achalasia and Absent Contractility. **Conclusion:** TBE is a simple and objective method for assessing the esophageal emptying. Therefore, TBE should be used in all patients having dysphagia and to follow-up post-treatment. But, TBE could not categorize Achalasia

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Linh

Email: linhdhyhn2017@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023

types or the variety of different dysphagias as HRM could do. Consequently, taking HRM at patients doubted about Achalasia is necessary to prognose and to choose the way for treatment. **Keywords:** Achalasia, Absent Contractility, TBE - timed barium esophagogram, HRM - High-resolution manometry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt tâm vị là một rối loạn nguyên phát được đặc trưng bởi sự mất vận động thực quản và làm giảm khả năng giãn nở của cơ thắt thực quản dưới trong quá trình nuốt. Đây là một bệnh lý hiếm gặp, tỷ lệ mắc hàng năm ước tính khoảng 1.07-2.2 các ca trên 100,000 người¹. Ngày nay việc chẩn đoán dựa vào sự phối hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng. Trong đó, HRM được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, tiên lượng và giúp lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp. Tuy nhiên, TBE lại là một phương pháp đơn giản, dễ thực hiện với chi phí rẻ, giúp gợi ý chẩn đoán CTTV và rất có giá trị trong việc theo dõi bệnh nhân sau điều trị.

Trong một số nghiên cứu so sánh về vai trò của TBE với HRM trong chẩn đoán các rối loạn nuốt cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của TBE so với HRM lần lượt là 78,3% và 88%². Ngoài ra, TBE cũng tỏ ra ưu thế hơn so với HRM trong việc đánh giá bệnh nhân sau điều trị và cũng có giá trị gợi ý về các bất thường thực thể tại thực quản³⁻⁴. Với những ưu điểm nêu trên, ngày nay TBE vẫn đang được tiến hành ở nhiều trung tâm Chẩn đoán hình ảnh trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Để đóng góp thêm những hiểu biết về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm hình ảnh co thắt tâm vị trên chụp Xquang Baryt thực quản theo thời gian tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”, nhằm đánh giá giá trị của TBE.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả, lấy mẫu thuận tiện tất cả BN được chẩn đoán Co thắt tâm vị và Mất hoàn toàn nhu động thực quản trên HRM và được chụp TBE ở phút thứ nhất và phút thứ 5 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các bệnh nhân không được làm cả HRM và TBE hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Các dữ liệu như tuổi, giới, tiền sử chẩn đoán và điều trị, bệnh cảnh lâm sàng, kết quả nội soi dạ dày- thực quản được lưu trữ vào bệnh án nghiên cứu.

Chụp TBE trên máy Xquang. (1): Bệnh nhân được cho một túi barium 110g pha trong 150ml nước. (2): Tiến hành chụp ở tư thế chếch sau trái ở các thời điểm 1 và 5 phút sau khi uống.

Đo áp lực thực quản độ phân giải cao bằng việc sử dụng phần mềm Manometry và MMS.

(1): Gây tê vùng họng bằng Lidocain 10%, bôi trơn đầu catheter. (2): Đặt catheter qua đường mũi xuống thực quản ở tư thế ngồi, khi cơ thắt thực dưới ở đúng vị trí thì cố định catheter và cho bệnh nhân nằm. (3): Tiến hành đo áp lực tại các vị trí khác nhau của thực quản trong khi BN nuốt và uống nước. (4): Yêu cầu bệnh nhân mỗi lần nuốt 5ml nước, nuốt 10 lần cách nhau ít nhất 20 giây; Sau đó yêu cầu bệnh nhân nuốt liên tiếp mỗi lần 5ml nước, nuốt 5 lần.

Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định tính được biểu hiện dưới tỷ lệ phần trăm. Các tham số định lượng được thể hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | | Kết quả |
|----------|-------|--------------|
| Tuổi | 30-60 | 22 (73.3%) |
| | <30 | 3 (10%) |
| | >60 | 5 (16.7%) |
| | | 44.9 ± 14.35 |
| Giới | Nữ | 20 (66.7%) |
| | Nam | 10 (33.3%) |

Nhận xét: Tuổi trung bình là 44.9 ± 14.35 tuổi, chủ yếu trong nhóm tuổi 30-60 tuổi (73.3%). Tỷ lệ nữ/nam là 2/1.

3.2. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng của BN theo thang điểm Eckardt

Bảng 2: Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng của BN theo thang điểm Eckardt

| Các giai đoạn | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|---------------|----------|-----------|
| Giai đoạn 0 | 0 | 0 |
| Giai đoạn 1 | 7 | 23.3% |
| Giai đoạn 2 | 18 | 60.0% |
| Giai đoạn 3 | 5 | 16.7% |

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (chiếm 60%) có biểu hiện triệu chứng ở giai đoạn 2 theo thang điểm Eckardt.

3.3. Đặc điểm về hình ảnh nội soi của BN CTTV

Bảng 3: Đặc điểm về hình ảnh nội soi của BN CTTV

| Đặc điểm nội soi | Số lượng (n) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|--------------|-----------|
| Có dấu hiệu gợi ý CTTV | 23 | 76.7% |
| Không có dấu hiệu gợi ý | 7 | 23.3% |

Nhận xét: Phần lớn BN (chiếm 76.7%) có các dấu hiệu trên nội soi gợi ý CTTV.

3.4. Môi trường quan của độ rộng, chiều cao cột Baryt đo ở phút thứ 1 và phút thứ 5

ở các thể bệnh khác nhau (đã phân loại dựa trên HRM)

Bảng 4: Môi trường quan của độ rộng, chiều cao cột Baryt đo ở phút thứ 1 và phút thứ 5 ở các thể bệnh khác nhau (đã phân loại dựa trên HRM)

| Các thể | Số lượng n | Tỷ lệ (%) | Độ rộng cột Baryt ở phút thứ 1 (mm) | Độ rộng cột Baryt ở phút thứ 5 (mm) | Chiều cao cột Baryt ở phút thứ 1 (mm) | Chiều cao cột Baryt ở phút thứ 5 (mm) |
|----------|------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TYPE I | 4 | 13.3 | 32.3 ± 11.4 | 30.3 ± 15.2 | 71.8 ± 10.9 | 50.8 ± 20.8 |
| TYPE II | 16 | 53.3 | 33.2 ± 5.5 | 32.9 ± 8.2 | 104.4 ± 59.1 | 85 ± 67.6 |
| TYPE III | 2 | 6.7 | 19 ± 5.7 | 20.5 ± 12.0 | 83 ± 69.3 | 50.5 ± 16.3 |
| MHTNĐ | 8 | 26.7 | 34.3 ± 15.6 | 31 ± 17.8 | 72.6 ± 41.5 | 56.1 ± 68.3 |

Nhận xét: - Số lượng bệnh nhân mắc CTTV type II là cao nhất (53.3%), sau đó đến rối loạn mất hoàn toàn nhu động thực quản (26.7%), và thấp nhất là nhóm CTTV type III (6.7%).

- Trong CTTV type II: mức độ giãn của thực quản ở mức trung bình. Chiều cao của cột Baryt rất dao động: có bệnh nhân có ứ đọng rất nặng, chiều cao cột Baryt lên tới 20cm. Nhưng đáng chú ý có 2/30 bệnh nhân không có ứ đọng thuốc cản quang, mặc dù thực quản giãn ở mức độ trung bình nhưng có triệu chứng lâm sàng, kết quả nội soi và HRM phù hợp với CTTV.

- Trong MHTNĐ: mức độ giãn trung bình của thực quản không có sự chênh lệch đáng kể với các type của CTTV; Tuy nhiên, có 2/7 trường hợp thực quản không giãn (độ rộng thực quản

<2cm). Chiều cao của cột Baryt rất dao động: có bệnh nhân ứ đọng rất nặng, chiều cao cột Baryt lên tới 18.5cm; nhưng lại có 3/7 các trường hợp chỉ có ứ đọng thuốc ở phút thứ nhất mà không có ứ đọng ở phút thứ 5.

- Trong CTTV type I: mức độ giãn trung bình của thực quản không có sự chênh lệch đáng kể với các type của CTTV. Chiều cao của cột Baryt không dao động nhiều và chiều cao trung bình của cột Baryt tương đương với MHTNĐ.

- Trong CTTV type III: số lượng bệnh nhân ít nhất (02 trường hợp). Mức độ giãn của thực quản nhỏ hơn các thể khác. Chiều cao của cột Baryt rất dao động.

3.5. Các phương pháp điều trị tương ứng từng thể

Bảng 5: Các phương pháp điều trị tương ứng từng thể

| | CTTV type II | CTTV type I | CTTV type III | MHTNĐ |
|-------------|--------------|-------------|---------------|----------|
| Nội khoa | 1-6.25% | 0-0 | 0-0 | 3-37.5% |
| Nong | 8- 50% | 1-25% | 3-100% | 3-37.5% |
| Phẫu thuật | 7-43.75% | 3-75% | 0-0 | 2-25% |
| Tổng | 16 | 4 | 3 | 8 |

Nhận xét: - Với CTTV type II: được áp dụng với cả 3 phương pháp điều trị, trong đó tỷ lệ điều trị phẫu thuật và can thiệp bằng nong thực quản tương đương nhau.

- Với CTTV type I: phẫu thuật là phương pháp được ưu tiên (chiếm 75%), ưu thế hơn so với phương pháp nong.

- Với CTTV type III: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được lựa chọn phương pháp nong.

- Với MHTNĐ: cả 3 phương pháp đều được áp dụng với tỷ lệ tương đương nhau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân cao tuổi nhất là 70 tuổi. Tuổi trung bình của chúng tôi khá tương tự nghiên cứu của Lê Văn Đán (2018)⁵, Gyawali (2016)⁶.

Mặc dù, tỉ lệ nữ/nam trong các nghiên cứu là khác nhau, chẳng hạn như trong nghiên cứu của Đào Việt Hằng (2019)⁷ báo cáo tỉ lệ này là: 1.86, còn Gyawali (2016)⁶ là 2:1. Tỷ lệ này tương

đương với nghiên cứu của chúng tôi là 2:1.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của CTTV và Mất hoàn toàn nhu động thực quản. Nghiên cứu của chúng tôi có 60% bệnh nhân có thang điểm Eckardt ở giai đoạn 2 (4-6 điểm) ở thời điểm được chẩn đoán.

Nội soi cũng là một phương pháp có giá trị gợi ý chẩn đoán CTTV. Với tỷ lệ khá cao (76.7%) các bệnh nhân có các dấu hiệu gợi ý CTTV trên hình ảnh nội soi. Tỷ lệ này khá chênh lệch so với nghiên cứu của các tác giả khác như trong nghiên cứu của Reynolds JC thấy rằng nội soi dạ dày-thực quản có thể gợi ý chẩn đoán được 30-50% các trường hợp CTTV.

4.3. Môi trường quan của độ rộng, chiều cao cột Baryt trên TBE với các thể bệnh khác nhau (đã phân loại dựa trên HRM). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc co thắt tâm vị type II chiếm đa số (53.3%), sau đó đến rối loạn mất hoàn toàn nhu động (26.7%) và CTTV type I (13.3%), và thấp nhất là nhóm

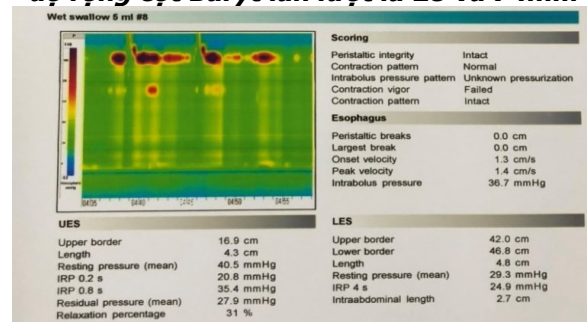
CTTV type III (chỉ chiếm 6.7%). Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đào Việt Hằng (2019) đã báo cáo tỷ lệ mắc CTTV type II, mất hoàn toàn nhu động, CTTV type I, III lần lượt là: 60%, 20%, 10%, 10%. HRM được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán CTTV, vừa giúp đánh giá áp lực cơ thắt thực quản dưới vừa lượng giá được khả năng co bóp của thực quản. Phân loại Chicago 3.0 được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng để phân loại các rối loạn nuốt và trong nghiên cứu này chúng tôi cũng đã áp dụng phân loại này cho tất cả các bệnh nhân. Sử dụng HRM cho phép phân loại các type của CTTV thành 3 nhóm dựa vào đặc điểm cơ thắt của cơ thực quản. Với CTTV type I sẽ không có sóng nhu động nào được ghi nhận ở thực quản đoạn xa; Với type II được đặc trưng bởi sự tăng áp lực dọc length thực quản; Trong khi đó ở type III thì có ít nhất 20% nhịp nuốt ghi nhận là nhịp nuốt đến sớm. Việc phân loại này rất quan trọng vì kết quả của điều trị phụ thuộc rất nhiều vào thể CTTV. Trong khi đó, 'Mất hoàn toàn nhu động' được định nghĩa là khi IRP4s bình thường nhưng thất bại với 100% nhịp nuốt. Đây là một rối loạn thường được tìm thấy ở các bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống hoặc mắc các bệnh lý cơ trơn hệ thống, hoặc đơn độc. Trong một nghiên cứu 200 bệnh nhân xơ cứng bì có: 56% trường hợp mắc rối loạn MHTNĐ ở thực quản, 26% trường hợp thực quản có nhu động bình thường, 10% trường hợp có nhu động thực quản không hiệu quả⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8 bệnh nhân có rối loạn MHTNĐ và tất cả đều không có bệnh lý hệ thống đi kèm, mức độ giãn và chiều cao cột baryt không có sự khác biệt so với type của CTTV trên TBE. Theo phân loại Chicago 3.0, ngưỡng IRP 4s để chẩn đoán CTTV là ≥ 19 mmHg, nhưng trong nghiên cứu này có 3/30 bệnh nhân có chỉ số IRP 4s là 18.4; 18; 17, và thất bại với 100% nhịp nuốt, kết hợp với triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh trên TBE vẫn được chẩn đoán CTTV.

TBE nhìn chung là một phương pháp khách quan, đơn giản, có giá trị bổ sung cho HRM. Trong một nghiên cứu đánh giá về giá trị chẩn đoán của TBE so sánh với HRM cho thấy TBE có độ nhạy cao, nhưng độ đặc hiệu thấp trong việc phát hiện các rối loạn nhu động. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác của TBE khi so sánh với HRM trong một nghiên cứu lần lượt là 78.3%, 88.0%, and 83.0%⁹. Trên TBE, khi có sự tồn tại của cột Baryt sau 5 phút cùng với hình dạng cơ thắt thực quản dưới có hình "mỏ chim" giúp chẩn đoán CTTV, tuy nhiên cần được khẳng định chẩn

đoán bằng HRM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh 'mỏ chim' gặp ở 100% các bệnh nhân CTTV, tuy nhiên dấu hiệu này cũng được nhìn thấy ở các trường hợp mất hoàn toàn nhu động thực quản. Mức độ giãn của thực quản không có sự chênh lệch giữa các thể CTTV và rối loạn MHTNĐ. Độ rộng của cột baryt ở phút thứ 5 ở CTTV type I, II, III và MHTNĐ lần lượt là: 32.3 ± 11.4 ; 33.2 ± 5.5 ; 19 ± 5.7 ; 34.3 ± 15.6 . Chiều cao cột Baryt ở phút thứ nhất và phút thứ 5 cũng rất dao động trong từng thể và giữa các thể CTTV. Chiều cao cột baryt ở phút thứ 1 như theo thứ tự trên lần lượt là: 71.8 ± 10.9 ; 104 ± 59.1 ; 83 ± 69.3 ; 72.6 ± 41.5 và ở phút thứ 5 lần lượt là: 50.8 ± 20.8 ; 85 ± 67.6 ; 50.5 ± 16.3 ; 56.1 ± 68.3 . (Độ rộng và chiều cao đều được tính theo đơn vị mm). Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/30 bệnh nhân được chẩn đoán CTTV type II và 3/30 bệnh nhân được chẩn đoán MHTNĐ trên HRM nhưng không có ứ đọng thuốc cản quang ở phút thứ 5, mặc dù thực quản giãn ở mức độ trung bình. Do đó, TBE vẫn có một tỷ lệ âm tính giả nhất định, nên việc phối hợp giữa các phương pháp là rất cần thiết.



Hình 1: Hình ảnh chụp TBE ở phút thứ 5 ở một bệnh nhân nữ 63 tuổi: đoạn cuối thực quản có hình ảnh 'mỏ chim', chiều cao và độ rộng cột Baryt lần lượt là 28 và 74mm



Hình 2: Kết quả đo HRM của bệnh nhân này ở nhịp nuốt thứ 8, với hình thái của nhịp nuốt thuộc CTTV type I

4.4. Phương pháp điều trị. Các nghiên cứu đều thống nhất rằng: CTTV type II đáp ứng tốt nhất với các phương pháp điều trị (tỷ lệ

thành công là 95-96%) và CTTV type III thì đáp ứng kém nhất với các phương pháp điều trị (tỷ lệ thành công là 29-70%). Việc lựa chọn phương pháp điều trị cũng rất phụ thuộc vào việc phân type CTTV, đặc biệt trong CTTV type III bởi vì trong thể này thì tỷ lệ thành công với điều trị bằng nong bóng là thấp hơn so với phương pháp phẫu thuật Heller cải tiến như trong một nghiên cứu ngẫu nhiên với tỷ lệ thành công lần lượt là 40 và 86%.

TBE rất có giá trị trong việc theo dõi các bệnh nhân sau điều trị. Các tác giả đã sử dụng tiêu chuẩn khi chiều cao cột Baryt giảm đi trên 50% sau điều trị so với trước điều trị ở phút thứ 5 nghĩa là có sự đáp ứng sau điều trị. Kostic et al đã so sánh chiều cao và độ rộng của cột baryt trước và sau điều trị cắt cơ thắt thực quản trong mối liên quan với sự cải thiện triệu chứng sau điều trị cho thấy rằng mức độ nặng của rối loạn nuốt trước điều trị cắt cơ thắt tỷ lệ nghịch với sự thay đổi trong độ rộng của cột Baryt¹⁰.

V. KẾT LUẬN

TBE là một phương pháp đơn giản và khách quan trong việc đánh giá mức độ rộng của thực quản. Vì vậy, TBE nên được sử dụng ở các bệnh nhân nghi ngờ hoặc chắc chắn đã có khẳng định chẩn đoán trước đó bằng HRM, và để theo dõi bệnh nhân sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Hoeij FB, Ponds FA, Smout AJ, et al.** Incidence and costs of achalasia in The Netherlands. *Neurogastroenterology and motility: the official journal of the European*

- Gastrointestinal Motility Society* 2018; 30:2017/08/25.
2. **Boeckxstaens GE. Achalasia.** Best practice & research *Clinical gastroenterology* 2007; 21: 595–608. 2007/07/24.
3. **Gupta M, Ghoshal UC, Verma A, et al.** Timed barium esophagogram and high resolution manometry for assessment of response to pneumatic dilation for achalasia cardia: A comparative study [abstract]. *J Gastroenterol Hepatol* 2012;27(suppl 5):58.
4. **Ghoshal UC, Rangan M.** A review of factors predicting outcome of pneumatic dilation in patients with achalasia cardia. *J Neurogastroenterol Motil* 2011;17:9-13.
5. **Lê Văn Đán.** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và phân loại Achalasia dựa trên đo áp lực và nhu động thực quản đồ phân giải cao. *Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội;* 2018; 6-12.
6. **Gvawali CP.** Achalasia: new perspectives on an old disease. *Neurogastroenterol Motil.* 2016 Jan. 28(1):4-11.
7. **Việt Hằng Đào, Bảo Long H., & Văn Long Đào.** (2019). Bước đầu đánh giá kết quả chẩn đoán và phân loại cơ thắt tâm vị bằng kỹ thuật đo áp lực và nhu động thực quản đồ phân giải cao. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 14(3).
8. **Howard PJ, Maher L, Pryde A, et al.** Five year prospective study of the incidence, clinical features, and diagnosis of achalasia in Edinburgh. *Gut* 1992; 33: 1011–1015. 1992/08/01.
9. **Pandolfino JE, Kwiatek MA, Nealis T, Bulsiewicz W, Post J, Kahrilas PJ.** Achalasia: a new clinically relevant classification by high-resolution manometry. *Gastroenterology.* 2008;135(5):1526–33.
10. **Rohof WO, Salvador R, Annese V, Bruley des Varannes S, Chaussade S, Costantini M, et al.** Outcomes of treatment for achalasia depend on manometric subtype. *Gastroenterology.* 2013;144(4):718–25. quiz e13-4.

UNG THƯ DẠ DÀY DI CĂN GAN, MẠC NỐI LỚN, PHỨC MẠC ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT VÀ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT BỔ TRỢ SAU MỔ VỚI PHÁC ĐỒ EOX: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn An Khang¹, Đỗ Đức Minh²

TÓM TẮT

Ung thư dạ dày đứng hàng thứ 5 trong các loại ung thư thường gặp (1), trong đó 90% ung thư phát triển từ lớp niêm mạc của dạ dày. Điều trị hóa chất bổ

trợ sau mổ giữ vai trò rất quan trọng trong điều trị đa mô thức giúp cải thiện thời gian sống thêm sau mổ. Tuy nhiên đáp ứng điều trị còn tùy thuộc vào giai đoạn bệnh, loại tế bào và sự dung nạp thuốc của người bệnh. Qua đây chúng tôi muốn thông báo lâm sàng và điểm lại y văn một trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn muộn được phẫu thuật và đáp ứng tốt với điều trị hóa chất phác đồ EOX.

Từ khóa: ung thư dạ dày, EOX.

SUMMARY

GASTRIC CANCER WITH LIVER AND GREAT OMETUM METASTASES WERE TREATED BY

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.10.2023

Ngày duyệt bài: 13.11.2023