

nhân có rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ (chiếm 9,2%) gồm có ngoại tâm thu thất và block nhánh phải. Điều này nhấn mạnh vai trò cần thiết và tầm quan trọng của điện tâm đồ trong phát hiện và tiên lượng bệnh.

Nguyên nhân gây hạ kali máu thường gặp nhất là cường aldosterone tiên phát với 38,5%, kế tiếp là basedow với 16,9% và dùng các thuốc gây mất kali với 15,4%, đồng thời có 16,9% bệnh nhân chưa xác định được nguyên nhân gây hạ kali máu. Trong khả năng hiện tại của y học nước ta, nhiều xét nghiệm sinh học phân tử nhằm xác định bệnh lý di truyền gây hạ kali máu chưa đủ điều kiện thực hiện rộng rãi, làm cho khá nhiều bệnh nhân không thể xác định được nguyên nhân hạ kali máu, gây khó khăn cho điều trị và tiên lượng bệnh.

V. KẾT LUẬN

Hạ kali máu thường gặp ở bệnh nhân nữ giới, nhóm tuổi lao động, bệnh nhân thường vào viện trong bệnh cảnh lâm sàng hạ kali máu nặng với nhiều triệu chứng lâm sàng gợi ý đến tình trạng hạ kali máu. Phần lớn các bệnh nhân nhập viện điều trị đều có hạ kali ở mức độ trung bình và nặng. Bệnh gây nên nhiều biến đổi điện tim và nguy cơ rối loạn nhịp tim khá cao. Các nguyên nhân gây hạ kali thường gặp nhất là cường aldosterone tiên phát, basedow, dùng thuốc gây hạ kali máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn Đạt Anh.** Rối loạn kali máu. Bệnh học Nội khoa Tập 2, NXB Y học, tr 599-606.
2. **Elliott TL, Braun M.** Electrolytes: Potassium Disorders. FP Essent. 2017;459:21-28.
3. **Marti G, Schwarz C, Leichtle AB, et al.** Etiology and symptoms of severe hypokalemia in emergency department patients. European Journal of Emergency Medicine. 2014;21(1):46-51. doi:10.1097/MEJ.0b013e3283643801
4. **Nilsson E, Gasparini A, Arnlöv J, et al.** Incidence and determinants of hyperkalemia and hypokalemia in a large healthcare system. International Journal of Cardiology. 2017;245:277-284. doi:10.1016/j.ijcard.2017.07.035
5. **Makinouchi R, Machida S, Matsui K, Shibagaki Y, Imai N.** Severe hypokalemia in the emergency department: A retrospective, single-center study. Health Science Reports. 2022;5(3):e594. doi:10.1002/hsr2.594
6. **Nguyễn Thị Thủy Ngân, Tô Thị Thu, Lê Huy Hoàng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số nguyên nhân gây hạ kali máu tại khoa Thận - Nội tiết bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệt. Published online November 2017:155-159.
7. **Nguyễn Thị Ngọc, Nguyễn Khoa Diệu Vân.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các nguyên nhân gây hạ kali máu tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai. Published online 2014. Accessed July 6, 2022.
8. **Osadchii OE.** Mechanisms of hypokalemia-induced ventricular arrhythmogenicity. Fundamental & Clinical Pharmacology. 2010; 24(5): 547-559. doi: 10.1111/j.1472-8206.2010.00835.x

PHẪU THUẬT NỘI SOI NGỰC BÓC U CƠ THỰC QUẢN LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Hoàng¹, Phạm Đức Huấn², Lê Công Lý Hùng³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u cơ trơn lành tính thực quản dựa vào hồi bệnh, khám lâm sàng, nội soi thực quản, siêu âm nội soi thực quản và chụp cắt lớp vi tính ngực, được điều trị tại khoa Ngoại Tổng

hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2016 đến 12/2022. **Kết quả và bàn luận:** 31 bệnh nhân được bóc u cơ thực quản lành tính (UCTQLT) bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) bao gồm 16 bệnh nhân nam (51,6%) và 15 bệnh nhân nữ (48,4%), tuổi trung bình 49,2 (24 ÷ 66 tuổi). 24 bệnh nhân có triệu chứng (77,42%) và 7 bệnh nhân không triệu chứng (22,58%). Tỷ lệ khối u ở thực quản ngực 1/3 trên; 1/3 giữa; 1/3 dưới thực quản lần lượt là: 9,68% (3 bệnh nhân); 64,52% (20 bệnh nhân); 25,8% (8 bệnh nhân). Kích thước trung bình khối u là 32,32 ± 9,76 mm (20 - 57 mm). Tất cả bệnh nhân đều được nội soi qua đường ngực phải. Sử dụng 3 trocars trong 12 trường hợp (38,7%), 4 trocars trong 19 trường hợp (61,3%). Không có tai biến, biến chứng nặng trong và sau mổ. Thời gian mổ trung bình là 114,03 ± 29,87 phút (80 - 180 phút). Thời gian nằm viện trung bình 8.35 ± 3.67 ngày (4 ngày ÷ 24 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản lành tính là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao,

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

ít tai biến, biến chứng sau mổ. **Từ khoá:** U cơ thực quản, Phẫu thuật bóc u qua nội soi ngực.

SUMMARY

THORACOSCOPIC SURGERY TO REMOVE BENIGN ESOPHAGEAL LEIOMYOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: The study aimed to evaluate the results of thoracoscopic surgery to remove benign esophageal leiomyoma at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** A retrospective descriptive study on 31 patients who were diagnosed with esophageal benign leiomyoma based on medical examination, clinical examination, esophagoscopy, esophageal endoscopic ultrasound and chest computed tomography, treated at the Department of General Surgery, Hanoi Medical University Hospital, during the period from January 2016 to December 2022. **Results and discussion:** Laparoscopic surgery was used to remove benign esophageal leiomyomas from 31 individuals, with an average age of 49.2 (ranging from 24 to 66 years old). Seven individuals (22.58%) were asymptomatic, while 24 patients (77.42%) exhibited symptoms. In the top third of the thoracic oesophagus, middle third, and lower third, respectively, the rates of tumours were 9.68% (3 patients), 64.52% (20 patients), and 25.8% (8 patients). Average tumor size was 32.32 ± 9.76 mm (20–57 mm). All patients underwent right thoracoscopy. In 12 cases (38.7%), 3 trocars were utilised; in 19 cases (61.3%), 4 trocars were used. There were no complications or serious complications during and after surgery. The surgery took, on average, 114.03 ± 29.87 minutes (between 80 and 180 minutes). The typical hospital stay 8.35 ± 3.67 days (4 days-24 days). **Conclusions:** Thoracoscopic surgery to remove benign esophageal leiomyoma is a safe procedure with high success rate, low risks, and minimal postoperative problems.

Keywords: Esophageal muscle tumor, Laparoscopic tumor removal surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ thực quản là khối u lành tính phát triển từ các tế bào cơ trơn của thực quản, đây là dạng tổn thương thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 60 - 70% trong các khối u lành tính của thực quản. 90% các trường hợp u cơ thực quản được chẩn đoán ở độ tuổi 20 - 70 tuổi, trong đó tỷ lệ Nam/nữ là 2/1[1][2][3]. Những khối u lớn có thể gây nuốt nghẹn, cảm giác đau tức, hay nóng rát sau xương ức, đau ngực, nôn trở sau khi ăn, hiếm gặp hơn u có thể gây xuất huyết tiêu hoá cao do viêm loét niêm mạc trên bề mặt u.

Nội soi thực quản, siêu âm nội soi, chụp cắt lớp vi tính giúp chẩn đoán trước mổ, tuy nhiên để có chẩn đoán xác định bệnh cần dựa vào giải phẫu mô bệnh học và xét nghiệm hoá mô miễn dịch sau mổ. Phẫu thuật bóc u được coi là kỹ thuật chuẩn trong điều trị bệnh, trong đó bóc u qua

nội soi được sử dụng ngày càng rộng rãi và được công bố bởi nhiều tác giả trên thế giới do tính chất an toàn và hiệu quả của phẫu thuật. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội triển khai phẫu thuật bóc u cơ thực quản nội soi từ năm 2016. Nghiên cứu này thực hiện nhằm đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ lành tính thực quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u cơ trơn lành tính thực quản dựa vào hỏi bệnh, khám lâm sàng, nội soi thực quản, siêu âm nội soi thực quản và chụp cắt lớp vi tính ngực, được điều trị tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội, trong khoảng thời gian từ tháng 01/2016 đến 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Khối u cơ thực quản có kích thước từ 2- 10cm

- Bệnh nhân được mổ bóc u bằng phẫu thuật nội soi ngực

- Kết quả giải phẫu bệnh và xét nghiệm hoá mô miễn dịch sau mổ là u cơ trơn lành tính thực quản.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2022.

2.4. Xử lý số liệu: Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình \bar{x} độ lệch chuẩn. Kiểm định sự khác biệt giữa các biến định tính bằng test χ^2 hoặc Fisher tests. Kiểm định sự khác biệt giữa các biến định lượng bằng T - test. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân. Có 16 bệnh nhân nam (51,6%) và 15 bệnh nhân nữ (48,4%), tuổi trung bình 49.23 ($24 \div 66$ tuổi). Đa phần gặp u ở $\frac{1}{3}$ giữa thực quản chiếm 64.52%, ít gặp u ở vị trí $\frac{1}{3}$ trên và $\frac{1}{3}$ dưới. Có 24 bệnh nhân có triệu chứng (77,42%) và 7 bệnh nhân không triệu chứng (22,58%) được phát hiện tình cờ qua nội soi thực quản - dạ dày khi đi khám một bệnh khác. Trong nhóm bệnh nhân có triệu chứng thì triệu chứng thường gặp nhất là khó nuốt, nuốt nghẹn gặp trong 22 bệnh nhân (70,97%). Kích thước trung bình khối u là $32,32 \pm 9,76$ mm. So sánh sự tương quan giữa

kích thước khối u với sự xuất hiện các triệu chứng lâm sàng cho thấy nhóm bệnh nhân có triệu chứng có kích thước u trung bình lớn hơn so với nhóm không có triệu chứng.

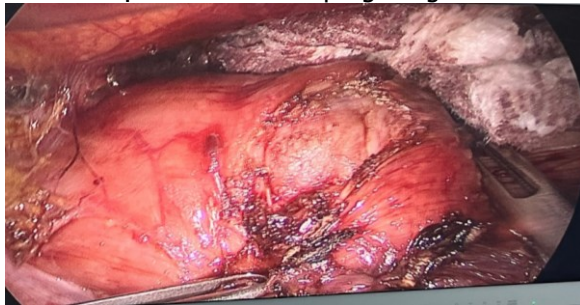
Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Số lượng bệnh nhân (%)
Tuổi trung bình ± SD	49.23 ± 12.39 (24 ÷ 66 tuổi)
Giới	
Nam - Nữ, tỷ lệ	16(51,6%): 15(48,4%)
Triệu chứng (TC)	
Không triệu chứng	7 (22,58%)
Nuốt nghẹn	21 (67,75%)
Đau sau xương ức	2 (6,45%)
Khác (ợ trớ, gầy sút cân, xuất huyết tiêu hóa...)	1 (3,22%)
Vị trí u thực quản ngực	
1/3 trên	3 (9,68%)
1/3 giữa	20 (64,52%)
1/3 dưới	8 (25,8%)
Kích thước u, cm ± SD	
Kích thước chung	32,32 ± 9,76 mm (20 ÷ 57 mm)
Kích thước nhóm có TC	35,54 ± 8,69 mm
Kích thước nhóm không TC	21.28 ± 1,66 mm

SD: độ lệch chuẩn

3.2. Kết quả trong và sau mổ

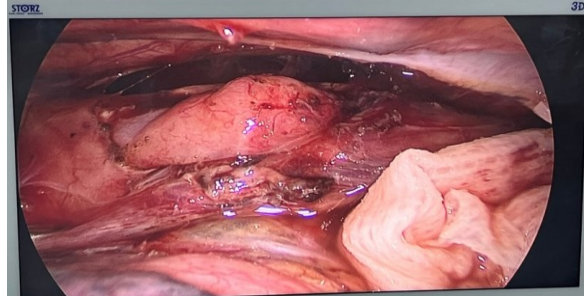
Đường mổ: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được mổ nội soi qua đường ngực phải, với đường mổ này chúng tôi đều chọn tư thế nằm sấp nghiêng 30o.



Hình 1. Khối u cơ thực quản

Kỹ thuật mổ: Sau khi xác định được vị trí khối u, lớp cơ thực quản được mở dọc ngay trên khối u. Khối u được phẫu tích khỏi các lớp của thành thực quản bằng dao điện đơn cực một cách thận trọng tránh làm tổn thương lớp niêm mạc thực quản phía dưới. Trong quá trình phẫu tích, có thể khâu một mũi vicryl 2.0 xuyên qua và nâng khối u theo các hướng giúp phân biệt dễ hơn các lớp phẫu tích, hạn chế nguy cơ thủng niêm mạc thực quản Trong trường hợp khối u

nhỏ, khó phát hiện có thể thực hiện nội soi thực quản ống mềm trong mổ hỗ trợ tìm u. Sau khi bóc u, vùng phẫu tích được kiểm tra bằng bơm hơi vào lòng thực quản qua sonde dạ dày để đảm bảo không thủng niêm mạc thực quản trong quá trình phẫu thuật. Lớp cơ thực quản sau đó được đóng lại bằng các mũi khâu rời. Dẫn lưu màng phổi được thực hiện đối với tất cả các bệnh nhân. Sonde dạ dày được lưu cho đến khi chụp lưu thông thực quản sau mổ cho kết quả tốt.



Hình 2. Kiểm tra sự toàn vẹn niêm mạc sau bóc u cơ

Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi bóc u qua đường ngực phải. Sử dụng 3 trocarts trong 12 trường hợp (38,7%), 19 trường hợp sử dụng 4 trocarts (61,3%). Tất cả các trường hợp đều được bơm hơi qua sonde dạ dày kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc sau khi bóc u, và khâu lại đường mổ cơ bằng các mũi rời để tránh tạo túi thừa thực quản sau mổ. Không có tai biến trong mổ, không có trường hợp nào phải mổ mở. Dẫn lưu màng phổi được chỉ

định cho tất cả các trường hợp trên(31/31 trường hợp). Thời gian mổ trung bình là 114,03 ± 29,87 phút (80 - 180 phút). Không có biến chứng nặng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 8.35 ± 3.67 ngày (4 ngày ÷ 24 ngày)

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật		Số lượng bệnh nhân (%)
Đường vào		
Đường ngực phải		31 (100%)
Số lượng trocar		
3 trocar		12 (38,7%)
4 trocar		19 (61,3%)
Tai biến trong mổ		
Thủng niêm mạc TQ		0 (0%)
Chuyển mổ mở		0 (0%)
Tổn thương tạng khác		0 (0%)
Thời gian mổ, phút ± SD		
Nội soi ngực		114,03 ± 29,87 phút
Biến chứng sớm		
Viêm phổi		1 (3,22%)
Tràn dịch màng phổi		0 (0%)
Nhiễm trùng vết mổ		0 (0%)

Tràn khí dưới da	0 (0%)
Rò thực quản	0 (0%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2022, đã có 31 bệnh nhân được chẩn đoán u cơ lành tính thực quản và được phẫu thuật bóc u qua nội soi ngực tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam/nữ là bằng nhau, tỷ lệ này khác với dịch tễ chung của các nghiên cứu gần đây. Có thể lý giải rằng: phạm vi nghiên cứu chỉ trong Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, sự khác nhau về chủng tộc, địa lý. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 49,23 tuổi, lứa tuổi thường gặp nhất là 30-60 tuổi. Phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả gần đây, nghiên cứu của Yun Xi Wang trên 77 trường hợp cho kết quả tuổi là 43 tuổi [4]; nghiên cứu của Ben-David và cộng sự cũng cho kết quả tuổi trung bình là 43 tuổi. Về vị trí khối u, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, khối u thường phân bố chủ yếu ở 2/3 dưới thực quản, tương tự như các nghiên cứu của các tác giả gần đây.

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có triệu chứng trên lâm sàng (77,42%), triệu chứng thường gặp nhất là nuốt nghẹn (67,75%), đau sau xương ức (6,45%). Nghiên cứu của Ramos cho thấy 84,62% bệnh nhân có triệu chứng, trong đó nuốt nghẹn và đau sau xương ức gặp trong 30% các trường hợp, ợ trở gặp trong 46,15% [5]; nghiên cứu của Mutrie có 58% bệnh nhân có triệu chứng, 30% bệnh nhân nuốt nghẹn, 40% có biểu hiện ợ trở [10]. Qua kết quả trên cho thấy kích thước khối u có thể là yếu tố gây ra triệu chứng trên lâm sàng. Ở nghiên cứu của chúng tôi, kích thước u ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng trung bình lớn hơn so với nhóm không có triệu chứng ($35,54 \pm 8,69$ so với $21,28 \pm 1,66$).

Cho đến nay vấn đề chọn lựa phương pháp điều trị cho u cơ thực quản vẫn còn nhiều tranh cãi và chưa có được sự thống nhất giữa các tác giả trên thế giới. Chỉ định phẫu thuật được khuyến cáo bởi tất cả các tác giả với những khối u có triệu chứng, u lớn trên 5cm, u tăng kích thước nhanh trong quá trình theo dõi, hay có loét niêm mạc trên bề mặt u. Đối với những bệnh nhân có u cơ thực quản không có triệu chứng, kích thước dưới 5cm, một số tác giả khuyến nghị theo dõi định kỳ bằng nội soi thực quản vì nguy cơ tiến triển thành sarcom cơ từ u cơ trơn thực quản là hiếm gặp, ngoài ra u cơ trơn thực quản thường phát triển rất chậm và ổn

định trong một thời gian dài, do đó việc nội soi định kỳ để loại trừ ung thư biểu mô thực quản là đủ đối với các u cơ trơn không triệu chứng. Một số tác giả khác lại có khuyến nghị cắt bỏ u ngay sau khi có chẩn đoán kể cả các khối u không triệu chứng có kích thước từ 1 đến 5cm. Năm 2016 tác giả Diego Ramos và cộng sự đã đưa ra khuyến nghị chỉ định và lựa chọn phương pháp điều trị u cơ trơn thực quản dựa theo kích thước u [5].

Phẫu thuật là phương pháp cơ bản trong điều trị u cơ thực quản, gồm 2 kỹ thuật: bóc u và cắt đoạn thực quản có u. Sauerbruch là người đầu tiên thực hiện kỹ thuật cắt đoạn thực quản điều trị u cơ thực quản vào năm 1932, một năm sau, Ohsawa lần đầu tiên mô tả kỹ thuật bóc u cơ thực quản. Năm 1992, Everitt và Bardini lần đầu tiên thực hiện kỹ thuật bóc u cơ trơn thực quản qua nội soi ngực [6][8]. Từ đó đến nay bóc u đã trở thành tiêu chuẩn vàng về kỹ thuật trong điều trị u cơ thực quản.

Bóc u cơ thực quản bao gồm bốn thì cơ bản: xác định vị trí khối u; bóc khối u khỏi thành thực quản; kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc thực quản; đóng lại đường mổ cơ.

Xác định khối u: phần lớn khối u có thể phát hiện được trong phẫu thuật nội soi, vấn đề tìm u chỉ khó khăn khi khối u nhỏ, nằm trên thành thực quản phía đối diện phẫu trường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các khối u đều được tìm thấy trong quá trình phẫu thuật, không cần phải sử dụng phương tiện hỗ trợ khác để tìm khối u.

Bóc khối u khỏi thành thực quản: đây là thì quan trọng nhất. Đa số các tác giả thường khâu chỉ vào khối u và nhấc u lên trong quá mổ giúp phân biệt dễ dàng lớp bóc tách và giảm tỷ lệ tổn thương niêm mạc. Chúng tôi thực hiện khâu và nâng khối u trong tất cả các trường hợp và cho kết quả tốt, không có trường hợp nào thủng niêm mạc trong mổ.

Kiểm tra niêm mạc thực quản: để kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc thực quản chúng tôi sử dụng phương án bơm hơi vào lòng thực quản qua sonde dạ dày kết hợp bơm nước xung quanh thực quản để tìm bóng khí rò. Đây là giải pháp được đa số các tác giả sử dụng [4,10]. Ngoài ra có một số tác giả có thể sử dụng nội soi thực quản để kiểm tra sự toàn vẹn của niêm mạc ngay sau khi bóc u. [9]

Khâu lại đường mổ cơ thực quản được tất cả các tác giả khuyến cáo để tránh tạo thành túi thừa thực quản sau mổ [7][9]. Chúng tôi khâu lại đường mổ cơ cho tất cả các trường hợp bằng các mũi khâu rời. Tuy nhiên qua kinh nghiệm cho thấy khâu lại cơ sẽ khó khăn hơn nếu khối u ở

đối xứng với đường mỡ.

Kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao, ít tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Cụ thể chúng tôi thực hiện phẫu thuật bóc u nội soi cho tất cả các trường hợp, kể cả các khối u trên 5 cm (khối u lớn nhất kích thước 5,7 cm). Không có trường hợp nào thủng niêm mạc thực quản cũng như phải chuyển mổ mở. Không có tử vong hay các tai biến nặng trong và sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngực bóc u cơ thực quản lành tính là phẫu thuật an toàn, tỷ lệ thành công cao, ít tai biến, biến chứng sau mổ. Kích thước khối u lớn trên không phải là chống chỉ định của phẫu thuật nội soi, tuy nhiên đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang Z, Ai B, Liao Y, et al. Novel methylene blue staining technique for localizing small esophageal leiomyomas during thoracoscopic enucleation. *Diseases of the Esophagus*. 2015; 29: 1043 - 1047.
2. Giovanna Mainieri Breedy¹, José Alberto Mainieri Hidalgo, et al. Esophageal

- leiomyoma, experience with nine surgical patients. *Acta méd costarric*. 2012; 54 (3): 165 - 169.
3. Christopher J, Mutrie, Dean M, et al. Esophageal Leiomyoma: A 40 - Year Experience. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79: 1122 - 11255.
4. Yun - Xi Wang, Jing Zhang, Yi Liu, et al. Diagnosis and comprehensive treatment of esophageal leiomyoma: clinical analysis of 77 patients. *Int J Clin Exp Med*. 2015; 8 (10): 17214 - 17220.
5. Diego Ramos, Pablo Priego, Magdalena Coll, et al. Comparative study between open and minimally invasive approach in the surgical management of esophageal leiomyoma, *Rev esp enferm dig (Madrid)*. 2016; 108 (1): 8 - 14.
6. Everitt N J, Glinatsis M, McMahon M J. Thoracoscopic enucleation of leiomyoma of the oesophagus, *Br J Surg*. 1992; 79: 643.
7. Shin S, Choi YS, Shim YM, Kim HK, Kim K, Kim J. Enucleation of esophageal submucosal tumors: a single institution's experience. *Ann Thorac Surg*. 2014; 97: 454 - 9.
8. Bardini R, Segalin A, Ruol A, Pavanello M, Peracchi A. Videothoracoscopic enucleation of esophageal leiomyoma. *Ann Thorac Surg* 1992;54(3):576-7.
9. Kent M, d'Amato T, Nordman C, et al. Minimally invasive resection of benign esophageal tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007; 134: 176 - 181.
10. Mutrie C. J, Donahue D. M, Wain J. C, et al. Esophageal leiomyoma: a 40 - year experience. *Ann Thorac Surg*. 2005; 79: 1122- 1125.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LIÊN BẢN SỐNG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM L4L5

Nguyễn Hoàng Long¹, Phan Tùng Lâm²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi liên bản sống điều trị thoát vị đĩa đệm L4L5. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 89 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi liên bản sống điều trị thoát vị đĩa đệm L4L5 tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2022 tới tháng 3 năm 2023. **Kết quả:** Trong 89 bệnh nhân được phẫu thuật được phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm L4L5 có 94,3% bệnh nhân đạt kết quả tốt và rất tốt theo thang điểm Macnad sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật 1 tháng điểm VAS lưng cải thiện 62,5%; VAS chân cải thiện 61,4%; điểm ODI cải thiện 38%. Không có trường hợp nào phải mổ lại. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi liên bản sống là phương pháp

điều trị ít xâm lấn mang lại hiệu quả tốt cho bệnh lý thoát vị đĩa đệm L4L5 với các lợi ích như đường mổ nhỏ, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm đau sau mổ, tuy nhiên yêu cầu các phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và được đào tạo bài bản.

SUMMARY

RESULTS OF ENDOSCOPIC INTERLAMINA SURGERY TO TREAT DISC HERNIATION L4L5

Objective: Evaluation of the results interlaminar endoscopic surgery for herniated disc L4L5. **Methods:** The records of 89 patients who underwent interlaminar endoscopic surgery for herniated disc L4L5 at Viet Duc Hospital from 01/2022 to 03/2023. **Results:** In 89 patients of research, 94.3% of patients achieved good and very good results on the Macnad scale. After 1 month of surgery, VAS back score improved by 62.5%; VAS legs improved by 61.4%; ODI scores improved by 38%. There were no cases in which re-operation was required. **Conclusions:** Interlaminar endoscopic surgery for herniated disc is a minimally invasive treatment method that brings good effects for L4L5 herniated disc disease with benefits such as small incisions, shortened hospital stay, and

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Bệnh viện TW Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Long

Email: longptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023