

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN CHO BỆNH NHÂN BỎNG CHẤT ĂN MÒN: KINH NGHIỆM QUA 5 TRƯỜNG HỢP

Trần Mạnh Hùng*, Nguyễn Trung Kiên*,
Cù Trung Kiên*, Vũ Thị Nhã*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ngắn hạn và dài hạn phẫu thuật tạo hình lại đường tiêu hóa trên cho bệnh nhân bị bỏng do chất ăn mòn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 5 trường hợp bao gồm 1 trường hợp bỏng thực quản, 4 trường hợp bỏng cả thực quản và dạ dày do chất ăn mòn gây co rút chít hẹp, thắt chặt thực quản và dạ dày đã được phẫu thuật thành công tạo hình đường tiêu hóa trên tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ 3/ 2021 đến 11/2021. **Kết quả nghiên cứu:** 1 trường hợp cắt bỏ thực quản, tạo hình thực quản bằng dạ dày; 4 trường hợp cắt bỏ toàn bộ thực quản và dạ dày, tạo hình đường tiêu hóa trên bằng hồi đại tràng phải. Thời gian mổ ngắn nhất là 5 tiếng, dài nhất là 8 tiếng. Không có tai biến phẫu thuật, không phải truyền máu trong và sau mổ, một trường hợp viêm phổi sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 9 ngày, dài nhất 18 ngày. Kiểm tra, theo dõi sau mổ 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng tất cả 5 bệnh nhân khỏe mạnh, ăn uống tốt, không bị trào ngược và đã tăng cân. **Kết luận:** Chất ăn mòn có thể gây tổn thương nghiêm trọng thực quản hoặc cả thực quản và dạ dày. Tạo hình lại đường tiêu hóa trên bằng hồi đại tràng phải cho những bệnh nhân phai cắt bỏ toàn bộ thực quản và dạ dày do chất ăn mòn là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Bỏng đường tiêu hóa trên do chất ăn mòn, cắt thực quản, cắt toàn bộ thực quản và dạ dày, tạo hình đường tiêu hóa trên.

SUMMARY

THE RESULT IN FORMATION OF THE UPPER DIGESTIVE TRACT FOR PATIENTS WHO BURN CAUSED BY CAUSTIC INGESTION: EXPERIENCE OF 5 PATIENTS

Objectives: the short- and long-term outcomes in formation of the upper digestive tract for patients who burn caused by caustic ingestion. **Materials and methods :** one patient with esophageal burn, four cases with simultaneous burns of both esophagus and stomach due to caustic chemicals, which subsequently caused retraction, stricture, and tightening of the entire esophagus and stomach, were successfully operated by esophago-gastrectomy and the reconstruction of the upper gastrointestinal tract at Bạch Mai Hospital. **Results:** The surgery lasted from 5 hours to 8 hours, the patients lost 300 - 350 ml of blood without blood transfusion during and after

surgery. The operation went well without any complications. The patient were discharged from hospital at 9th day to 18th day post-surgery. All 5 cases were scheduled for follow-up examination, patients were able to eat and drink without any signs of reflux, having gained 2 to 9kg. **Conclusion:** Caustic ingestion can cause serious damages the esophagus or to both the esophagus and the stomach. Formation of the upper digestive tract by the ileum - right colon for patient who underwent total esophagogastrectomy due to caustic ingestion safely and effectively

Key words: Burn of the upper digestive tract due to caustic ingestion, esophagus cut, total esophagogastrectomy, formation the upper digestive tract.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương ăn mòn đường tiêu hóa thường thấy ở các nước đang phát triển do uống axit hoặc kiềm một cách vô tình hay cố ý tự sát. Chất ăn mòn có thể làm hỏng bất kỳ đoạn nào của đường tiêu hóa nhưng phổ biến nhất là đường tiêu hóa trên bao gồm hầu họng, thanh quản, thực quản và dạ dày. Tổn thương đồng thời cả thực quản và dạ dày chiếm 20% đến 62,5% các trường hợp [1], [2], [3], [4] [5]. Tại Việt Nam, hai trường hợp bỏng đường tiêu hóa trên do chất ăn mòn được phẫu thuật tạo hình tại Bệnh viện Chợ Rẫy, được thông báo tại Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc năm 2021. Chúng tôi báo cáo kết quả phẫu thuật tạo hình lại đường tiêu hóa trên cho 5 trường hợp bỏng do chất ăn mòn tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 5 ca lâm sàng trong báo cáo của chúng tôi đều bỏng đường tiêu hóa trên do hóa chất ăn mòn gây co rút, chít hẹp thắt chặt thực quản hay toàn bộ thực quản và dạ dày đã được phẫu thuật tạo hình đường tiêu hóa trên tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ 3/ 2021 đến 11/2021

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Mô tả nhóm trường hợp (case series reports) bỏng đường tiêu hóa trên do chất ăn mòn

2.3 Quy trình kỹ thuật: Một quy trình phẫu thuật tổng quát cho cả 5 trường hợp được tóm tắt như sau:

2.3.1. Chuẩn bị bệnh nhân

- Khám lâm sàng tìm hiểu nguyên nhân, tác nhân gây bỏng, thời gian bỏng, các triệu chứng và các hậu quả do bỏng chất ăn mòn

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoaimb@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 30.12.2021

Ngày duyệt bài: 17.01.2022

- Nội soi thực quản, dạ dày, đại tràng để đánh giá vị trí tổn thương, mức độ, tính chất của tổn thương và những bất thường của đại tràng nếu có.

- Chụp cắt lớp vi tính ngực, bụng để đánh giá tổn thương và phát hiện các bất thường về giải phẫu nếu có.

- Nội soi đại tràng, hồi tràng cho tất cả các trường hợp, cắt polyp đại tràng nếu có.

- Nuôi dưỡng người bệnh bằng đường tĩnh mạch hay qua các ống thông đường tiêu hóa để đảm bảo BMI > 18,5

2.3.2. Kỹ thuật mổ:

- Phẫu thuật nội soi với 4 trocar, giải phóng thực quản để cắt bỏ thực quản ngực.

- Mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn, kiểm tra, đánh giá trực tiếp để quyết định bảo tồn hay phải cắt bỏ dạ dày. Tạo ống dạ dày nếu dạ dày được giữ lại, cắt bỏ dạ dày cùng với thực quản nếu dạ dày teo hẹp.

- Mở đường chữ J ở cổ bên trái, cắt ngang qua thực quản cổ trên vị trí hẹp, lấy bỏ thực quản hay toàn bộ thực quản và dạ dày qua đường bụng.

- Tạo hình lại đường tiêu hóa trên bằng ống dạ dày nếu dạ dày đảm bảo yêu cầu. Nếu dạ dày phải cắt bỏ đồng thời cùng với thực quản thì sử dụng hồi đại tràng phải để tạo hình lại đường tiêu hóa trên qua trung thất sau.

- Giải phóng hồi - đại tràng phải, giữ lại động mạch đại tràng phải trên, đại tràng phải giữa, các cung viền của hồi manh đại tràng, thắt gốc động mạch hồi manh đại tràng, cắt bỏ ruột thừa, cắt ngang qua hồi tràng cách van Bauhin 8cm, cắt ngang qua đại tràng ngang ở vị trí cung Riolan, đưa hồi đại tràng phải qua trung thất sau lên cổ trái, nối thực quản cổ với hồi tràng tận - tận, tận - bên hay bên - bên, nối đại tràng ngang phải với quai hồng tràng đầu tiên tận - bên, nối hồi - đại tràng ngang phía bên trái.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Trường hợp	01	02	03	04	05
Đặc điểm tổn thương					
Giới tính/ Tuổi	Nữ/43	Nữ/ 37	Nam/25	Nữ/35	Nữ/22
Tác nhân gây bồng	Thuốc giảm cân	Nước rửa bồn cầu	Nước rửa bồn cầu	Nước rửa bồn cầu	Nước rửa bồn cầu
Số lượng sử dụng	60 viên	200 ml	300 ml	200 ml	50 ml
Triệu chứng lâm sàng	Nôn, không nuốt được	Nôn, không nuốt được	Nôn, không nuốt được	Nôn, không nuốt được	Nôn, không nuốt được
Phẫu thuật, thủ thuật Đã làm	Nong TQ Đặt sonde Dạ dày	Nong TQ Mở thông dạ dày	Nong TQ Mở thông hồng tràng	Nong TQ đặt sonde dạ dày	Nong TQ mở thông hồng tràng
Vị trí hẹp thực quản qua soi (cách cung răng trên)	25 cm	20 cm	24 cm	16 cm	16 cm
Sụt cân	26 kg	12	8	13	8 kg

Nhận xét: Triệu chứng nôn, không nuốt được xuất hiện ở tất cả các trường hợp bồng do chất ăn mòn; tất cả các trường hợp đều được nong thực quản có hay không kèm theo phẫu thuật, thủ thuật để nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa.

3.2. Chụp Thực quản và dạ dày: tất cả các trường hợp đều được chụp thực quản và dạ dày, bệnh nhân uống thuốc cản quang rất khó khăn, chỉ uống được ngụm nhỏ. Biểu hiện tổn thương ở các trường hợp là thuốc đều dừng lại ở vị trí hẹp

đầu tiên tương ứng với kết quả soi, phía trên vị trí hẹp giãn, rất ít thuốc qua được vị trí hẹp để xuống được đến dạ dày, có hai trường hợp phát hiện 3 vị trí hẹp ở thực quản ngực.

3.3. Chụp CTScanner ngực, bụng: Tất cả 5 trường hợp thực quản dày thành, có khí giữa các lớp thực quản, tổ chức quanh thực quản phù nề. 4 trường hợp dày thành dạ dày, có khí giữa các lớp, thể tích dạ dày nhỏ; 1 trường hợp hình thể và dung tích dạ dày bình thường

3.4. Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Trường hợp	01	02	03	04	05
Phẫu thuật					
Thời gian từ khi bị bồng đến khi phẫu thuật	2 tháng	3 tháng	2 tháng	12 tháng	3 tháng
Tạng bị cắt bỏ	Thực quản Và dạ dày	Thực quản Và dạ dày	Thực quản Và dạ dày	Thực quản Và dạ dày	Thực quản

Tạng sử dụng tạo hình	Hồi – đại tràng phải	Hồi – đại tràng phải	Hồi – đại tràng phải	Hồi – đại tràng phải	Dạ dày
Kỹ thuật làm miệng nối Tạo hình ở cổ	Thực quản - hồi tràng Bên – bên	Thực quản –hồi tràng Tận – tận	Thực quản – hồi tràng Tận – bên	Thực quản – hồi tràng Tận - bên	Thực quản – dạ dày Tận - bên
Thời gian mổ	5 giờ	5 giờ	6 giờ	8 giờ	5 giờ
Ngày nằm viện sau mổ	18 ngày	9 ngày	10 ngày	11 ngày	10 ngày
Biến chứng sau mổ	Viêm phổi	Không	Không	Không	Không
Sau mổ 1 – 3 tháng (Thủ thuật, cân nặng)	Nong TQ Tăng 3 kg	Nong TQ Tăng 3 kg	Nong TQ Tăng 4 kg	Nong TQ Tăng 2 kg	Nong TQ Tăng 2 kg
Sau mổ 3 – 6 tháng (Thủ thuật, cân nặng)	Không cần nong TQ	Không cần nong TQ	Nong TQ Tăng 5 kg	Nong TQ Tăng 3 kg	Không cần nong TQ
Nội soi và chụp đường tiêu hóa trên sau mổ 6 – 9 tháng	Lưu thông Tốt Tăng 5 kg	Lưu thông tốt Tăng 9 kg	Chưa đến hẹn kiểm tra	Chưa đến hẹn kiểm tra	Chưa đến hẹn kiểm tra

Nhận xét: Tất cả các trường hợp sau phẫu thuật tạo hình đường tiêu hóa trên đều ăn uống được và tăng cân trở lại, Sau 3 tháng có 3 trường hợp ăn uống bình thường không cần nong thực quản, chỉ 2 trường hợp cần nong thực quản.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi báo cáo 5 trường hợp bong đường tiêu hóa trên do chất ăn mòn ở người lớn, trong đó 4 trường hợp là do uống nước tẩy rửa bồn cầu, cổ ý tự tử do áp lực cuộc sống, là nguyên nhân thường gặp được đề cập trong y văn và ở nữ gặp nhiều hơn nam (nữ/nam: 3/1), chỉ 1 trường hợp là nữ do vô tình uống thuốc giảm cân không rõ nguồn gốc (bảng 1). Điều này phù hợp với nghiên cứu của Gerald F. O' Maylley cho rằng 80% số ca ngộ độc hóa chất ăn mòn xảy ra ở trẻ nhỏ, thường là những vụ tai nạn với một lượng nhỏ hóa chất và thường lành tính và 20% ở người lớn, thường do tự tử với số lượng lớn chất ăn mòn và đe dọa đến tính mạng. Nguồn hóa chất ăn mòn bao gồm chất rắn, chất lỏng và chất tẩy rửa nhà vệ sinh [6].

Triệu chứng lâm sàng điển hình ở 5 trường hợp của chúng tôi là nôn mửa và không nuốt được, các dấu hiệu này xuất hiện vào tuần thứ 3, thứ 4 sau khi sử dụng chất ăn mòn do sẹo bong gây co rút, chít hẹp đường tiêu hóa trên. Điều này cũng phù hợp với diễn biến của quá trình tổn thương đường tiêu hóa trên do chất ăn mòn qua 5 giai đoạn đã được các tác giả đề cập trong nghiên cứu là giai đoạn cấp tính trong một vài ngày đầu gây hoại tử, huyết khối mạch nhỏ, bong tróc niêm mạc; tiếp theo là sự xâm nhập của vi khuẩn và tiêu hủy các nguyên bào sợi trong vòng 1 tuần đầu; sự lắng đọng collagen bắt đầu xuất hiện sau 2 tuần; quá trình hình thành sẹo bắt đầu vào tuần thứ 3 và cuối cùng

dẫn đến chít hẹp, thắt chặt trong nhiều tuần tiếp theo ngay cả khi các triệu chứng ban đầu nhẹ và được điều trị đầy đủ [1],[4].

Tất cả các trường hợp đều được thực hiện các biện pháp điều trị trước khi chỉ định phẫu thuật, các thủ thuật được thực hiện là nong thực quản, phối hợp với đặt sonde dạ dày ở 3 trường hợp; nong thực quản, mở thông dạ dày 1 trường hợp và nong thực quản, mở thông hồng tràng 1 trường hợp. Tuy nhiên các biện pháp trên đều không mang lại kết quả, bệnh nhân vẫn không ăn uống được, dẫn đến sụt cân nghiêm trọng, có trường hợp sụt 26 kg (bảng 1). Vì vậy chúng tôi đã phải phối hợp các biện pháp nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch và đường tiêu hóa để đảm bảo BMI > 18,5 trước khi tiến hành phẫu thuật.

Soi thực quản, chụp thực quản dạ dày, chụp CT Scanner ngực, bụng được chúng tôi chỉ định cho tất cả các trường hợp để đánh giá vị trí, mức độ, tính chất của tổn thương. Kết quả các thăm dò cho thấy hầu hết các trường hợp, chất ăn mòn gây tổn nặng nề, nghiêm trọng cả thực quản và dạ dày với các hình ảnh dày thành, có khí giữa các lớp ở thực quản và dạ dày, dung tích dạ dày nhỏ...điều này cho thấy chất tẩy rửa bồn cầu có thể gây tổn thương hoại tử tất cả các lớp của đường tiêu hóa trên, nếu không gây biến chứng thủng cấp tính cũng sẽ để lại sẹo bong nặng, dẫn đến co rút, chít hẹp toàn bộ đường tiêu hóa trên. Sẹo hẹp thường bắt đầu xuất hiện ở 1/3 trên của thực quản. 2 trường hợp sẹo hẹp cao nhất mà chúng tôi gặp là ở vị trí 16 cm cách cung răng trên, ngay dưới ngã ba hầu họng.

Đa số các trường hợp đều được chỉ định phẫu thuật tạo hình sau 2 đến 3 tháng bị bong do chất ăn mòn, 1 trường hợp được phẫu thuật sau 1 năm bị bong. Khoảng thời gian này là phù hợp với các giai đoạn diễn biến và hậu quả của quá

trình bồng cũng như khẳng định rằng các thủ thuật can thiệp để điều trị sẹo bồng không thành công, người bệnh cần phải can thiệp phẫu thuật để tạo hình lại đường tiêu hóa trên. Trong số 5 trường hợp bồng đường tiêu hóa trên do chất ăn mòn của chúng tôi có 1 trường hợp nữ 22 tuổi bồng thực quản do uống 50 ml chất tẩy rửa bồn cầu chỉ gây bồng ở thực quản, dạ dày tổn thương nhẹ được phẫu thuật cắt bỏ thực quản, tạo hình bằng ống dạ dày (bảng 2). Trong số 4 trường hợp đều bị bồng đồng thời cả thực quản và dạ dày thì một trường hợp uống thuốc giảm béo, 3 trường hợp uống 200 – 300ml nước rửa bồn cầu đều bị bồng đồng thời cả thực quản và dạ dày. Chất ăn mòn gây co rút, chít hẹp, thắt chặt toàn bộ dạ dày và thực quản phải phẫu thuật cắt bỏ đồng thời cả dạ dày và thực quản. Như vậy có thể thấy với một lượng nhỏ (50ml) nước rửa bồn cầu đậm đặc chỉ gây tổn thương ở thực quản, dạ dày vẫn bảo tồn được nhưng với lượng 200 – 300ml nước rửa bồn cầu nó có thể gây hư hại đồng thời cả thực quản và dạ dày.

Theo hiểu biết của chúng tôi, cho đến nay chỉ có rất ít các thông báo về phẫu thuật cắt bỏ thực quản do hóa chất ăn mòn. Bassiouny IE và cộng sự thông báo sử dụng đại tràng để thay thế cho thực quản bồng do chất ăn mòn [7], Bita Shahbazzadegan và cộng sự báo cáo hai trường hợp bồng thực quản và dạ dày do hóa chất ăn mòn đã được phẫu thuật thay thế thực quản bằng đại tràng trái và đại tràng ngang. Tuy nhiên, cả hai trường hợp này dạ dày vẫn được bảo tồn bằng miệng nối thực quản - đại tràng và đại tràng - dạ dày [8].

Tất cả 5 trường hợp đều được chúng tôi phẫu thuật nội soi để cắt thực quản ngực và mở bụng đường trắng giữa trên dưới rốn để kiểm tra, đánh giá tổn thương dạ dày, từ đó quyết định bảo tồn hay cắt bỏ dạ dày cũng như lựa chọn tạng để tạo hình lại đường tiêu hóa trên. Chưa có một báo cáo nào về phẫu thuật cắt bỏ đồng thời cả thực quản và dạ dày do chất ăn mòn được thông báo trong y văn. Chúng tôi không sử dụng hồng tràng có cuống để tạo hình lại đường tiêu hóa như Maier A và cộng sự [9] mà chúng tôi sử dụng hồi đại tràng phải đưa qua trung thất sau để thay thế thực quản và dạ dày cho cả 4 trường hợp bằng miệng nối giữa phần thực quản còn lại và hồi tràng. Với kỹ thuật này, chúng tôi không gặp một trường hợp nào biến chứng rò miệng nối sau mổ, khi rút sonde dạ dày bệnh nhân ăn uống trở lại được bình thường (bảng 2). Kỹ thuật sử dụng hồi đại tràng phải để tạo hình lại đường tiêu hóa trên cho bệnh nhân phải cắt

bỏ đồng thời cả thực quản và dạ dày đã được chúng tôi thực hiện lần đầu tiên vào tháng 5/2020, tiếp theo đó là hai bệnh nhân số 1 và số 2 cũng được tạo hình theo phương pháp này. Qua kết quả của các trường hợp này chúng tôi thấy rằng sử dụng hồi đại tràng phải để thay thế đường tiêu hóa trên an toàn và hiệu quả, là sự lựa chọn tốt để tạo hình đường tiêu hóa trên cho những bệnh nhân phải cắt bỏ đồng thời cả thực quản và dạ dày do chất ăn mòn vì hồi đại tràng phải là đoạn ống tiêu hóa đủ dài để nối giữa thực quản ở cổ hay thậm chí từ ngã ba hầu họng với ổ bụng; Hồi đại tràng phải có nguồn cung cấp mạch máu tốt, đảm bảo dinh dưỡng miệng nối và chức năng vận chuyển thức ăn và van Bauhin được bảo tồn rất có ý nghĩa trong việc ngăn chặn hiện tượng trào ngược về sau. Thực tế chúng minh tất cả các bệnh nhân được tạo hình bằng hồi đại tràng phải đều ăn uống tốt, tăng cân và không có dấu hiệu trào ngược.

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều được theo dõi chặt chẽ sau mổ bằng các dấu hiệu khả năng nuốt, nghẹn, trào ngược, cân nặng, nội soi, chụp lưu thông. Thời gian theo dõi ngắn nhất là 3 tháng, dài nhất là 10 tháng. Kết quả theo dõi cho thấy tất cả các trường hợp đều ăn uống được, tăng cân trở lại ngay ở lần khám lại đầu tiên, không trào ngược, 2 trường hợp số 1 và 2 chỉ cần nông thực quản hỗ trợ trong vòng 2 tháng đầu sau mổ, kiểm tra lại sau 6 tháng, 9 tháng, bệnh nhân trở lại lao động bình thường đã tăng 5 kg và 9 kg. Bệnh nhân số 3 và 4 sau mổ 2 tháng đã tăng 5 kg và 3 kg, đang được tiếp tục hẹn khám lại, bệnh nhân số 5 sau mổ 1 tháng tăng 2 kg, kiểm tra lại cho thấy phần thực quản còn lại, miệng nối cũng như ống dạ dày hoàn toàn bình thường. Qua đó cho thấy 5 trường hợp phẫu thuật tạo hình lại đường tiêu hóa trên do bồng chất ăn mòn của chúng tôi đều có kết quả tốt cả ngắn hạn và dài hạn.



Ảnh bệnh nhân số 3 Nguyễn Trọng T: A. Sẹo bồng gây co rút chít hẹp toàn bộ thực quản và dạ dày B. Hồi đại tràng phải đưa lên để tạo hình đường tiêu hóa trên.

V. KẾT LUẬN

Chất ăn mòn gây tổn thương nghiêm trọng

thực quản hoặc cả thực quản và dạ dày, tùy thuộc vào số lượng và độ đậm đặc. Hồi đại tràng phải là đoạn ống tiêu hóa được sử dụng tốt để tạo hình đường tiêu hóa trên an toàn và hiệu quả cho những bệnh nhân bỏng do chất ăn mòn phải cắt bỏ toàn bộ dạ dày và thực quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kluger Y, Ishay OB, Sartelli M, Katz A, Ansaloni A, Gomez CA, et al. Caustic ingestion management: World society of emergency surgery preliminary survey of expert opinion. World J Emerg Surg. 2015;10:48. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. Contini S, Scarpignato C. Caustic injury of the upper gastrointestinal tract: A comprehensive review. World J Gastroenterol. 2013;19:3918–30. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. Hamza AF, Abdelhay S, Sherif H, Hasan T, Soliman H, Kabesh A, et al. Caustic esophageal strictures in children: 30 years' experience. J Pediatr Surg. 2003;38(6):828–33. [PubMed] [Google Scholar]
4. Meena BL, Narayan KS, Goyal G, Sultania S, Nijhawan S. Corrosive injuries of the upper

- gastrointestinal tract. J Dig Endosc. 2017;8:165–9. [Google Scholar]
5. Keh SM, Onyekwelu N, McManus K, McGuigan J. Corrosive injury to upper gastrointestinal tract: Still a major surgical dilemma. World J Gastroenterol. 2006;12:5223–8. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
 6. Gerald F. O'Malley. Caustic Substances Poisoning. American Association of Poison Control Centers: 1-800-222-1222
 7. Bassiouny IE, Bahnassy AF. Transhiatal esophagectomy and colonic interposition for caustic esophageal stricture. J Pediatr Surg. 1992; 27(8):1091 – 5. [PubMed] [Google Scholar]
 8. Bita Shahbazzadegan, Mehdi Samadzadeh, Iraj Feizi, and Yousef Shafaiee. Management of Esophageal Burns Caused by Caustic Ingestion: A Case Report Iran Red Crescent Med J. 2016 Nov; 18(11): e12805. Published online 2016 Mar 8. doi: 10.5812/ircmj.12805.
 9. Maier A, Pinter H, Tomaselli F, Sankin O, Gabor S, Ratzenhofer-Komenda B, et al. Retrosternal pedicled jejunum interposition: an alternative for reconstruction after total esophago-gastrectomy. EurJCardiothorac Surg. 2002; 22(5): 661–5. [PubMed] [Google Scholar].

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CÁC MỐC GIẢI PHẪU VÙNG HỔ CHÂN BƯỚM KHẨU CÁI QUA NỘI SOI XÁC TƯƠI NGƯỜI VIỆT NAM TRƯỞNG THÀNH

Ngô Văn Công*, Nguyễn Đình Tú*, Trần Minh Trường*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hồ chân bướm khẩu cái là một vùng giải phẫu nằm sâu và có thành phần cấu trúc mạch máu phức tạp, cần nắm rõ khi điều trị các bệnh lý khối u vùng mũi xoang hay thắt động mạch cầm máu. Hiểu rõ đặc điểm giải phẫu qua nội soi của hồ chân bướm khẩu cái để tiếp cận vùng này an toàn. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm các mốc giải phẫu hồ chân bướm khẩu cái qua nội soi phẫu tích xác tươi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Từ tháng 9/2020 đến tháng 6/2021, chúng tôi phẫu tích 10 xác tươi tại bộ môn Giải Phẫu – Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh và ghi lại đặc điểm các mốc giải phẫu hồ chân bướm khẩu cái. **Kết quả:** Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới thành sau xoang hàm là $64,4 \pm 6,89$ mm. Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới mào sàng là $59,38 \pm 4,47$ mm. Khoảng cách trung bình từ gai mũi trước tới động mạch hàm trong là $62,68 \pm 5,73$ mm. Đường kính động mạch hàm trong trung bình là $3,3 \pm 0,72$ mm. Đường kính động mạch bướm khẩu cái trung bình là $2,5 \pm 0,61$ mm.

Phân nhánh động mạch hàm trong gồm các nhánh chính là động mạch huyết răng sau trên, động mạch dưới ổ mắt, động mạch khẩu cái xuống và nhánh tận là động mạch bướm khẩu cái. Động mạch bướm khẩu cái sau khi ra khỏi lỗ bướm khẩu cái đổ vào hốc mũi chia làm 2 nhánh chính trong 20% trường hợp, 80% chỉ có 1 nhánh chính. **Bàn luận:** Nghiên cứu cung cấp các đặc điểm về mạch máu hồ chân bướm khẩu cái qua nội soi. Từ đó ứng dụng trong thắt nút động mạch chọn lọc trong các cuộc phẫu thuật các khối u hốc mũi, xoang, hồ CBKC và các vùng khác của nền sọ hay thay cho nhét bấc mũi sau để kiểm soát chảy máu mũi. **Từ khóa:** hồ chân bướm khẩu cái, mào sàng, động mạch hàm trong, động mạch bướm khẩu cái

SUMMARY

ENDOSCOPIC ANATOMICAL LANDMARK OF THE PTERYGOPALATINE FOSSA IN VIETNAMESE ADULT CADAVERS

Background: The pterygopalatine fossa is a deep area and has a complex vascular structure, which should be understood when treating tumors in the nasopharynx or ligation of the blood vessels. Understand the endoscopic anatomical features of the pterygopalatine fossa to access this area safely. **Objectives:** To study the characteristics of anatomical landmarks in the pterygopalatine fossa through endoscopic dissection of fresh cadavers. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. From

*Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công

Email: congtmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 14.01.2021

Ngày duyệt bài: 21.01.2022